

Vergaderjaar 2014–2015

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 67

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 22 januari 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 november 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

zwangerschap en geboorte.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag).

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

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

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Bruins-Slot, Dijkstra, Dik-Faber, Klever, Leijten, Lodders, Tellegen, Voortman en Wolbert

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

Aanvang 14.00 uur.

De **voorzitter**: Ik heet iedereen zeer hartelijk welkom. We zijn in meerderheid aanwezig. Ik verwacht straks nog in ieder geval twee leden. Ik heet de Minister van VWS van harte welkom, evenals haar staf en de Kamerleden. Ik kan er niet omheen om nog een keer te zeggen: mevrouw Voortman, dit is de laatste dag voordat u met zwangerschapsverlof gaat; dit is dan ook een bijzonder moment en ook een bijzonder AO om als laatste voor uw verlof bij te wonen.

We hebben een spreektijd van vier minuten afgesproken. Ik realiseer me dat dat heel krap is, maar het AO is tot vijf uur gepland. Er mogen twee interrupties worden gepleegd. Laten we proberen om die zo kort en bondig mogelijk te houden, zodat er ook nog ruimte is voor een tweede termijn.

Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Tellegen.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Sinds de aanbevelingen uit het rapport Een goed begin en de instelling van het College Perinatale Zorg (CPZ) in 2010 is er veel gebeurd. De cijfers laten zien dat de prenatale sterfte daalt, van ruim 2.300 kinderen in 2001 naar bijna 1.500 kinderen in 2012. Dat is een daling van maar liefst 30%. Ook uit het rapport van de inspectie blijkt dat de acute zorg is verbeterd. Dat is goed nieuws, want uiteindelijk gaat het om dat ene doel: integrale geboortezorg voor moeder en kind.

Noem het verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV), noem het geboorteklinieken of noem het geboortecentra, zo'n 25 regio's hebben inmiddels zo'n samenwerkingsverband rondom geboortezorg. Eén loket, één poort waardoor iedere zwangere vrouw naar binnen gaat en waarachter alle betrokken partijen klaar staan om een zwangere vrouw en/of haar kind zo goed mogelijk te begeleiden. Ik heb echt heel mooie voorbeelden gezien. Ik noem de geboortekliniek hier in Den Haag of het VSV Amsterdam-Oost-Centrum. Ook heb ik recent gesproken met iemand die werkzaam is bij de VSV Goed geboren in Delft. Dit zijn prachtige voorbeelden waarbij alle betrokken partners de handen ineen hebben geslagen en waar het beste van twee werelden samenkomt: de laagdrempeligheid van een verloskundige praktijk met de mogelijkheid om onder deskundige begeleiding thuis of in het ziekenhuis te bevallen, en indien nodig de specialistische medische begeleiding van het ziekenhuis.

Deze ontwikkeling vanuit het veld stemt optimistisch. Maar we zijn er nog niet. De beoogde naadloze geïntegreerde zorg blijkt een proces van lange adem. Hoe kijkt de Minister tegen de huidige stand van zaken aan als het gaat om die geboortezorg? Wat is haar ambitie? Wanneer is de integrale geboortezorg in Nederland gerealiseerd?

Ik zei het al: vanuit het veld ontstaan ontzettend mooie initiatieven.

Verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden slaan de handen ineen en werken samen aan integrale geboortezorg in hun regio. Maar deze goede ontwikkeling wordt van bovenaf niet altijd even goed gesteund. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) zijn geen natuurlijke vrienden. Dat is wel duidelijk. De VVD betreurt deze stammenstrijd oprecht en vindt het tijd worden dat beide

beroepsverenigingen met één mond gaan praten. Hoe ziet de Minister dit? Is zij het met de VVD eens dat dit niet bepaald helpt bij de verdere vormgeving van de geboortezorg in Nederland?

Bij de geboortecentra die ik heb gezien, speelt de betrokkenheid van zorgverzekeraars een cruciale rol. Zo hebben Achmea en DSW een module integrale geboortezorg ontwikkeld. Heeft de Minister er zicht op of andere verzekeraars ook overgaan tot het aanbieden van dit soort modules?

Dan de integrale bekostiging. Een zwangere vrouw stapt straks één deur van de geboortekliniek binnen. Daar hoort naar de mening van de VVD ook één rekening bij. Wat doet VWS er op dit moment aan om die integrale bekostiging te realiseren? Hoe staat het met de pilots die de Minister gestart is? De VVD realiseert zich dat de integrale bekostiging niet een voorwaarde vooraf moet zijn, maar eerder een sluitstuk van de nieuwe samenwerking. Maar toch kan het ook een effectieve stok achter de deur zijn. Op dit moment kan een bevalling nog dubbel worden gedeclareerd. Willen we echt werk maken van integrale geboortezorg, dan moet hier een einde aan komen. Zo staat het ook in het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Hoe ziet de Minister dit?

Tot slot de NIPT (niet-invasieve prenatale test). Deze bloedtest heeft de toekomst. De NIPT kan in de toekomst de vlokcentest of de vruchtwaterpunctie vervangen. Dat is goed nieuws, want deze testen zijn risicovol en de NIPT kent dat risico niet. De VVD is dan ook blij dat de Minister op advies van de Gezondheidsraad besloten heeft om acht universitaire medische centra een vergunning te verlenen voor proefimplementatie van de test. Kan de Minister aangeven hoe deze proefimplementatie verloopt? De VVD heeft ten slotte nog één vraag. Op dit moment komen vrouwen met een positieve combinatietest in aanmerking voor de NIPT. Is de Minister bereid om vrouwen die volgens de combinatietest geen verhoogd risico hebben, in aanmerking te laten komen voor de NIPT? Ze verdwijnen nu allemaal naar het buitenland. Sterker nog, artsen in Nederland adviseren vrouwen zelfs actief om naar het buitenland te gaan voor een NIPT. Op bloedwaardentest.nl staat precies beschreven welke stappen een zwangere vrouw moet ondernemen om een NIPT in het buitenland te ondergaan. Acht de Minister deze situatie wenselijk? Waarom is er niet voor gekozen om binnen de proefimplementatie vrouwen zonder medische indicatie de mogelijkheid te bieden om op eigen kosten een NIPT te ondergaan? Is de Minister hiertoe bereid?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik hoor veel lovende woorden van de VVD-fractie over de samenwerking in het veld voor geboortezorg. Er gebeuren heel veel goede dingen in VSV's. Er gebeuren ook dingen waar we volgens mij vraagtekens bij moeten zetten. Een van de dingen waar de SP zich zorgen over maakt, is de ondervertegenwoordiging van de eerstelijnszorg in het College Perinatale Zorg. Hoe denkt de VVD daarover?

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Ik ben me daar niet van bewust. Het College Perinatale Zorg heeft één opdracht gekregen, en dat is dat ene doel dat wij hier met zijn allen voor ogen hebben, namelijk de integrale geboortezorg in Nederland een stap verder helpen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik denk dat we dat allemaal willen en ik denk ook dat de hele sector dat wil. Maar het college is erg bepalend in de sturing, bijvoorbeeld als het gaat om die integrale tarieven. Het college zegt wel dat het een middel is en nooit een doel in zichzelf. Ik heb een onderzoek gedaan onder verloskundigen en daar komt uit dat ze graag willen samenwerken, maar dat ze die integrale bekostiging niet graag zien, omdat ze bang zijn voor een overheersing vanuit de tweede lijn en daarmee medicalisering en de gang naar het ziekenhuis. We zouden dat kunnen oplossen door in het College Perinatale Zorg de stem van de

eerste lijn beter te verankeren. Nu zitten er vier partijen aan tafel uit de tweede lijn...

De **voorzitter**: Wat is uw vraag, mevrouw Leijten?

Mevrouw **Leijten** (SP):... en één partij uit de eerste lijn. Zou de VVD het steunen om te kijken hoe de samenstelling van het College Perinatale Zorg beter kan, zodat het een daadwerkelijke afspiegeling is van de hele geboortezorg?

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Ik zal een iets korter antwoord geven op deze lange vraag. Ik ga niet over de samenstelling van het College Perinatale Zorg. Het gaat erom dat het college is ingesteld om het proces naar integrale geboortezorg in Nederland een stap verder te helpen. Die integrale geboortezorg krijgt op dit moment vanuit het veld zelf op allerlei manieren zijn beslag, waarbij gynaecologen, klinisch verloskundigen en verloskundigen de handen ineen slaan. Daarvan zijn tal van goede voorbeelden. Ik zie dan ook niet direct een noodzaak om hier verandering in te brengen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Het is al gezegd: er gebeurt veel in de geboortezorg. De huidige praktijk is niet meer vergelijkbaar met de situatie van voordat het College Perinatale Zorg aan de slag ging. Het gaat langzaam maar zeker ook beter, dat concludeert de Partij van de Arbeid met de Minister, met het CPZ en met alle verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden die daar hun schouders onder hebben gezet. Het moest beter en het wordt beter, maar het kan nog veel beter. De Partij van de Arbeid vindt het onacceptabel dat de babysterfte in Nederland hoger is dan elders in Europa. Ook vinden wij het onverteerbaar dat er binnen Nederland grote, maar ook vermijdbare verschillen bestaan als het gaat om de kans op een gezond kind en een gezonde zwangerschap. Ik kom straks uitgebreid terug op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De Partij van de Arbeid wil voor iedere vrouw goede geboortezorg en zeggenschap voor, tijdens en na de bevalling. Ik begin met de kraamzorg. Daar is veel onrust over ontstaan. Ik denk dat het goed is dat de Partij van de Arbeid, vooruitlopend op het onderzoek dat nog wordt gedaan door het Kwaliteitsinstituut, helderheid verschaft. De Partij van de Arbeid wil de kraamzorg gewoon in het pakket. We vinden het onwenselijk, vooral voor de vrouwen met een lage sociaaleconomische status, om nog minder kraamzorg te bieden. Kraamzorg helpt ons op weg, is preventief en is belangrijk voor vroegsignalering. We wachten het onderzoek en het advies met belangstelling af, maar onze positie moet wel duidelijk zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Misschien dat we het nog iets helderder kunnen krijgen. U zegt: kraamzorg blijft in het basispakket.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Volgens mij was dat helder.

Mevrouw **Leijten** (SP): Zo helder wil ik het ook hebben. Vervolgens zei u namelijk: vooral voor de vrouwen die een laag sociaaleconomische status hebben. We gaan echter niet morrelen: het moet gewoon voor iedereen in het basispakket.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Natuurlijk moet de kraamzorg in het basispakket. Daar is geen misverstand over mogelijk. Ik zou het overigens wel interessant vinden om te kijken of er niet een kraamzorg-plus zou kunnen komen voor de gezinnen die wat extra's nodig hebben, want daarmee wordt het inderdaad beter. Maar dat zien we dan wel als het Kwaliteitsinstituut straks met een advies komt.

Ik vraag graag alle aandacht voor het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. We zijn daar ontzettend blij mee. Het is een mooie eerste meting van de stand van zaken, waaruit blijkt dat er ongelooflijk veel gebeurt in het veld, maar het is tegelijkertijd op een aantal punten een stand van zaken die er niet om liegt en die om acties vraagt. Er wordt bijvoorbeeld nog veel te weinig gedaan met de aanbevelingen van de stuurgroep op het gebied van preventie, preconceptionezorg en leefstijlbegeleiding. Eigenlijk is er op die punten niets gebeurd. Dat vind ik schokkend, vooral als je constateert dat 80% van de sterftes wordt veroorzaakt door een te laag geboortegewicht, roken en een slechte leefstijl. Het is dan ook helder dat als je dat weet aan te pakken, de gezondheidswinst enorm zal zijn, vooral bij vrouwen met een lage sociaaleconomische status. Dan kun je het sterftecijfer dus naar beneden krijgen. De Minister zegt in haar brief over het inspectierapport dat zij de conclusies van de inspectie steunt. Ik wil echter een veel scherper plan van aanpak. Ik vind dat het college echt de regie moet pakken en met een steviger actieplan moet komen en dat er langzaam maar zeker ook deadlines moeten komen, vooral op dat onderdeel van de preventie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik deel dat helemaal met mevrouw Wolbert. Er wordt echt te weinig aan preventie gedaan. Heeft mevrouw Wolbert het dan over een plan van aanpak met concrete doelstellingen, bijvoorbeeld om vrouwen van het roken en drinken af te krijgen?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): In mijn tekst staat ook de vraag welke inspanningen we nu extra gaan doen om juist aan de preventiekant wat te doen. Ik heb daar tussen haakjes achter staan «motie». Ik ga er vanuit dat de Minister straks met een goed antwoord komt. Als de Minister toezeggingen doet op dit punt en zegt dat zij samen met het CPZ met een plan van aanpak zal komen, dan ben ik daar blij mee, want ik vind inderdaad ook dat daar nu wat mee moet gebeuren.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Prima. Dat is dan een motie die we samen kunnen indienen. Maar preventie is heel breed. Ik neem aan dat mevrouw Wolbert het dan ook heeft over vrouwen die tijdens de zwangerschap blijven roken en drinken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): We zijn beiden actief geweest rond kinderen met het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS). We weten dat 30% van de hoger opgeleide vrouwen gewoon blijft drinken tijdens de zwangerschap, maar er zijn poli's, bijvoorbeeld in Groningen – waar ik dichtbij woon – waar vrouwen een stop met roken-cursus kunnen volgen. 98% van die vrouwen stopt ook daadwerkelijk met roken. Als het daar kan, kan het in heel Nederland. Als wij weten dat met name roken en drinken zulke enorme risico's met zich brengen, dan denk ik dat we daar niet genoeg aandacht voor kunnen vragen. Ik wil op dat punt dan ook veel meer inspanning dan alleen maar de constatering dat er te weinig gebeurt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het is dan wel extra jammer dat stoppen met roken uit het pakket is gegaan.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat is niet zo. Het is er om deze reden weer in teruggebracht.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dan heb ik dat gemist. Mijn excuses daarvoor.

De Partij van de Arbeid vraagt aandacht voor preventie en voor het bestrijden van roken en drinken door zwangere vrouwen. Heeft mevrouw Wolbert het dan over de hele keten van zorg? Ik begrijp namelijk dat de verloskundigen er veel aandacht aan besteden dat je niet moet roken en

drinken tijdens de zwangerschap, maar dat op het moment dat een zwangere vrouw om medische redenen wordt overgedragen aan een gynaecoloog, de aandacht voor het stoppen met roken verslapt.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik constateer alleen dat de inspectie zegt dat er op het punt van preventie, preconceptiezorg en het tegengaan van ongezond gedrag door zwangeren geen inspanningen zijn gepleegd. De meeste inspanning is gepleegd op het gebied van acute problemen rond de geboorte. Dat is fantastisch en daar hebben we grote stappen gezet, maar het hele preventieve deel is blijven liggen. Roken en drinken komen dan natuurlijk het eerst, maar overgewicht is een derde factor dat problemen veroorzaakt. Ik wil dat dat hele onderdeel van preventie wordt aangepakt. Dan maakt het mij niet uit of dat door de gynaecoloog of de kraamverzorger of de verloskundige of de huisarts wordt gedaan. Het gaat erom dat de hele keten dit aanpakt. We moeten gewoon beginnen waar het het beste werkt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat is helder. Het moet dus niet alleen gebeuren als het gaat om preconceptiezorg, maar juist ook als vrouwen al zwanger zijn en er moet niet alleen bij de verloskundige, maar ook als vrouwen worden overgedragen aan een gynaecoloog aandacht zijn voor stoppen met roken en drinken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik kan me niet voorstellen dat een gynaecoloog zijn goed werk doet als hij het niet heeft over stoppen met roken en drinken. Ik denk soms ook: laten we er gewoon voor zorgen dat iedereen zijn werk goed doet, want dan zijn we al een heel eind verder. Mijn pleidooi is om de verloskundige samenwerkingsverbanden onder de Kwaliteitswet te brengen. Wat vindt de Minister van die aanbeveling van de inspectie? Ik denk dat het ongelofelijk belangrijk is. Ik snap dat daarvoor een tussenstap nodig is en dat die verloskundige samenwerkingsverbanden een organisatorische en juridische entiteit moeten worden. Ik wil dan ook graag weten wat ervoor nodig is om dat proces te versnellen.

De inspectie constateert ook nog dat er na concentratie van klinieken geen onderzoek meer wordt gedaan naar wat er gebeurt in de achterblijvende constellatie. Er worden vaak meer ambulances ingezet en er worden andere contactpunten georganiseerd, maar eigenlijk doet niemand meer onderzoek naar wat er gebeurt bij concentratie. Ik wil de Minister vragen om daar nog eens naar te kijken.

Ik heb een initiatiefnota gediend voor het afschaffen van de eigen bijdrage bij een ziekenhuisbevalling. Ik heb het antwoord van de Minister met belangstelling gelezen en ik wil haar vragen of zij een overzichtje wil maken van wat de andere mogelijkheden zijn als het niet in het basispakket kan.

De **voorzitter**: U bent ruim over uw tijd.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb nog één zin. Er wordt ontzettend gepleit voor centered pregnancy als het gaat om het tegengaan van ongezond gedrag en het stimuleren van gezond gedrag door vrouwen. Het is een bewezen effectieve praktijk. Ik wil de Minister vragen of zij niet met de Partij van de Arbeid vindt dat er in elk verloskundig samenwerkingsverband zo'n centered pregnancy moet zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. De woorden echoën nog steeds na in mijn hoofd: kraamzorg zou luxe zijn, geen kraamzorg zou goed zijn voor de emancipatie van de man. Ik hoorde het op de radio en ik vind het totale onzin. Kraamzorg maakt onlosmakelijk deel uit van het basispakket zorg. Het is jammer dat de Minister om een onderzoek gevraagd heeft om

te bezien of kraamzorg nu wel of niet in het basispakket thuis hoort. Het CDA is voorstander van het behoud van kraamzorg, omdat het een aantoonbare meerwaarde heeft. Daarvoor ligt er al een mooi onderzoek. Het is ook preventieve zorg en voorkomt dure zorg rond bevalling en kraamtijd. Eigenlijk hoor ik de SP en de PvdA nu zeggen dat we niet moeten tornen aan de kraamzorg in het basispakket. Mijn verzoek aan de Minister is om een punt achter deze discussie te zetten en gewoon te kijken hoe we kraamzorg beter kunnen regelen, bijvoorbeeld voor bepaalde achterstandsgroepen. Laten we ons daarop concentreren. Het is ook slecht gesteld met preventie en zwangerschap. Daar heeft mevrouw Wolbert ook al het nodig over gezegd. De conclusies van de inspectie zijn hard. In het rapport van de inspectie staan citaten van een vrouw die al vier miskramen heeft gehad, twee pakjes per dag rookt, ook gedurende de zwangerschap, en een gynaecoloog die daar helemaal niets van zegt. Dat is ook hetgeen waar mevrouw Voortman net op doelde. We zien dat roken de kans op vroeggeboorte twee keer vergroot, alcoholgebruik het risico vergroot op miskramen, op vroeggeboorte en op kinderen met het Foetaal Alcohol Syndroom en dat 80% van de perinatale sterfte wordt veroorzaakt door vroeggeboorte, ernstige aangeboren afwijkingen en een te laag geboortegewicht. Ik vind dan ook als CDA'er dat als we pre- en perinatale sterfte nog verder willen aanpakken, we op dit punt gezondheidswinst moeten boeken. Dit moet prioriteit nummer één worden. Dat betekent meer voorlichting voor vrouwen die zwanger willen worden, meer inzet op scholing en samenwerking van professionals in de eerste en tweede lijn en een Minister die dit ook echt wil aanjagen. Eigenlijk is mijn verzoek hetzelfde als het verzoek van mevrouw Wolbert: kom met een plan van aanpak, met concrete doelstellingen en zorg ervoor dat we dit onderwerp in drie jaar op een hoog niveau krijgen en echt stappen gaan zetten.

Dan een heel ander onderwerp. De acute geboortezorg in Nederland moet goed geregeld zijn. Het is letterlijk van levensbelang dat elke zwangere binnen 45 minuten in een ziekenhuis kan zijn. Ik noem als voorbeeld het Gemini Ziekenhuis in Den Helder, een, wat de Minister noemt, gevoelig ziekenhuis. Als de acute geboortezorg hier verdwijnt, dan moet een gedeelte van de zwangere vrouwen langer dan 45 minuten reizen. De Minister heeft hier op verzoek van de Kamer ooit een beschikbaarheidsbijdrage voor in het leven geroepen, aangezien het overeind houden van deze zorg extra geld kost. We zitten nu echter in een soort patstelling. Er zijn aanvragen gedaan voor dit soort zorg, maar de Nederlandse Zorgautoriteit zegt: ik betaal die bijdrage niet, want het ziekenhuis gaat toch niet failliet. De zorgverzekeraar zegt: ik wil die hogere tarieven niet betalen. Het ziekenhuis denkt bij zichzelf: maar hoe krijg ik dan mijn geboortezorg, mijn spoedeisende hulp en acute zorg goed gefinancierd? Straks hebben we zwangere vrouwen die langer dan 45 minuten moeten reizen om in een ziekenhuis te komen. We hebben echter die wettelijke norm van 45 minuten en die mag niet in gevaar komen. Kan de Minister er een rol in spelen dat die financiering wel op een goede manier geregeld gaat worden?

Mijn laatste punt betreft de geboortehuizen. Met het verdwijnen van geboortezorg in bepaalde regio's en het verdwijnen van een aantal ziekenhuizen, is thuis bevallen niet altijd meer de beste keuze. Daar zijn op een paar plekken mooie geboortehuizen voor teruggekomen. Als ik daar op bezoek ben, merk ik echter steeds dat er nog de nodige knelpunten zijn bij de financiering van die eerstelijnsgeboortecentra. Het gaat dan om het verrekenen van de bedragen, de extra kosten die ze maken en die ze van de zorgverzekeraar terug moeten krijgen. Maar er is bijvoorbeeld ook de btw-problematiek. Mijn verzoek aan de Minister is om eens goed te inventariseren wat de problemen met de financiering zijn en te kijken welke oplossingen daarvoor mogelijk zijn.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil van deze gelegenheid gebruik maken om te zeggen dat er op het punt van zwangerschap en geboorte de afgelopen tijd grote stappen zijn gezet. Er zijn samenwerkingsverbanden uit de grond gestampt en de babysterfte is afgenomen. Dat was ook nodig, maar ik zeg met mevrouw Tellegen dat we er nog niet zijn. Nu ik zelf in verwachting ben, is het mij nog eens extra duidelijk geworden hoe belangrijk goede zorg rond zwangerschap en geboorte is. Gelukkig heb ik ook kunnen ervaren hoe goed deze zorg kan zijn. Deze zorg is belangrijk voor alle zwangere vrouwen in Nederland, maar is op dit moment niet overal voor alle zwangeren gewaarborgd. Wij staan voor gelijke kansen voor iedereen en dat begint al voor de geboorte. Veel problemen rond zwangerschap en geboorte zijn te voorkomen door meer in te zetten op preventie, zo stelt ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het is onbestaanbaar dat in Nederland nog steeds één op de tien vrouwen blijft roken tijdens de zwangerschap. 40% van de vrouwen die een dood kind hebben gekregen, rookt. 10% van de serieuze zwangerschapscomplicaties is te voorkomen als zwangere vrouwen zouden stoppen met roken. Dat zou dan ook prioriteit nummer één moeten zijn. Maar in haar brief over de bestrijding van babysterfte noemt de Minister roken niet één keer. Gaat de Minister hier nu echt werk van maken, en dan niet alleen voor vrouwen die al zwanger zijn, maar ook voor vrouwen met een kinderwens? Niet alleen de verloskundige dient hier aandacht aan te besteden – dat doet ze vaak ook al – maar juist ook wanneer een vrouw wordt doorgestuurd naar de gynaecoloog dient de aandacht voor het roken niet te verslappen. Wat gaat de Minister hieraan doen? Hoe reageert de Minister op het bericht dat het aantal stuitliggingen bij de geboorte met 300 per jaar kan worden verminderd door de uitwendige draaipoging beter aan te wenden? Een stuitligging betekent vaker een keizersnede. Wat vindt de Minister van het bericht dat de uitwendige draaipoging door sommige verzekeraars niet wordt vergoed en er in sommige regio's domweg geen verloskundigen zijn die deze behandeling kunnen aanbieden? Hoe reageert de Minister op het bericht dat bij asielzoekermoeders 6 op de 1.000 baby's sterven? Oorzaken daarvan zijn de taalbarrière en de vele verhuizingen van de vrouwen waardoor de continuïteit van kraamzorg en de gegevensoverdracht vaak niet goed gaan. De babysterfte is onder asielzoekers twee keer zo hoog en de kans dat de moeder overlijdt, is zelfs tien keer zo groot als bij andere vrouwen. In een land als Nederland moet dat toch onbestaanbaar zijn. GroenLinks is er ook een tegenstander van om kraamzorg uit het pakket te halen. Ik kan mij aansluiten bij wat anderen daarover hebben gezegd. Volgens mij is het wel duidelijk dat daar geen meerderheid meer voor is. Kan de Minister reageren op het onderzoek waaruit blijkt dat kraamzorg vooral een groot positief effect heeft op niet-westerse gezinnen en dat er juist in deze gezinnen minder vaak kraamzorg aanwezig is? Is de Minister bereid om te onderzoeken of het mogelijk is om de eigen bijdrage voor kraamzorg voor bepaalde risicogroepen af te schaffen of om deze zorg voor bepaalde groepen juist uit te breiden? Thuis bevallen is een voorbeeld van de keuzevrijheid die GroenLinks koestert. Niet alleen in Utrecht, maar ook in Meppel en in Dokkum. Het gaat dan niet alleen om de keuze voor thuis bevallen, want bij acute situaties, zoals bloedverlies of een zich plotseling aandienende bevalling, is het van levensbelang dat er een ziekenhuis in de buurt is. De Minister verschuilt zich achter de 45 minutengrens, een norm uit de jaren zestig. Zolang die gehaald wordt, zou er niets aan de hand zijn. Maar voor GroenLinks is deze grens niet heilig. Wie eerst het ziekenhuis om de hoek had en straks ineens drie kwartier moet rijden, gaat er enorm op achteruit. Kan de Minister garanderen dat er geen kraamafdelingen zullen sluiten wanneer dat een significant langere reistijd voor vrouwen in de regio betekent?

Ten slotte nog iets over de NIPT. Deze test wordt nog niet voorgesteld als eerstelijnstest. Als reden hiervoor wordt gegeven dat de NIPT nog onvoldoende betrouwbaar zou zijn. Maar de NIPT wordt nu wel voorgesteld als vervolgscreening, dus voor verificatie van een vermoeden dat door de combinatietest gewekt wordt. Hieruit concluderen wij dat de NIPT dus in ieder geval meer zekerheid biedt dan de combinatietest. Kan de Minister uitleggen wat zij precies bedoeld met «onvoldoende betrouwbaar»? Of zijn er ook andere motieven om de NIPT niet meteen aan te bieden? De combinatietest wordt nu uit het pakket gehaald voor vrouwen van 36 jaar en ouder. Kan de Minister aangeven of zij verwacht dat er nu een lager percentage van deze vrouwen zal kiezen voor de combinatietest? Zo nee, is zij bereid om hier onderzoek naar te doen? Vindt de Minister het acceptabel dat deze groep vrouwen met een relatief hoger risico op een kind met een genetische afwijking, om financiële redenen straks geen toegang meer heeft tot de test?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Vandaag spreek ik ook namens de fractie van de SGP.

Ik wil in mijn bijdrage vooral inzoomen op de NIPT. Vorige week heeft er een artikel in de krant gestaan over de NIPT en het syndroom van Down. Ik was daarin ook persoonlijk aan het woord. Ik heb naar aanleiding van dat artikel ontzettend veel reacties gekregen uit het land, in de vorm van gedichten, liedjes, foto's en persoonlijke verhalen. Dat heeft mij enorm ontroerd. Ik wil een klein citaat geven uit een van de berichten over een dochter met Down: we genieten enorm van haar en zijn trots op wat ze bereikt heeft, erg trots, en op haar onvoorwaardelijke liefde en aandacht voor iedereen om haar heen. In diezelfde mail staat echter ook iets over de drang om te testen. Deze mevrouw zei: onze verloskundige had er moeite mee dat we geen test deden en bracht het bij iedere controle weer ter sprake. Iemand anders zei: ik wil de test niet, maar de artsen bleven aandringen. Dat is ook wat ik bij dit debat wil inbrengen.

Laat duidelijk zijn: de NIPT is technisch gezien een verbetering en de Minister heeft echt goede redenen om de NIPT zo naar voren te brengen. Het is een niet-invasieve test die geen risico's oplevert voor moeder en kind. Maar er is een keerzijde. De test is relatief eenvoudig en mensen kunnen misschien te makkelijk gaan denken over deze test. De test kan een automatisme worden. Je test immers om gerustgesteld te worden. Houden ouders er wel voldoende rekening mee dat zij geconfronteerd kunnen worden met een positieve uitslag en dat hun kindje Down kan hebben? Zijn ze voldoende voorbereid op de dilemma's waar ze dan mee geconfronteerd worden? Zijn vraagstukken over leven en dood en over het wel of niet afbreken van een zwangerschap eigenlijk niet een maatje te groot voor ons mensen? Vandaag sprak ik een arts en die zei er dit over: je neemt eigenlijk altijd een verkeerde beslissing; breek je de zwangerschap af, dan zie je ineens overal kinderen met Down – zo gaat dat altijd – en dat doet pijn, want jij hebt het kindje weg laten halen; laat je het kindje geboren worden, dan weet je zeker dat je daarop aangesproken wordt in de trant van: mevrouw, dat hoeft toch niet meer in deze tijd. Die laatste opmerking is niet theoretisch. Ik heb dit echt van meerdere vrouwen gehoord. Zij zeiden: ik was in de speeltuin met mijn twee kinderen met Down en werd echt aangesproken door medeburgers die het mij kwalijk nemen dat zij ter wereld zijn gebracht.

Dit zijn dilemma's die een aantal vragen oproepen. Allereerst de vraag of ouders werkelijk een goed geïnformeerde keuze maken over het doen van een test. Het Centraal Orgaan Prenatale Diagnostiek ontwikkelt een programma voor verloskundigen om hun de tools aan te reiken voor een gesprek met ouders hierover. Maar ze hebben daarvoor maar een kwartiertje, waarin ook andere onderwerpen rondom de zwangerschap aan de orde moeten komen. Hoe kunnen we dit oplossen? Ziet de Minister

andere mogelijkheden voor goede voorlichting, bijvoorbeeld in de vorm van een checklist?

Dan is er het moment van de test. Hoe kunnen we de groep gynaecologen bereiken die de test uitvoeren en ouders informeren? Wil de Minister bij de beroepsgroep aandringen op een richtlijn? Op dit moment zijn de signalen vanuit de praktijk heel wisselend. Er zijn plekken in het land waar gynaecologen ouders goed begeleiden en ouders bijvoorbeeld in contact brengen met de ouderverenigingen van kinderen met Down. Maar er zijn ook artsen die sturend optreden. Ouders voelen zich gedwongen tot het doen van de test of, erger nog, tot het afbreken van de zwangerschap. Een vraag die ik ook wil opwerpen, is of het doen van een test niet schijnveiligheid biedt. Goed, dan weet je dat jouw kindje geen Down heeft, maar dat zegt niets over een zorgeloze toekomst. Je kindje kan leukemie krijgen of autisme hebben of aan de drugs raken. We kunnen het leven niet naar onze hand zetten.

Er wordt bij de NIPT getest op drie chromosoomafwijkingen, waarvan twee zeer ernstig zijn, maar ik denk dat dat voor Down niet is vol te houden. Ik wil echt niet beweren dat het altijd makkelijk is om voor een kindje met Down te zorgen, maar het perspectief van mensen met Down is de afgelopen decennia veranderd. Hartafwijkingen kunnen geopereerd worden. Mensen met Down lezen de krant, hebben dagbesteding, hebben een baan en soms kunnen ze autorijden. Ik vind het daarom onbestaanbaar dat een gezaghebbend instituut als TNO nog altijd spreekt over een zeer ernstige aandoening. Dat strookt gewoon niet met de realiteit. Hoe zorgen we ervoor dat de artsen en instituten het eerlijke verhaal vertellen?

Eigenlijk is de centrale vraag waar het vandaag om gaat hoe onze samenleving kijkt naar kinderen met Down. Wat is het signaal dat we met deze nieuwe test afgeven aan mensen met Down? Moeten kinderen eerst de test goed doorstaan voordat ze geboren mogen worden? Ik wijs op Denemarken, dat op weg is naar een Down-vrije samenleving. Iemand vertelde mij van een vrouw in Engeland. Zij heeft de test gedaan en heel bewust haar kindje met Down geboren laten worden, maar nu kan zij haar kindje niet meer laten verzekeren. Hoe staat de Minister hierin? Zij heeft redenen om de pilot met de NIPT toe te laten, maar er is ook echt een keerzijde.

De **voorzitter**: Wilt u afronden?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ja, ik rond af. Er ligt een advies van de Gezondheidsraad over de ethische aspecten rondom Down. Zo wordt ervoor gewaarschuwd dat de test een automatisme wordt, dat de acceptatie mogelijk af zal nemen en dat daarmee het aantal afgebroken zwangerschappen toe zal nemen. Ik vraag de Minister wanneer zij met een reactie komt op dit rapport.

Tot slot kan ik mij aansluiten bij alle opmerkingen over de kraamzorg. Dat is een essentiële zorg en hoort in het basispakket. Ik ben het eens met het pleidooi van de zorgverzekeraars om de eigen bijdrage te schrappen.

De **voorzitter**: De Minister vraagt op welk rapport zij een reactie moet geven.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Dat is een rapport van de Gezondheidsraad, waarin twee adviezen worden gegeven. Een is een vrij technisch advies over het aanbod van de NIPT. Het andere benadrukt meer de ethische dilemma's. Ik ben heel benieuwd naar de reactie op dat laatste.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Helemaal aan het eind geeft mevrouw Dik-Faber aan dat het automatisme van testen ertoe zou kunnen leiden dat

de acceptatie van Down afneemt. Zou het ook niet kunnen dat als testen vanzelfsprekender wordt, dit ertoe leidt dat mensen juist beter geïnformeerd zijn en beter een keuze kunnen maken hoe ze hun leven later zien, al dan niet met een kind met Down?

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik hoop dat ik in mijn inbreng duidelijk heb gemaakt dat ik een goed geïnformeerde keuze heel erg belangrijk vind. Ik krijg echter signalen – dat zijn er tientallen – dat die keuzevrijheid onder druk staat. Dat testen kunnen leiden tot een automatisatie is mijn vrees, maar dat is ook iets dat door de Gezondheidsraad naar voren is gebracht. De keuzevrijheid die we introduceren met de NIPT kan ertoe leiden dat het tegenovergestelde bereikt wordt, namelijk dat er door het testen een beweging ontstaat in onze samenleving, waardoor de keuzevrijheid om je kindje geboren te laten worden juist afneemt. Dat staat letterlijk in het rapport van de Gezondheidsraad. Ik ben heel benieuwd hoe de Minister daarin staat. Ik denk namelijk dat dit niet theoretisch is. Laten we hopen dat het niet zover komt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Als iemand ervoor kiest om geen test te doen, is dat natuurlijk zijn of haar eigen keuze. Ik kan me echter voorstellen dat wel een test doen, ertoe leidt dat je juist alle opties beter op een rij zet. In die zin verschillen mevrouw Dik-Faber en ik van mening.

De **voorzitter**: Dit was geen vraag, maar meer een constatering. Ik geef daarom nu het woord aan mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Zorg dichtbij, meer tijd en keuzevrijheid voor de zwangeren, dat is de uitkomst van een groot onderzoek dat ik het afgelopen jaar heb gedaan onder verloskundigen. De Minister weet dat wij vaker beroepsgroepen aan het woord laten, met veel vragen om op te reageren. Zo'n 1.250 verloskundigen hebben gereageerd. Dat is 40% van de doelgroep. De resultaten geven een duidelijk beeld van de praktijk op dit moment. Zo vinden de verloskundigen dat de normpraktijk omlaag moet en dat er een betere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn moet komen, maar dat integrale bekostiging nog een brug te ver is. Verder vinden ze dat de functie van klinische verloskundigen erkend moet worden in het ziekenhuis, waardoor ze zelfstandiger kunnen optreden. Ten slotte vinden ze dat er geen vrije prijzen moeten komen en vooral dat de concentratie van zorg gestopt moet worden. Ik wil de Minister dit rapport graag aanbieden. Ik krijg graag een integrale reactie op het rapport, de resultaten en de aanbevelingen.

Wat uit het rapport duidelijk naar voren komt, is dat de concentratie van zorg zeer grote verloskundige risico's met zich brengt. Volgens 60% van de respondenten is er in hun regio sprake van concentratie van zorg of zijn daar plannen voor. Dat is ook niet zo gek, want we zien dat het in Woerden plaatsvindt en dat het in Zeeland, Meppel en Friesland al heeft plaatsgevonden. Verder is er sprake van concentratie in Zuid-Limburg en Den Helder. Maar hoe is het bijvoorbeeld op Voorne-Putten? Hoe gaat het daar op dit moment met de bevallingen na het wegvallen van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse? Hebben we bijvoorbeeld meer bevallingen in de ambulance en onderweg gezien? Ik zou wel eens willen weten hoe het daar gaat.

Een aantal risico's van de concentratie zijn gezondheidsrisico voor moeder en kind, toename van het aantal bermbaby's, gedwongen thuisbevallingen of juist gedwongen ziekenhuisbevallingen. Door concentratie van zorg kan het ook grootschalig en onpersoonlijk worden. Bevalfabrieken, willen we daarnaar toe? Bovenal kan de vrouw niet meer kiezen waar zij wil bevallen. Dat mag toch niet de bedoeling zijn van concentratie van zorg? Ik krijg hierop graag een reactie van de Minister.

De verloskundigen maken zich zorgen over overmedicalisering. Zij zien dat daar waar vrouwen in het ziekenhuis bevallen, ook al is dat poliklinisch, de medicalisering open staat. Dat komt onder andere ook omdat er een eigen bijdrage moet worden betaald voor een poliklinische bevalling in het ziekenhuis. Zodra je medicaliseert, is het echter medisch en is er geen sprake meer van een eigen bijdrage. Is dit wel wenselijk, zo vraag ik de Minister. Wat dat betreft steun ik de Partij van de Arbeid in haar pleidooi om de eigen bijdrage te laten vervallen.

Ik had het net al in een vraag aan mevrouw Tellegen over de samenstelling van het College Perinatale Zorg. Dat college kijkt naar goede samenwerking in de geboortezorg. Het doet heel goed werk, maar mij valt wel op dat er een oververtegenwoordiging is vanuit de ziekenhuizen. Ik vind dat niet wenselijk. Terwijl we overal zeggen dat je een verplaatsing zou moeten hebben uit het ziekenhuis naar de eerste lijn, zorg dichtbij, zie je in de geboortezorg eigenlijk een tegenovergestelde trend. Ziet de Minister een mogelijkheid om de eerste lijn in het College Perinatale Zorg te versterken? Is zij het nog steeds met de SP eens dat integrale bekostiging een middel is en nooit een doel in zichzelf mag zijn en dat op het moment dat meer dan twee derde van de verloskundigen in de eerste lijn integrale bekostiging afwijst, je daartoe niet moet overgaan?

Geschokt was ik toen ik Barbara Baarsma hoorde zeggen dat kraamzorg slechts een gemakdienst is, dat een kind krijgen geen risico is, maar iets dat je plant en waar je voor spaart. Ik vind dit van een stuitende naïviteit. Ik vraag de Minister dan ook om hier afstand van te nemen. Het is medisch noodzakelijke zorg, belangrijk voor de signalering en de preventie voor de moeders en kinderen thuis. Die eerste dagen van het net geboren kindje zijn zo ontzettend precair. We willen toch juist dat vrouwen dan thuis kunnen zijn? Wat is het alternatief als we kraamzorg afschaffen? Vrouwen langer in het ziekenhuis houden in die eerste week? Is dat dan ook daadwerkelijk goedkoper?

De **voorzitter**: Gaat u richting een afronding?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik sta op vier minuten tien seconden en ik heb doorgekregen dat we vijf minuten spreektijd hebben.

De **voorzitter**: Nee, vier minuten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dan heb ik het verkeerd. Ik wil nog één punt maken en dat gaat over de NIPT. Ik zal het kort doen. Ik denk dat het goed is dat vrouwen niet meer naar het buitenland hoeven als zij deze screening willen doen, maar dat het ook in Nederland kan. Maar ik wil wel heel helder hebben dat het een volledig vrije keuze moet zijn van moeders en gezinnen om deze screening te laten doen. Daarom wil ik de Minister vragen om afstand te nemen van wat mevrouw Dupuis heeft gezegd. In de discussie over de zeldzame ziektes van Pompe en van Fabry zei mevrouw Dupuis, senator voor de VVD in de Eerste Kamer, dat kinderen met deze aandoeningen eigenlijk niet meer geboren zouden hoeven worden. Dat is toch niet waar we naartoe willen met de mogelijkheid van perinatale screening?

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Mevrouw Leijten werpt zich op als hartstochtelijk pleitbezorgster van de verloskundigen die hun autonomie zouden dreigen te verliezen. Ik heb echter heel veel voorbeelden gezien van verloskundigen die in goede samenwerking met gynaecologen nu tot geboortecentra komen. Is mevrouw Leijten bekend met een heel mooi initiatief in Amsterdam, de NOVA-kliniek, waarin verloskundigen door gynaecologen in stelling worden gebracht om, zoals dat in goed Nederlands heet, de medium care zelf te doen? Dat is een beweging de andere

kant op die haaks staat op het pleidooi dat mevrouw Leijten net heeft gehouden. Ik krijg hier graag een reactie op.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zie heel mooie samenwerkingsverbanden. Dat komt ook uit het rapport naar voren. De verloskundigen willen heel graag samenwerken. Ze stellen bijvoorbeeld gezamenlijke scholing en nascholing voor, juist met gynaecologen, klinische verloskundigen en eerstelijnsverloskundigen. Dat is een grote wens, want ze zien dat dat een verbetering is. Het enige waar ze zich zorgen over maken, is dat er in die samenwerkingsverbanden soms een overheersing is vanuit het ziekenhuis en de tweede lijn op de eerste lijn. Dat zouden we niet moeten faciliteren. Er is volgens mij niets tegen laten bloeien wat er bloeit en daar goed van leren. We moeten ook kijken wat de inspectie doet. Maar we moeten niets opleggen. Dat is eigenlijk mijn pleidooi. Ga niet harder dan de sector zelf. Als twee derde van de verloskundigen zegt dat integrale bekostiging nog niet wenselijk is, dan moet je daar niet toe overgaan.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Laat bloeien wat er al bloeit. Ik constateer toch dat het glas bij mevrouw Leijten half leeg is en bij de VVD half vol. Laten we voortborduren op al die goede voorbeelden die al in gang gezet zijn, zoals de NOVA-kliniek waar de verloskundigen dus eigenlijk eerder meer in stelling worden gebracht, dan minder.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind ook dat je mooie dingen moet bekijken, maar je moet je ogen niet sluiten voor waar het niet goed gaat. Dat heeft niets te maken met de vraag of er half volle of half lege glazen zijn. Dat is gewoon reëel luisteren naar de noden en de zorgen die er zijn. Als je een onderzoek doet onder een beroepsgroep, met 40% respons, serieus ingevuld, met een heel grote betrokkenheid, dan kun je niet zeggen dat dat zomaar een voorbeeld is. Dan moet je daar gewoon serieus naar luisteren.

De **voorzitter**: Het rapport wordt nu overhandigd aan de Minister. Ik geef graag het woord aan mevrouw Klever.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. De zorg rondom zwangerschap en geboorte moet in een samenwerkingsverband geleverd worden, als een team rondom de zwangere. In zo'n systeem van integrale geboortezorg passen geen autonome beroepsbeoefenaars. Richtlijnen moeten gezamenlijk opgesteld worden en niet door één partij, zoals verloskundigen hebben gedaan ten aanzien van pijnbestrijding. Andere beroepsgroepen doen dat overigens ook. Declaraties moeten samen opgesteld worden en niet dubbel ingediend worden. Het is in dat kader teleurstellend dat een integrale bekostiging niet tot stand komt. Een jaar geleden gaf de Minister nog aan dat er 50.000 dubbele declaraties tot het verleden zouden behoren bij de invoering van een integraal tarief. Hoe gaat de Minister deze verspilde miljoenen nu achterhalen? Integrale geboortezorg is nog een stip op de horizon, om met de woorden van de inspectie te spreken. Waar is de regie, zo vraag ik de Minister. De babysterfte is nog steeds te hoog in Nederland en kan lager zijn als er beter wordt samengewerkt. Ik mis hier concrete doelstellingen voor en ik mis deadlines en targets. Alle maatregelen hebben een open einde. Wat gebeurt er met de achterblijvers? Het rapport van de inspectie vind ik ook eerder zorgelijk dan dat het mij geruststelt dat het allemaal wel goed komt met de geboortezorg. In 17 van de 19 onderzochte regio's waren bijvoorbeeld geen concrete afspraken gemaakt over een casemanager. Hoe wordt dit opgevolgd? Gaat de Minister hier iets mee doen of wachten we op de volgende peiling en zijn we tevreden als we een stijgende lijn zien? Waar is de spreekwoordelijke stok achter de deur? Ik krijg hier graag een reactie op.

Er zijn ook nog altijd onvoldoende operatieteams die 24 uur per dag aanwezig zijn. Dat inmiddels uitgegaan wordt van GOP's (geautoriseerd obstetrisch professionals), klinisch verloskundigen of arts-assistenten, is een afzwakking van het advies van de stuurgroep, waarin gekozen werd voor het 24 uur per dag 7 dagen per week aanwezig zijn van teams voor acute verloskunde. Ik mis nog andere 24/7- invullingen, zoals het 24/7 starten van een behandeling na vijftien minuten en een 24/7 drempelloze toegang tot pijnbehandeling. Elke zwangere moet op elk moment de keuze kunnen maken om de pijn te bestrijden met medicatie. Is de Minister het met mij eens dat de besluitvorming rondom pijnmedicatie als volgt zou moeten zijn? Stap één: inventarisatie van de wensen van de zwangere. Stap twee: advies van de professional. Stap drie: de beslissing van de zwangere. Die moet dan zonder belemmeringen worden uitgevoerd, ook als de bevalling 's nachts of in het weekend plaatsvindt. Kan de Minister garanderen dat de ruggenprik bijvoorbeeld 24 uur per dag 7 dagen per week in elk ziekenhuis kan worden gegeven? In de landen om ons heen is dit namelijk wel het geval. Anno 2014 zou dat in Nederland toch ook moeten kunnen.

Tot slot nog een paar opmerkingen. Mijn fractie is blij dat de NIPT nu wordt aangeboden en vergoed via de TRIDENT-studie. Ik zou dit nog wat willen uitbreiden. Kunnen vrouwen vanaf 36 jaar hiervoor ook in aanmerking komen? Het risico op het Downsyndroom stijgt namelijk aanzienlijk vanaf deze leeftijd. Een ander punt is dat de test nu wel beschikbaar is in Nederland, maar niet voor iedereen bereikbaar is, zelfs niet als men er zelf voor wil betalen. Deze groep moet hiervoor nog steeds uitwijken naar het buitenland. Ik vind dat echt verkeerd beleid. We zouden geen enkele vrouw deze test moeten onthouden als zij die zelf wil. Ik wil nog even reageren op het voorstel van mevrouw Wolbert om de eigen bijdrage bij de poliklinische bevalling af te schaffen. Dat klinkt sympathiek, maar ik heb even de moeite genomen om wat aanvullende verzekeringen door te nemen. Dan blijkt dat je voor € 5 een aanvullend pakket kunt nemen, waarbij de eigen bijdrage niet betaald hoeft te worden. € 5 lijkt mij toch geen financiële belemmering om in een ziekenhuis te bevallen. Mensen die zich voorbereiden op zwangerschap en bevallen, kunnen zich ook verdiepen in de verzekeringsvoorwaarden. Het probleem lijkt mij daarmee verholpen, zeker als er wat anders uit het pakket zou moeten om deze maatregel erin te krijgen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Vindt de PVV niet met de PvdA dat elke vrouw zou moeten kunnen bevallen waar zij wil en dat financiële belemmeringen daar geen rol in zouden moeten spelen?

Mevrouw **Klever** (PVV): De PVV vindt zeker dat elke vrouw moet kunnen bevallen waar zij wil, ook in het ziekenhuis. De PVV vindt ook dat elke vrouw de mogelijkheid zou moeten hebben, als zij dat wil, om bijvoorbeeld een ruggenprik te krijgen. Daar zouden zeker geen financiële belemmeringen voor moeten zijn. Het voorstel van mevrouw Wolbert is echter om de financiële drempel voor poliklinische bevallingen af te schaffen. De reactie van de Minister daarop is dat dat alleen kan als er iets anders uit het pakket gaat. Ik wil eerst weten wat er dan uit het pakket moet om dit mogelijk te maken. Vandaar dat ik aangeef dat het ook via een aanvullende verzekering van € 5 is te realiseren.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Uit een studie blijkt dat er vrouwen zijn die een ruggenprik vragen om de eigen bijdrage te omzeilen. Uiteindelijk is dat duurder dan dat je die eigen bijdrage schrappt. U bent voorstander van een systeem dat eigenlijk duurder is dan het schrappen van die eigen bijdrage. Maar ik wil nog een andere vraag stellen. Als u naar de huisarts gaat of naar de tandarts, betaalt u dan een eigen bijdrage voor het gebruik van de wachtkamer en de behandelkamer?

Mevrouw **Klever** (PVV): Mevrouw Wolbert legt mij woorden in de mond die ik niet gebruikt heb. Wij zijn niet voor dit soort belemmeringen. Maar we zijn er ook niet voor om dingen uit het pakket te gooien. Daar moet je ook naar kijken. Als de Minister zegt: we schrappen de eigen bijdrage en we gooien iets anders uit het pakket, dan wil ik kunnen afwegen wat wij belangrijker vinden. Dit zeker gezien het feit dat je je voor € 5 kunt verzekeren tegen die eigen bijdrage. Wij vinden de route om via een medische indicatie die eigen bijdrage te omzeilen, overigens een verkeerde route. Dat lijkt me duidelijk.

De **voorzitter**: U was nog niet aan het eind van uw betoog gekomen, maar ik wil u wel verzoeken om uw betoog af te ronden.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik heb nog een puntje, namelijk de kraamzorg. De PVV vindt echt dat de kraamzorg een belangrijk onderdeel is van de zorg voor moeder en kind. Die moeten we dan ook absoluut in het pakket houden. Volgens mij is daar een Kamermeerderheid voor, als ik zo alle woordvoerders beluisterd heb. Ik vraag de Minister daarom om te bevestigen dat de kraamzorg in het pakket blijft.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik begin met mijn excuses te maken omdat ik later binnenkwam, maar soms lopen de dingen zo. Als het gaat om het terugdringen van de babysterfte zijn we in Europa opgeschoven van een plaats in de onderste helft naar een gemiddelde positie. We gaan dus de goede kant op. Ik wil wel graag van de Minister horen wat haar ambitie is. Streeft ze naar een plek in de bovenste regionen, bijvoorbeeld in de top vijf? Zo ja, per wanneer dan? Ik vraag dit vooral omdat ik moet concluderen dat het sinds het vorige debat rondom de geboortezorg, echt langzaam gaat. We zien dat ook in het rapport van de inspectie terug. De anderen hebben er al aandacht aan besteed dat we achterblijven op het gebied van preventie. Alle betrokken partijen erkennen het belang van een integrale geboortezorg en een bekostigings-systematiek zonder schotten, maar toch loopt het moeizaam. Dat schrijft de Minister zelf ook. Ik ken de Minister als een doortastend bewindspersoon, maar ik mis hier toch wel de regie. Ze doet wel een oproep aan de landelijke beroepsorganisaties om meer en beter samen te werken, maar dat vind ik eigenlijk te mager. Ik wil graag weten welke concrete maatregelen de Minister kan en gaat nemen.

D66 wil, net als vele anderen, zo snel mogelijk toe naar een integrale geboortezorg door financieringsschotten te doorbreken en te komen tot een integrale bekostiging. Dat kan de nu nog moeizame samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen bespoedigen. Hoe staat het met de pilots die daarop zijn gericht? Wat is de actuele stand? Hoeveel regio's hebben zich gemeld? Wat zijn de uitkomsten? Wanneer komt wat de Minister betreft het moment om die integrale bekostiging in te voeren? D66 vindt de geboortecentra een mooi voorbeeld van integrale zorg. Helaas lopen deze aan tegen belemmeringen in het stelsel. Mevrouw Bruins Slot wees er al op dat ze btw-plichtig zijn, terwijl dezelfde zorg thuis of in een ziekenhuis daarvan is vrijgesteld. Ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Bruins Slot op dit punt. Vindt de Minister dat ook niet ongewenst en wil zij kijken of hier een mouw aan te passen valt? D66 steunt het onderzoek naar de zorginhoudelijke meerwaarde van kraamzorg. Dat vinden we op zich goed, maar waarom wordt dit onderdeel er specifiek uitgelicht en wordt niet de gehele keten bekeken? Wanneer is het onderzoek gereed? Richting de collega's wil ik nog zeggen dat kraamzorg wat ons betreft een heel belangrijke schakel is, die hoort bij de integrale zorg. Ik zou er dan ook niet voor zijn dat die daar niet meer toe zou behoren.

We zien dat gezinnen met lage inkomen en ouders van niet-westerse afkomst minder gebruik maken van kraamzorg. Zijn er nog andere

redenen waarom deze groepen hier minder gebruik van maken, zoals onbekendheid of culturele redenen? Is de Minister het met mij eens dat juist deze groepen gebaat zijn bij een toegankelijke kraamzorg? Wat gaat zij eraan doen om die meer toegankelijk te maken?

De Minister geeft aan dat het aanbieden van de NIPT als primaire screening voor alle vrouwen nog niet aan de orde is. De ontwikkelingen gaan echter snel, zo zegt zij en zij wil de uitkomsten van het implementatieonderzoek afwachten voordat ze een beslissing neemt over de plek van de NIPT in de prenatale screening. Dat begrijp ik wel, maar kan de Minister toelichten welke snelle ontwikkelingen zij voor ogen heeft en op basis van welke resultaten van dat implementatieonderzoek de NIPT de eerste screeningstest kan worden?

Er is nog één punt dat ik hier wil maken en dat gaat over hormoonverstorende stoffen. Die kunnen tijdens de zwangerschap of via de moedermelk worden overgedragen van moeder op kind. Uit onderzoek van de Gezondheidsraad blijkt dat dit ook op latere leeftijd kan leiden tot gezondheidsproblemen en bijvoorbeeld tot een verhoogde kans op kanker. Dit is al in de commissie I en M aan de orde geweest en er is toen verwezen naar deze commissie. Ik denk dat het goed zou zijn als de Minister aangeeft welke beleidsconclusies zij uit dit rapport trekt en of zij bijvoorbeeld, net als in Denemarken al gebeurt, zwangere vrouwen proactief wil informeren hoe zij de blootstelling aan hormoonverstorende stoffen kunnen verkleinen.

Ik zie dat ik door mijn tijd heen ben en daarom hou wat ik nog over heb voor de tweede termijn.

De voorzitter: Hiermee is een einde gekomen aan de eerste termijn van de Kamer.

De vergadering wordt van 14.53 uur tot 15.04 uur geschorst.

Minister Schippers: Voorzitter. Ik ga eerst een paar stappen terug. Nederland stond er niet goed voor in vergelijking met andere Europese landen als het gaat om babysterfte. Wij moesten van ver komen, van de een na laatste plaats in Europa, maar we zijn opgeklommen naar de middenmoot bij de sterfte vanaf 28 weken zwangerschap. We bezetten echter nog geen toppositie. In andere landen is de geboortezorg namelijk ook verbeterd. Dat betekent dat de lat in heel Europa omhoog gaat en dat die in Nederland wat sneller omhoog zou moeten gaan. We moeten dus blijven inzetten op het doorvoeren van verbeteringen in de geboortezorg en ervoor zorgen dat de vermijdbare babysterfte in Nederland wordt teruggedrongen. We volgen daarbij het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. De stuurgroep adviseerde begin 2010 over een aantal maatregelen en normen voor veilige zorg rond zwangerschap en geboorte, zoals de noodzaak van meer en betere samenwerking in de hele keten en vooral in acute situaties. Moeder en kind moeten meer centraal staan. Het merendeel van de meer dan 36 normen die de stuurgroep heeft voorgesteld, is al door het veld opgepakt. De drie belangrijkste zijn: functionerende verloskundige samenwerkingsverbanden, afspraken over parallelle acties van verloskundigen en gynaecologen bij bevallingen en de invoering van een perinatale audit. Een aantal van de woordvoerders heeft mij gevraagd naar mijn ambitie en heeft gezegd dat het langzaam gaat. Het gaat inderdaad langzaam, maar wat er gebeurt, is ook wel ingrijpend. Je kunt zeggen: we gaan even integrale tarieven invoeren. Dat gaat echter niet zomaar, want het gaat om een veld waar heel veel verloskundigen zelfstandig in zo'n verloskundig samenwerkingsverband opereren. Dat moet je aan de achterkant ook gelijk trekken. Samen met de inspectie constateer ik dat het veld op geen enkele plek meer zo is als in 2010. Dat is een prestatie. Het veld is dus wel degelijk in beweging gekomen, maar op onderdelen zal de vaart er nog

wat meer in moeten komen. Het is ook geen gemakkelijke klus, want het gaat over veranderingen in domeinen, bevoegdheden en tradities. Het is goed dat de inspectie daarbij de vinger aan de pols houdt en dat verloskundige samenwerkingsverbanden hun voortgang in de integrale aanpak van geboortezorg aan de inspectie zichtbaar moeten maken. Daarmee houden we dus ook heel scherp de verbeteringen en de ontwikkelingen in de gaten. Dat is heel belangrijk.

Zorgverzekeraars kunnen per 2015 de NZa-module integrale geboortezorg inzetten om de verloskundige samenwerkingsverbanden gezamenlijk te contracteren. Daarmee is een heel belangrijke stap gezet voor het doen van pilots met integrale bekostiging.

Het College Perinatale Zorg jaagt het veld aan om ervoor te zorgen dat de adviezen van de stuurgroep worden uitgevoerd. Ik verzeker u dat dat geen gemakkelijke taak is. De veranderingen in de geboortezorg raken namelijk, zoals ik al zei, aan bevoegdheden, domeinen en tradities. Ik ben echter van mening dat die ondergeschikt zijn aan het doel dat we met zijn allen nastreven, namelijk het verminderen van vermijdbare babysterfte.

Dat er veel stappen gezet worden in de geboortezorg komt ook duidelijk naar voren in de drie inspectierapporten die we vandaag bespreken. Ik zie het ook in de knelpuntenbrief van het College Perinatale Zorg en de rapportage van de stichting Perinatale Audit Nederland. Belangrijke vragen die we daarbij moeten beantwoorden zijn of de veranderingen de goede kant op gaan en of het snel genoeg gaat. Als je kijkt naar de cijfers over babysterfte, dan zie je dat er duidelijk sprake is van een dalende trend. Die kan en moet verder dalen. Het verlies van je kind, hoe vroeg in de zwangerschap dat ook gebeurt, betekent voor ouders een levenslang trauma. Daarom blijf ik hierop inzetten en het veld hierop aanspreken.

Aan het eind van deze inleiding wil ik toch nog iets zeggen over screenen in zijn algemeenheid. Wij screenen en wij geven mensen de gelegenheid om voor een screening te kiezen. Daar mag nooit dwang achter zitten. Je bepaalt zelf of je wilt screenen of niet. Als je ervoor kiest om niet te screenen dan is dat jouw keuze en die keuze moet gerespecteerd worden. Het uitgangspunt is dus dat het een vrije keuze is. Een tweede uitgangspunt is dat iedereen welkom is. Dus of je nou wel of niet gescreend bent, als je een kind hebt dat geboren is met bepaalde aandoeningen, het syndroom van Down of een andere ziekte die je helaas kunt hebben als je geboren wordt – er is gezegd: in de rest van je leven kan je nog veel meer overkomen – dan ben je ook welkom. Ik kan niet verhinderen dat er mensen in de samenleving zijn die andere mensen daarop aanspreken, want mensen doen wel meer dingen waar ik niet mee geassocieerd wil worden. Dat geldt hier ook voor. Ik vind dat iedereen welkom is en dat iedereen zich moet kunnen verzekeren. Waarmee je ook geboren wordt, in Nederland is iedereen verzekerd voor dezelfde zorg en voor dezelfde premie. Dat zijn de uitgangspunten die ik hanteer.

De voorzitter: Er zijn vragen over de inleiding. Ik wil afspreken om deze ronde twee interrupties toe te staan.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik ben heel blij dat de Minister klip-en-klaar stelt dat screening altijd een vrije keuze is en dat iedereen welkom is. Dat zijn heel belangrijke uitgangspunten. Ik heb in mijn betoog geschetst dat er druk, drang wordt uitgeoefend door de artsen om te screenen en zwangerschappen af te breken. Zo ervaren ouders dat althans. Wil de Minister daar nu op reageren of komt zij daar straks bij de beantwoording van specifieke vragen nog op terug? Ik zie in de praktijk dat die keuzevrijheid echt onder druk staat. Aan de samenleving kunnen we misschien niet zo veel doen als politiek, maar als het gaat om de artsen kunnen wij volgens mij wel een rol spelen.

De **voorzitter**: Komt de Minister daarop terug bij de beantwoording van de afzonderlijke vragen?

Minister **Schippers**: Ik kan het nu ook doen. In Nederland bieden wij screening aan en iets wat je wordt aangeboden, kun je ook weigeren. Dat hoeft je dus niet aan te nemen. Je beslist echt in volledige vrijheid of je dat wilt of niet. Het is bij screening heel belangrijk – welke screening er ook wordt gedaan – dat mensen vooraf goed geïnformeerd worden over de betekenis van die screening. Ik moet eerlijk zeggen dat het bij mij al heel lang geleden is, maar mij werd wel verteld: weet dat als u kiest voor screening, u ook een uitkomst kunt hebben u niet verwacht; als u van tevoren al weet dat u er toch niets mee doet, waarom zou u dan screenen. Ik zie dat dat bij wat recentere ervaringsdeskundigen ook is gebeurd. Ik vind dit wel heel belangrijk. Het hangt er natuurlijk vanaf welke test je doet, maar de combinatietest is ook een risicotest en vergt dus ook uitleg.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Daar ben ik het helemaal mee eens. Ik zie in het land ook goede voorbeelden van artsen die dit uiterst serieus nemen, die ouders goed voorbereiden, die aangeven dat de ouders een keuzevrijheid hebben en dat, als de test wordt gedaan, de uitslag kan zijn dat er een kindje met een handicap verwacht wordt en dat men dan dus voor een moeilijke keuze komt te staan. Die artsen begeleiden dat goed en nemen contact op met ouderverenigingen. Dat is een kant van het verhaal. Er zijn helaas ook talloze voorbeelden waar dat niet aan de orde is. Ik ken mensen bij wie artsen er echt op aangedrongen hebben om een nekplooiemeting te laten doen. Die moesten praten als Brugman om die test van hun lijf te houden. Als dat aan de orde is, gaan artsen volgens mij hun boekje te buiten. Zijn er geen richtlijnen waar artsen zich aan moeten houden? Kunnen we niet op de een of andere manier die ouders tot steun in de rug zijn en die keuzevrijheid echt versterken? Die keuzevrijheid willen we allemaal en die is er ook op veel plekken, maar die is er niet altijd.

Minister **Schippers**: Die moet er wel zijn. Wij hebben met elkaar afgesproken dat dit iets is wat je aanbiedt en waarvoor gekozen kan worden en dat de keuzevrijheid bij de ouder ligt. Die kan ervoor kiezen om die test te doen en vervolgens, bijvoorbeeld als uit de test naar voren komt dat ze zwanger is van een kindje met het syndroom van Down, niet te kiezen voor abortus. Die ouder kan zich dan echter wel goed voorbereiden op de geboorte van zo'n kindje en advies gaan halen bij ouders die al zo'n kindje hebben. Er liggen hierbij dus allerlei dingen open. Het is ons overigens niet bekend dat er zo gepusht wordt, maar laten we hier wel met elkaar vaststellen dat als dat gebeurt, dat niet is zoals wij dat hebben geregeld.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik wil heel graag mijn tweede interruptie ook gebruiken, want ik heb begrepen dat er wordt gewerkt aan tools om verloskundigen, die hier ook een belangrijke rol in spelen, goed het gesprek te kunnen laten voeren met ouders die een kindje verwachten. Het gaat dan om de mogelijkheden van onderzoek en de vraag of je wel of niet meedoet aan een test. De groep gynaecologen is echter veel lastiger te bereiken en daar wordt die druk juist uitgeoefend. Als we binnen het Centraal Orgaan Prenatale Diagnostiek voor verloskundigen wel aan de slag gaan met richtlijnen en tools, waarom zouden we dat dan niet ook doen voor artsen? Is dat een mogelijkheid die voor de Minister bewandelbaar is?

Minister **Schippers**: Die richtlijnen zijn er al, maar of ze nageleefd worden, is natuurlijk altijd een tweede. Als het u geruststelt, kan ik de Nederlandse Vereniging van Gynaecologen vragen om daar in hun blad

eens aandacht aan te besteden of dit anderszins te communiceren. Ik moet eerlijk zeggen dat wij regelmatig contact hebben met de beroepsgroep en dat onze mensen werkbezoeken afleggen, maar dat we dit eigenlijk niet tegenkomen. Maar daar waar het gebeurt, moet het niet gebeuren.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik vind het een belangrijke toezegging van de Minister dat ze hierover het gesprek aan wil gaan met de Vereniging van Gynaecologen, want ik heb echt tientallen reacties gekregen van ouders over hoe zij het contact met de gynaecologen ervaren. Misschien is het goed dat ik die aanlever als achtergrondinformatie. Het gaat echt vaak goed, maar het gebeurt helaas ook maar al te vaak dat er sprake van drang is. Het is dus fijn dat het gesprek wordt gevoerd en ik lever daar graag wat input voor aan, aangezien de Minister zegt die verhalen niet te kennen.

Minister **Schippers**: Hartelijk dank daarvoor. Voordat ik tot de beantwoording van de vragen overga, wil ik ook mevrouw Leijten danken voor haar onderzoek «De verloskundige aan het woord». Het is een enorme opgave om naast alle drukke werkzaamheden, dit soort onderzoeken te doen en te bundelen. Het is heel belangrijk om regelmatig niet alleen een-op-eencontacten te hebben, die we allemaal op werkbezoeken hebben, maar ook breder te peilen hoe men denkt over het dagelijkse werk. Ondanks dat ik het onderzoek nog moet lezen, begrijp ik dat 96% van de verloskundigen het werk ervaart als positief tot zeer positief. Dat vind ik een heel belangrijke notie. Er zullen waarschijnlijk wel aanbevelingen in het onderzoek staan. Ik zeg toe dat wij daar schriftelijk op terug zullen komen.

Dan de integrale zorg en de integrale bekostiging. Ik steun de lijn die het CPZ heeft neergezet: zorg dat de regio's en de verloskundige samenwerkingsverbanden zich vormen tot een integrale geboortezorgorganisatie, zodat de zorgverzekeraar deze kan contracteren. Per 2015 is de NZa-module integrale geboortezorg van kracht en praktisch alle zorgverzekeraars betrekken deze module actief in hun inkoopbeleid voor 2015. Ik denk dat we daarmee echt een grote stap vooruit zetten. We kunnen heel veel papier maken, maar dit is iets dat in de praktijk gebeurt en dat van grote betekenis kan zijn. Ik denk dat daarmee ook een deel van de huidige belemmeringen voor integrale samenwerking wordt weggenomen. Ik heb al gezegd dat de integrale bekostiging voor mij geen doel is, maar een middel om betere zorg te bereiken. Deze module zal in ieder geval een grote stap vooruit betekenen, waardoor we toegroeien naar zo'n integrale bekostiging. Want, nogmaals, als je in een heel versnipperd veld deze grote stap kunt zetten, dan is het veel makkelijker om de volgende stap te zetten.

Hiermee heb ik volgens mij beantwoord waarom die integrale bekostiging niet sneller ingaat. Toen ik Minister werd, dacht ik ook: dat is toch zo geregeld, je gaat naar de NZa, die maakt één tarief en dan heb je een integrale bekostiging. Maar zo werkt het niet. Als je met het veld gaat spreken, zie je namelijk wat het allemaal betekent en dat dit wel even tijd nodig heeft. We moeten er wel een beetje het tempo in houden, maar het heeft tijd nodig om vanuit een heel ander perspectief te gaan denken. Ik heb van verschillende kanten de vraag gehoord: hoe kan dit nou, want de verloskundigen en de gynaecologen vechten behoorlijk met elkaar over de geboortezorg. Wat ik heel prettig en ontzettend belangrijk vind en waar ik ook heel blij om ben, omdat ik denk dat daarmee de stappen sneller en beter kunnen worden gezet, is dat de voorzitters van beide verenigingen bij ons zijn geweest en hebben aangegeven dat ze achter de schermen al samenwerken en dat ze naar buiten toe ook veel meer zullen gaan samenwerken en dus over de hobbels tussen de verenigingen heen zullen

stappen. Ik denk dat dat nog veel meer betekent dan de dingen die ik kan doen. Ik ben dan ook heel blij dat dit zo is.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Ik heb in mijn bijdrage veel aandacht besteed aan het streven naar een integraal tarief. Ik volg de Minister als zij zegt dat het geen doel is, maar een middel om de geboortezorg verder te helpen en dat het ook het beste is als dat een eindstation is en niet een voorwaarde vooraf om tot die samenwerking te komen. Ik heb ook gevraagd naar het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars voor 2015. Het is goed om te horen dat de meeste zorgverzekeraars dat nu gaan doen. Wat is de inschatting van de Minister? Verwacht zij dat de geboortezorg met die stap naar die integrale module nog een heel stuk verder zal komen?

Minister **Schippers**: Ik denk dat deze module een heel grote stap is. Achmea is niet de enige, maar wel de eerste die met die module aan de slag is gegaan. VGZ, CZ en Menzis zijn ook bezig om hun inkoopbeleid verder uit te werken. Hun intentie is om deze module in 2015 in te zetten. Het RIVM ontwikkelt een monitor waarmee het gebruik van die module zichtbaar zal worden gemaakt. Die zal vanaf 1 januari 2015 starten. Dat is een enorm belangrijke stap. Er is nu binnen die module één aanvraag voor een experiment met integrale bekostiging. Dat is bij de NZa gemeld door zorgverzekeraar CZ en het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland. Zorgverzekeraars hebben echter gemeld in 2015 op veel grotere schaal pilots te kunnen doen. Die stap is binnen zo'n module veel makkelijker en beter te zetten.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Dat is goed nieuws. Verwacht de Minister dan dat dat integrale tarief met het inkoopbeleid voor 2015 vanzelf tot stand zal komen?

Minister **Schippers**: Vanzelf komt natuurlijk niets tot stand, maar ik denk wel dat het een versnelling zal betekenen. Met u zeg ik: dat mag ook wel, want we zijn al enige tijd met elkaar in gesprek over dit tarief. Tegelijkertijd zeg ik dat achter dat ene tarief natuurlijk een hele werkwijze zit. Dan de dubbele declaraties. Bij de overdracht van een verloskundige naar een gynaecoloog en dus ziekenhuiszorg, zijn twee beroepsbeoefenaren aan het werk geweest. Beide declareren natuurlijk voor hun activiteiten. In het integrale tarief zitten ook beiden, maar dat is dan dus integraal in dat tarief verwerkt. Ik vind dubbel declareren dan ook niet helemaal de goede term. Het integrale tarief zal de samenwerking sterk bevorderen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Het College Perinatale Zorg heeft zelf geconstateerd dat er fors dubbel gedeclareerd wordt. Ik ben dan ook een beetje verbaasd dat de Minister nu zegt dat dat niet waar is. Volgens mij wordt er wel veel dubbel gedeclareerd. Ik heb gevraagd wat de Minister daaraan gaat doen. Ontkennen is natuurlijk niet het probleem oplossen.

Minister **Schippers**: Nee, maar er is natuurlijk een overlap in werkzaamheden. Daar zit de dubbelheid in. Uiteindelijk willen we naar integrale tarieven. Het is dus niet zo dat ik denk: ik sta erbij, ik kijk ernaar en ik doe er niets aan. Nee, we zijn wel degelijk heel hard aan het werk om naar integrale tarieven te gaan, waardoor de samenwerking, maar ook de declaratie beter wordt.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dat is toch wat anders dan zeggen dat dubbel declareren niet bestaat. Natuurlijk zijn er overlappen als een bevalling halverwege van een verloskundige naar een gynaecoloog overgaat, maar daarnaast zijn er nog steeds heel veel dubbele declaraties die aangepakt

moeten worden. Die integrale tarieven zouden een oplossing kunnen zijn, maar dat duurt allemaal wel erg lang.

Minister **Schippers**: In mijn visie is dubbel declareren met name de overlap. Als je werk hebt geleverd, ga je dat declareren. Dan kan iemand wel zeggen: je declareert dubbel, want de gynaecoloog declareert ook. Maar hij verricht ook werk en daar zit dus die overlap in. Uiteindelijk zijn we met elkaar van mening dat integrale tarieven het beste zullen werken. Daarom werken we daar ook hard aan.

Dan de financiering van geboortecentra. De eerstelijns geboortecentra kennen op dit moment een zelfstandige separate betaaltitel binnen de WMG (Wet marktordening gezondheidszorg). De schotten in de huidige financiering kennen ongewenste neveneffecten die met onderlinge verrekening tussen geboortecentra en ziekenhuizen kan worden opgelost. Het komt in de verloskunde regelmatig voor dat zwangeren tijdens de bevalling worden overgedragen aan de tweede lijn. Dit leidt in de huidige situatie tot dubbele declaraties omdat er in de eerste en de tweede lijn kosten zijn gemaakt. Ook voor dit probleem, waarbij je de declaratie ziet overgaan van het geboortecentrum naar de tweede lijn, is een integraal tarief de oplossing.

Dan de btw-problematiek, die een obstakel vormt voor het verder vormgeven van de samenwerking in de geboortezorg. Die btw-problematiek is helaas niet alleen hierop van toepassing, maar die kom ik regelmatig in allerlei dossiers tegen. Die speelt ook een rol bij het doorbelasten van kosten binnen die samenwerkingsverbanden. Ik ben daarover in gesprek met de Staatssecretaris van Financiën. Verschillende woordvoerders hebben gevraagd naar de eigen bijdrage voor poliklinisch bevallen. Daar geldt geen eigen bijdrage voor. Als mensen met een medische noodzaak in het ziekenhuis bevallen, is dat onderdeel van het basispakket. Als er geen medische noodzaak is, is het geen onderdeel van het basispakket. Het is dus niet een eigen bijdrage, het is iets wat geen onderdeel van het basispakket is en wat je zelf betaalt. Je betaalt de meerkosten voor het gebruik van de verloskamer. Die betaal je als er geen indicatie is voor poliklinisch bevallen. CPZ heeft een leidraad voor zorggerelateerde criteria ontwikkelt voor het geven van een indicatie voor poliklinisch bevallen. Uiteindelijk gaat het erom dat je op zorginhoudelijke gronden kiest voor de juiste plek om te bevallen. Sommigen zeggen dat de druk in de geboortezorg eigenlijk andersom is als bij de rest van de zorg. Bij de rest van de zorg is de druk om naar de eerste lijn te gaan en in de geboortezorg zou er druk zijn om naar de tweede lijn te gaan. In de geboortezorg is er echter ook een druk naar de eerste lijn, want als je zonder indicatie poliklinisch wilt bevallen, zit het gewoon niet in het pakket en dan heb je dus die eigen meerkosten. We hebben hier al eerder over gesproken.

Mevrouw Klever vroeg wat het kost. Dat hebben we al eerder berekend. Er is 9 tot 14 miljoen euro voor nodig. Ik wil daar wel bij aantekenen dat ik gebonden ben aan een regeerakkoord waarin staat dat initieel 1,5 miljard euro uit het pakket gehaald moest worden. Dat is teruggebracht omdat wij de zorg anders en slimmer organiseren en artikel 13 aanpassen. Maar er resteert nog 300 miljoen euro. Het is dus niet zo dat er geen maatregelen meer kunnen worden genomen. Ik heb aan de Kamer aangegeven dat ik dat anders wil doen dan anders. Anders zeggen we: we hebben 300 miljoen euro nodig en dan pakken we alle zorg en al het geld daarachter en dan kijken we hoe we tot die 300 miljoen kunnen komen. Nu heb ik het CVZ gevraagd: kijk nou welke zorg er in het pakket zit en waarvan jullie, op zorginhoudelijke gronden, zeggen dat die eruit zou kunnen. Wij zullen er nog nader over spreken welke zorg er op zorginhoudelijke gronden uit kan.

Een aantal van u denkt dan waarschijnlijk meteen aan de kraamzorg. Dat van de kraamzorg heb ik overigens niet zelf bedacht. Ik heb niet het

afgelopen jaar, maar het jaar daarvoor, een oproep gedaan in Buitenhof om met mij mee te denken. Ik heb gevraagd wat er volgens de kijker, luisteraar uit het pakket zou kunnen. Daar heb ik een enorme hoeveelheid reacties op gekregen. Heel veel reacties ging over allerlei dingen rondom geboorte, zoals kraamzorg, maar ook IVF. Daarvan heb ik gezegd: dingen die ik net heb onderzocht, zoals IVF, ga ik niet nog een keer onderzoeken, want op dat punt heb ik net met de gynaecologen afgesproken hoe we dat op zo'n manier kunnen doen dat we de bezuiniging binnenhalen en ook een zorginhoudelijke kwaliteitsslag kunnen maken. Maar van de andere dingen heb ik gezegd: alles wat mensen aandragen, laat ik bekijken, want dat heb ik ze beloofd in de uitzending. Daar is kraamzorg er een van en daarom is dat bij het Zorginstituut in onderzoek. Dat vindt dus daarin zijn oorsprong.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Naar aanleiding van de initiatiefnota van mij, waarin ik inderdaad pleit voor het afschaffen van, zoals de Minister zegt, de huur van de verloskamer – het is volgens haar geen eigen bijdrage – heb ik gezegd dat zorgverzekeraars businesscases hebben, waaruit blijkt dat het verhogen van het aantal ruggenprikken, waarmee de eigen bijdrage wordt omzeild, eigenlijk net zo duur is, als wanneer je die eigen bijdrage zou laten vallen. Ik heb net gevraagd en ik zou graag willen dat de Minister daarop ingaat, of er geen andere manieren zijn om die huur van de verloskamer – laat ik het dan ook maar zo noemen – uit de wereld te helpen. Een van de oplossingen zou kunnen zijn om die kosten op te nemen in het integrale tarief, waar de Minister nu mee aan de slag gaat of waar het veld mee aan de slag gaat. De analogie met tandartsen en huisartsen gaat hier namelijk wel degelijk op. Ik betaal voor de huisarts ook geen budgetten als ik daar vrijwillig binnenloop. Dat geldt ook voor de tandartsen. Daar hoeft ik niet te betalen voor de huur van de behandelkamer. Dat zit in het tarief.

Minister **Schippers**: Het basispakket is zo opgebouwd dat je op medische indicatie zorg kunt krijgen. Heb je geen medische indicatie en wil je wel die zorg, dan betaal je die zelf. Dat geldt niet alleen voor dit, dat geldt voor het hele pakket. Over wat je nu wel en niet mag meerekenen, hebben we al vaker een debat gevoerd. De Minister van Financiën hanteert een bepaalde rekenmethode. Volgens die rekenmethode moet het 9 tot 14 miljoen opbrengen, wil je dit anders kunnen organiseren. Als zorgverzekeraars zeggen: voor ons is het eigenlijk veel voordeliger, dan staat die zorgverzekeraars helemaal niets in de weg – mevrouw Klever verwees daar al naar – om te zeggen: die eigen bijdrage neem ik voor iedereen in het aanvullende pakket op en daar hoeft dan niets voor betaald te worden. Dat zou kunnen. Dat is iets waar zorgverzekeraars helemaal vrij in zijn. Ik heb echter een vrij grote opgave van wat ik allemaal nog moet doen en daarom zie ik een pakketuitbreiding op dit terrein niet zo een, twee, drie voor me.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dat is ook waarom ik met de Minister aan het zoeken ben naar andere manieren om tot hetzelfde resultaat te komen. Ik heb een suggestie. Als je dan toch experimenteert met integrale tarieven, waarom wordt dan in de opbouw van dat integrale tarief niet gewoon de ruimte waar je die zorg verleent, opgenomen? Zo zitten immers ook alle eerstelijnsstariefconstructies in elkaar. Ook huisartsen krijgen gewoon een vergoeding voor hun behandelruimte. Dus waarom zou je niet gewoon die vierkante meters in de opbouw van het tarief opnemen?

Minister **Schippers**: Het gaat niet om die vierkante meters in de opbouw van het tarief. Het gaat erom dat zorg die niet geïndiceerd is, niet in het basispakket zit. Dat is de essentie. Wij doen nu pilots met integrale tarieven. Daarin gaan we allerlei dingen in tegenkomen. Naar aanleiding

van wat we tegenkomen, zullen we naar bevind van zaken handelen. De betaling blijft voorlopig zoals zij is. Als er uiteindelijk integrale tarieven zijn, kun je op basis van die pilots bekijken hoe die zijn opgebouwd. Je doet immers niet voor niets een pilot. Anders zou ik die tarieven nu al invoeren. Ik kan niet nu op een andere financiering overgaan, waarbij ik en marge een uitbreiding van het pakket meeneem en de berekeningen – die moet ik toch bij het CPB inleveren – gewoon met dat bedrag verhoog. Dat betekent dan toch dat van mij gevraagd zou worden om er dan ergens anders iets uit te halen om aan dat geld te komen. Als dat van mij wordt gevraagd, betekent dat dat ik dat ergens moet compenseren. Mevrouw Wolbert weet ook hoe dat werkt. Als zij andere suggesties heeft, houd ik me daarvoor aanbevolen. Ik zie ze echter zo een-twee-drie niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): In de ingewikkelde berekeningen die worden gemaakt, wordt eigenlijk alleen maar gekeken wat het kost. Er wordt niet gekeken wat het oplevert en zeker niet waar de verschuivingen zitten. Dat is de kritiek die we eigenlijk Kamerbreed hebben op de berekeningen die worden gemaakt, onder andere door het Centraal Planbureau, op dingen die in het basispakket zitten. Als het om 9 tot 14 miljoen gaat, moeten we daar uit zien te komen.

Ik heb echter een vraag over de kraamzorg. De Minister doet daar eigenlijk een beetje laconiek over: ja, ja, ik heb toen een oproep gedaan en 6% van de meldingen ging over de kraamzorg, dus ik laat het onderzoeken. We vinden geboortezorg van wezenlijk belang voor moeder een kind. Het is een medisch risicovolle operatie, of je nu gewenst zwanger bent of niet. We hebben het niet eens in de eigenrisicosfeer zitten. Waarom zou je dan een onderdeel, dat in die hele keten van wezenlijk belang is, eruit lichten om te onderzoeken? Waarom heeft de Minister daarmee ingestemd?

Minister **Schippers**: Ik heb een hele lijst gemaakt van zaken die ik onderzoek. Er zijn dingen aangedragen door mensen en ik heb Zorginstituut Nederland gevraagd of het een aantal daarvan kan onderzoeken. Verder heeft het de opdracht om het hele pakket door te lichten, dus alles komt aan de orde. Daar stop ik 10 miljoen euro in, zodat alles wat in het pakket zit kan worden doorgelicht. Ik denk dat het ook heel hard nodig is dat wij dat doen, omdat we dan kunnen kijken of alles erin zit wat erin hoort te zitten. Ik heb een aantal dingen die mensen hebben aangedragen bij Zorginstituut Nederland neergelegd. Ik heb ook gezegd wat. Dit is namelijk helemaal geen nieuws, want ik heb de Kamer daarover geïnformeerd. Ik heb de Kamer ook laten weten dat ik nog een aantal andere dingen aangereikt heb gekregen die ik niet heb neergelegd bij Zorginstituut Nederland en om welke redenen dat was. Nadat ik die hele inzending binnen had, heb ik de Kamer precies laten weten wat ik wel en wat ik niet zou onderzoeken en wat de redenen daarvoor waren.

Mevrouw **Leijten** (SP): 6% van de meldingen ging over kraamzorg en de Minister laat nu 10 miljoen los om het te onderzoeken. Ik wil maar opmerken dat we daar bijna de poliklinische bevalling al mee vergoed hebben, voor één jaar in elk geval. Laat ik het anders vragen aan de Minister. Mevrouw Barbara Baarsma is een belangrijk econome in ons land. Zij zit in de SER en is vaak adviseur in de zorgwereld. Zij zegt dat het een gemakdienst is. Afschaffen zou leiden tot emancipatie van de man. Vindt de Minister dat ook?

Minister **Schippers**: Ik wou dat dat zo makkelijk ging, maar dit terzijde. Ik denk dat kraamzorg niet voor niets in het pakket is gekomen. Wij laten het nu doorlichten. Die 10 miljoen is overigens voor de hele pakketdoorlichting, voor alles wat erin zit. We kunnen zeggen dat we nooit meer iets laten doorlichten, zodat we geld over hebben. Ik denk echter dat dat penny wise, pound foolish zou zijn. Het is volgens mij heel nuttig om van

tijd tot tijd naar alle zorg te kijken, om te bekijken waarom dingen ook alweer in het pakket zaten, of ze meerwaarde hebben en of ze voldoen aan de criteria van het pakket. Verder laat ik de uitspraak aan mevrouw Baarsma.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Inderdaad ging 6% van de meldingen – dat waren er volgens mij 49 – over kraamzorg. Mevrouw Baarsma zei dat kraamzorg een luxe is, een gemakdienst. Er ligt echter ook goed onderzoek van medici waaruit blijkt dat kraamzorg zeker voor mensen met een lage sociaaleconomische status een effectieve meerwaarde heeft, dat die uiteindelijk kinderen een betere toekomst geeft. Is de Minister er ook van overtuigd dat in elk geval kraamzorg wel onderdeel van het basispakket moet blijven?

Minister **Schippers**: Daar houd ik dus niet van. Ik ga geen onderzoek laten doen en daarop vooruitlopend grote uitspraken doen. Het is overigens al een jaar bekend bij de Kamer dat dit onderzoek wordt uitgevoerd. Het is echt al een jaar bekend. Als het een gemakdienst zonder zorginhoudelijke waarde zou zijn, had ik het er vier jaar geleden als eerste uitgehaald. Ik denk dus niet dat dat het geval is. Ik onderschrijf die woorden dus helemaal niet. Als ik echter mensen vraag om zaken aan te dragen, vind ik dat ik ze daar serieus in moet nemen. Ik heb een jaar geleden uitgelegd waarom ik het ene wel en het andere niet aan Zorginstituut Nederland laat voorleggen. Als mevrouw Bruins Slot ervan overtuigd is dat het aan alle criteria voldoet, ziet zij natuurlijk ook de uitkomsten met vertrouwen tegemoet. Laten we eerst die uitkomsten nu maar eens afwachten. Op basis daarvan gaan we kijken wat we ermee doen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Er is al eerder een opmerking over gemaakt, maar het is wel in een ander perspectief gesteld doordat een toonaangevend iemand, die ook Zorginstituut Nederland adviseert, zo radicaal heeft gezegd dat het uit het basispakket kan. De Minister heeft zonet van de fracties van het CDA, de PvdA, de SP, GroenLinks en de ChristenUnie, dus van alle fracties, duidelijk te horen gekregen dat ze vinden dat kraamzorg een belangrijk onderdeel is van de van de zorg die mensen verzekerd krijgen. Hoe kijkt zij daartegenaan?

Minister **Schippers**: Ik neem dat voor kennisgeving aan. Verder kijk ik eerst maar eens waar Zorginstituut Nederland mee komt. Voor hetzelfde geld komt het helemaal niet met het advies dat het eruit moet. Misschien komt het wel met heel andere adviezen. Ik weet het niet. Ik laat het onderzoeken. Als je onderzoekers aan het werk zet, is het wel zo netjes om eerst even te kijken waar ze mee komen. Voordat er hier iets gebeurt, is er altijd een debat in de Kamer. Het onderzoek wordt met de Kamer gedeeld, zodat we verder kunnen discussiëren over de uitkomsten ervan. Pakketwisselingen vinden nooit in het midden van het jaar plaats, maar altijd voor het zomerreces. Zorginstituut Nederland komt eind dit jaar met het onderzoek, dus we hebben nog ruim de tijd. We hebben een halfjaar de tijd om met elkaar te spreken over de uitkomsten ervan. Ik heb geen idee waar het mee komt, want ik heb het ook nog niet gezien. Het is immers pas aan het eind van dit jaar klaar.

Er is gevraagd of ik de eigen bijdrage voor de kraamzorg wil afschaffen. Ik ben niet van plan om dat te doen. Voor kraamzorg bestaat een eigen bijdrage voor elk uur. In 2014 is dat € 4,10 per uur. Praktisch alle zorgverzekeraars bieden aanvullende verzekeringen aan waarin een vergoeding is opgenomen voor de eigen bijdrage.

De concentratie van de acute verloskundige zorg vindt ondere ander plaats naar aanleiding van adviezen van de voormalige Stuurgroep zwangerschap en geboorte en heeft veelal te maken met de beschik-

baarheid van een team. Een belangrijk advies was namelijk dat je 24 uur per dag 7 dagen per week een team paraat moet kunnen hebben. Dat is nodig voor goede acute verloskundige zorg. Ik hecht eraan om niet te kiezen voor schijnveiligheid, waarbij je overal acute verloskundige zorg hebt, maar geen volwaardig team dat 24 uur per dag 7 dagen per week paraat kan staan. Voor fysieke bereikbaarheid hebben we strakke normen, zoals de 45 minuten norm. Mevrouw Voortman kan dan zeggen dat het een norm is uit de jaren zestig. Dat klopt. Als je die heden ten dage zou vaststellen – dat heb ik al meermalen met de Kamer besproken – zou die echter veel langer zijn. Ambulances zijn namelijk inmiddels halve rijdende ziekenhuizen geworden. Als je het nu wetenschappelijk laat onderzoeken – veel wetenschappers zeggen dat ook tegen mij – is die 45 minuten norm niet meer wetenschappelijk te onderbouwen. Die zou eigenlijk veel langer kunnen zijn. Ik vind de spreiding van de ziekenhuiszorg en van de acute zorg in Nederland echter zo belangrijk, dat ik toch aan die oude norm vasthoud. Anders krijg je er immers nog een concentratieslag overheen en dan komt die zorg verder van mensen af. We houden dus vast aan die 45 minuten norm, hoewel het, als je wetenschappelijk benadert, een heel oude norm is. Je zou nieuwe normen kunnen vaststellen en die zouden dan geen 45 minuten zijn, maar misschien wel over een uur heengaan. Dat vind ik onwenselijk. Ik houd dus wel vast aan die 45 minuten norm, hoewel ik weet dat er niet meer echt een wetenschappelijke onderbouwing voor is.

Thuisbevallingen zijn in principe heel goed mogelijk, zolang de zwangere binnen 45 minuten in het ziekenhuis kan zijn, er goede afspraken in de verloskundige keten zijn, er door de verloskundige vooraf een goede inschatting wordt gemaakt of een thuisbevalling mogelijk is en een barendende vrouw tijdig naar het ziekenhuis wordt gestuurd als de bevalling onvoldoende vordert of als er complicaties dreigen op te treden. Het is van groot belang dat als een verloskundige een acuut probleem constateert, na de vooraankondiging in het ziekenhuis alles en iedereen al klaarstaat op het moment dat de vrouw het ziekenhuis binnenkomt. Dat kan alleen maar als er sprake is van een goede samenwerking tussen alle betrokkenen en als er duidelijke afspraken over gemaakt zijn, de zogenaamde parallelle actie.

Ik ben verantwoordelijk voor de normen voor de bereikbaarheid van de verloskundige zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten keuzes maken over concentratie, sluiting, samenvoeging en samenwerking, maar dat moet allemaal binnen die harde norm van die 45 minuten gebeuren. De zorgplicht van de zorgverzekeraars staat, die is wettelijk en daar houd ik ze ook aan. Zo moeten er in elke regio bij aanpassing van het aanbod van verloskundige zorg afspraken worden gemaakt met alle betrokken partijen om die bereikbaarheidsnorm van 45 minuten te borgen. De NZa heeft geweigerd om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen omdat zij zegt dat die acute zorg onder de zorgplicht van de verzekeraar valt. De zorgplicht van de verzekeraar staat, dus die zal dan toch meer geld moeten betalen om die acute zorg overeind te houden. Het kan niet zo zijn dat het ziekenhuis sluit, want dan haal je die 45 minuten niet en dat is een harde norm. Naar aanleiding van deze reactie van de NZa, heb ik haar wel gevraagd om mij een visie te geven op wat dit betekent voor het level playing field van zorgverzekeraars. Er zijn immers zorgverzekeraars die veel in buitengebieden zitten en dan dus die duurdere zorg moeten betalen. In reactie op die weigering van de NZa, die ik natuurlijk in afschrift heb ontvangen, heb ik deze vraag aan haar gesteld.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisende hulp en acute geboortezorg was er eerst. De Minister heeft de Kamer geïnformeerd over de drie criteria daarvoor, waaronder dat het een gevoelig ziekenhuis moest zijn. Nu hebben we een gevoelig ziekenhuis. Als daar de spoedeisende hulp daar verdwijnt, zullen mensen

minder snel die goede zorg binnen 45 minuten kunnen krijgen. De NZa zegt dat het ziekenhuis niet aan de criteria voldoet. Het rare is dat die hele beschikbaarheidsbijdrage dan een lege huls is geworden. Hoe verklaart de Minister dat zij opdracht heeft gegeven om tot een regeling te komen, maar dat die in de praktijk niet werkt omdat geen enkel ziekenhuis aan de criteria voldoet? Dat is toch vreemd?

Minister **Schippers**: Zoals bekend, hebben wij een onafhankelijke NZa. De NZa heeft aangegeven dat doordat de zorgplicht in de wet geregeld is en verzekeraars dus aan hun zorgplicht moeten voldoen, zij gewoon de hogere prijs zullen moeten betalen als die acute zorg duurder is. Die acute zorg moet immers in stand blijven. Die 45 minuten norm is dus geen lege huls. Dat is een heel hard kader. De zorgverzekeraar moet, conform de wet, voldoen aan zijn zorgplicht en dus ook aan die 45 minuten norm. Zij moeten dus de ziekenhuizen die daar cruciaal voor zijn in stand houden ofwel er anderszins voor zorgen dat die acute zorg beschikbaar is.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): De Minister heeft het beleid ingezet van die beschikbaarheidsbijdrage en heeft aan de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd om dat uit te werken. Zij heeft aan de Kamer laten weten dat er drie voorwaarden aan vast zitten. De NZa geeft aan dat het ziekenhuis niet aan die voorwaarden voldoet, omdat zij er een nieuwe voorwaarde bij heeft gemaakt, namelijk dat het ziekenhuis dan wel failliet moet gaan. Dat is geen voorwaarde die de Minister aan de Kamer heeft gestuurd. Waarom heeft de Minister opdracht gegeven om een regeling te maken voor een beschikbaarheidsbijdrage die op geen enkel ziekenhuis in Nederland van toepassing is?

Minister **Schippers**: De voorwaarden dat het ziekenhuis dan maar failliet moet gaan, ken ik niet. Ik weet niet waar die is opgesteld. Het gaat erom dat een ziekenhuis acute verloskundige zorg biedt, die een bepaalde hoeveelheid geld kost. Daarbij moet de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoen, dus die zal ervoor moeten zorgen dat die acute verloskundige zorg daar beschikbaar zal blijven. Dat is de redenering van de NZa. Ik heb de NZa naar aanleiding hiervan gevraagd wat dat betekent voor zorgverzekeraars die veel zorg contracteren in die buitengebieden. Die zijn dan immers in principe meer geld kwijt.

De **voorzitter**: Wellicht kan mevrouw Bruins Slot in haar tweede termijn aangeven waar die extra voorwaarde is opgenomen. Ik vraag de Minister om verder te gaan met haar beantwoording.

Minister **Schippers**: Het punt in deze discussie is dat het relevant is hoe het verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage zich verhoudt tot de primaire verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars in het kader van de zorgplicht. Dat is eigenlijk de kern van deze discussie. Eind november zal de NZa komen met een reactie op mijn verzoek om advies daarover en om de voor- en nadelen te noemen die dit voor verzekeraars kan hebben. De NZa heeft overigens op haar website ook aangegeven dat zorgverzekeraars spoedzorg beschikbaar moeten houden in Den Helder. Die zullen dat dus moeten inkopen.

Mevrouw Klever vroeg waarom we de norm van vijftien minuten niet echt invoeren. Toen dat advies werd gegeven, heb ik gezegd dat ik twee punten eruit niet overneem. Een punt betrof de officiële begeleidings- en bewakingsnormen, namelijk een-op-tweebewaking door een gynaecoloog, arts-assistent gynaecoloog of klinisch verloskundige. De andere was dat 24 uur per dag 7 dagen per week binnen vijftien minuten de benodigde medisch-specialistische behandeling door een gynaecoloog of een geautoriseerd obstetrisch professional moet kunnen worden gestart. Die vijftien minuten starten wanneer de obstetrisch professional onder

verantwoordelijkheid van de gynaecoloog heeft vastgesteld dat er een potentieel levensbedreigende situatie is ontstaan. We hebben in de Kamer uitgebreid gesproken over de reden dat ik die norm niet overneem. Die zou namelijk betekenen dat een heleboel kleine ziekenhuizen dicht zouden moeten op dit onderdeel. Zij zouden hier namelijk niet in kunnen voorzien, omdat er gewoon onvoldoende gynaecologen zijn om dat te kunnen bemensen. Daar waar het wel kan – dat heb ik toen ook gezegd – verwacht ik van ziekenhuizen dat zij die norm wel invoeren.

Een aantal leden, onder welke mevrouw Wolbert van de PvdA-fractie, hebben mij gevraagd wat ik ga doen om ervoor te zorgen dat onderzoek wordt gedaan na de concentratie. De inspectie houdt toezicht op de hele situatie, voor en ook na de concentratie, en heeft nu net een rapport opgeleverd, waarin zij terecht grote zorgen uit. Daar kom ik zo op terug. De inspectie kijkt natuurlijk niet alleen daar waar geconcentreerd is, maar ook daar waar nog geconcentreerd moet worden en daar waar de concentratie al heeft plaatsgevonden. De NZa houdt ook toezicht in het kader van het toezicht op de zorgplicht, zeker als er concentratie aan de orde is. Daarnaast heeft het Regionaal Overleg Acute Zorg een rol bij de concentratie van de acute zorg en de gevolgen ervan voor de regio, dus ook na de concentratie. Ook de vierde partij, de verloskundige samenwerkingsverbanden, zal hier lokaal uiteraard aandacht voor hebben. Er zijn dus verschillende trappen van toezicht.

De inspectie heeft het thematische onderzoek afgerond. Daar zijn rapporten over verschenen, die vandaag op de agenda staan. Zij heeft de adviezen van de stuurgroep in een toetsingskader gezet en de aangeboden zorg langs dat kader gelegd. Tegelijkertijd houdt in de inspectie dus toezicht op de transparantie, de toegankelijkheid en de veiligheid. Hoe gaan we nu verder na die rapporten? De inspectie heeft in de afgelopen drie jaar de gehele geboortezorg doorgelicht en heeft het toetsingskader vastgesteld. Zij constateert dat het in de praktijk echt mogelijk was om aan de normen te voldoen. Dat is heel belangrijk. Je kunt immers normen vaststellen, maar als je er niet aan kunt voldoen dan heb je er zo weinig aan. Ook de verloskundige samenwerkingsverbanden, waar de inspectie niet op bezoek is geweest, moeten aan dat toetsingskader kunnen voldoen. De inspectie is bezig met een vervolgonderzoek om dat te toetsen en er waar nodig op te handhaven.

De inspectie heeft natuurlijk haar reguliere toezichtsinstrumenten, zoals het incidententoezicht, in het geval zij meldingen krijgt, en het risicotoezicht, waarin zij ziekenhuizen in zorgverleners in de eerste lijn bezoekt op basis van analyses van de kwaliteitsinformatie, waaronder indicatoren. Ik heb van haar begrepen dat de informatie uit het thematische onderzoek ook benut zal worden bij het incidentenonderzoek en het risico-onderzoek en andersom.

Zouden de verloskundige samenwerkingsverbanden niet onder de Kwaliteitswet zorginstellingen moeten komen te vallen? Er zijn verschillende argumenten om de VSV's tot integrale organisatievormen door te laten ontwikkelen. In de eerste plaats natuurlijk om het integrale contracteren te vergemakkelijken en daarnaast om het toezicht te verbeteren, waarmee ze onder Kwaliteitswet zorginstellingen zouden vallen. De huidige VSV's zijn een tussenvorm. De verwachting is dat ze zich steeds meer ontwikkelen tot juridische entiteiten. In de tussentijd houdt de inspectie wel degelijk toezicht en hebben de verloskundige samenwerkingsverbanden heel duidelijk gehoor gegeven aan het verzoek van de inspectie om bepaalde verbetermaatregelen te nemen. Het geschetste perspectief zie ik dus ook. Er zullen natuurlijk obstakels zijn. Die zien we altijd ontstaan. Die moeten we dan een voor een weghalen.

De inspectie heeft wat betreft leefstijl, zoals roken, drinken en te zwaar zijn, echt heel kritische noten gekraakt. Eerlijk gezegd schrok ik zelf ook wel een beetje van de constatering van de inspectie op dat gebied. Er valt echt veel te verbeteren. Er is overigens ook wel goed nieuws te

melden, namelijk dat er al een tarief is voor achterstandswijken. Zo kan het groepsconsult, waarover mevrouw Wolbert sprak, al in de huidige bekostiging worden ondergebracht. Het preconceptieconsult zit in het basispakket. In het ZonMw-programma Zwangerschap en Geboorte worden zes projecten op het gebied van preconceptie uitgevoerd. In veertien gemeenten is het programma Healthy Pregnancy 4 All uitgevoerd. Ik heb het CPZ gevraagd om deze initiatieven te verbinden. Een aantal leden vroeg of ik dat niet meer kan vormgeven in een plan van aanpak met het CPZ. Daarover zal ik met hem overleggen. In een plan van aanpak zet je iets strakker op een rijtje wat er moet gebeuren, wie het moet doen en wanneer het klaar moet zijn. Dat zal ik in samenwerking met het CPZ opstellen.

Ik heb hier een heleboel informatie voor me liggen die al is genoemd, dus die ga ik niet weer geven. Het enige is dat het percentage vrouwen dat gedurende de gehele zwangerschap rookte tussen 2001 en 2010 is gehalveerd. Dat is in elk geval positief, maar het percentage is nog steeds hoog. In 2010 rookte 6,3% van de zwangere vrouwen nog. Het blijft een ontzettend belangrijk aandachtspunt. Het Trimbos-instituut heeft samen met verloskundigen en gynaecologen een handreiking opgesteld, zodat zorgverleners in de praktijk een antirookbeleid kunnen vormgeven en uitvoeren. Er zijn ook voorlichtingsmaterialen ontwikkeld voor aanstaande zwangeren en zwangeren. Een en ander is te vinden op de website www.rokeninfo.nl. Het Trimbos-instituut biedt trainingen aan voor verloskundigen en gynaecologen over het begeleiden van zwangere vrouwen bij het stoppen met roken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de verloskundige samenwerkingsverbanden opgeroepen om voor het einde van dit jaar een VSV-breed beleid op te stellen voor begeleiding bij het stoppen met roken. Er is dus daadwerkelijk druk gezet op de aanpak. Er zijn dingen ontwikkeld en er wordt druk gezet op toepassing daarvan. Ik denk dat dat zijn vruchten zal afwerpen. We zullen een en ander in een samenwerkingsverband in een plan van aanpak zetten.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Wat zegt de Minister nu?

Minister **Schippers**: Er komt een plan van aanpak. We hebben al contact met het CPZ. Er zijn al dingen in gang gezet, maar die zullen we ook in een plan van aanpak zetten samen met hem.

Mevrouw Leijten zegt dat de tweede lijn eigenlijk oververtegenwoordigd is in het College Perinatale Zorg. Er zitten niet alleen gynaecologen in, maar ook kinderartsen. Men zit daar niet voor de tweede lijn, maar vanuit de beroepsgroep. Het scheelt dat de voorzitter van het CPZ een oud-huisarts is. Misschien telt die half mee. In overleg met hem, zouden we kunnen kijken of daar bijvoorbeeld nog een huisarts of iemand anders uit de eerste lijn in kan. Het moet wel vanuit de professie. Ik wil daarover wel in overleg treden met het CPZ, dus daar kom ik later op terug.

Binnen de nieuwe module integrale geboortezorg die per 1 januari 2015 beschikbaar is, kunnen ook de groepsconsulten worden gecontracteerd. De randvoorwaarden zijn dus geregeld.

Ik kom nu op de uitwendige draaipogingen bij een stuitligging. Er is gevraagd of er nog verloskundigen zijn die dit kunnen en of dit wel wordt vergoed. Er is een register voor verloskundigen die zich hierin gespecialiseerd hebben. Zij moeten aan diverse eisen ten aanzien van ervaring en scholing voldoen. Mij zijn geen signalen bekend dat verzekeraars dit niet vergoeden. Als iemand die signalen wel heeft, zouden die aan ons kunnen worden doorgegeven.

Wat wordt er gedaan aan het verminderen van de hoge babysterfte bij asielzoekers? Het inspectieonderzoek naar geboortezorg bij asielzoekers liet duidelijk tekortkomingen in het systeem zien. De betrokken beroepsgroepen, het COA en het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) hebben

zich de slechte uitkomsten aangetrokken en in korte tijd een verbeterplan gemaakt. Zij zijn onlangs gestart met het daadwerkelijk invoeren van de verbetermaatregelen.

Sinds 2009 is er een richtlijn op grond waarvan iedere vrouw recht heeft op pijnbestrijding. Deze richtlijn wordt in de praktijk ook al zo uitgevoerd en de inspectie ziet hierop toe.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik vroeg me af of dit de gehele beantwoording van de vraag was. Als dat het geval is dan heb ik nog een vraag en zo niet, wacht ik nog even.

Minister **Schippers**: Dat was in elk geval op dit onderdeel het gehele antwoord.

Mevrouw **Klever** (PVV): Mijn vraag is of het 24 uur per dag 7 dagen per week mogelijk is om pijnbestrijding te geven, bijvoorbeeld middels een ruggenprik, als de vrouw daarom vraagt.

Minister **Schippers**: Dat hangt natuurlijk af van waar de vrouw is. Als zij in het ziekenhuis is, kan zij daarom vragen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Dus de Minister garandeert dat als een vrouw in het ziekenhuis is, zij, ook als de bevalling 's nachts is, een ruggenprik krijgt als zij daarom vraagt? Kan dat 24 uur per dag?

Minister **Schippers**: Dat moet volgens de richtlijn inderdaad kunnen. Nou denk ik wel dat daar medische aspecten een rol bij spelen. Als er verder niets aan de hand is, een vrouw pijnbestrijding bij de bevalling wil en zij in het ziekenhuis ligt, moet dat conform de richtlijn kunnen.

Er is gevraagd naar hormoonverstorende stoffen, die ook bij gebruik in lage concentraties kunnen leiden tot gezondheidsschade bij baby's en foetussen. Vorige week, op 6 november, heeft de Staatssecretaris voor Infrastructuur en Milieu tijdens het AO Leefomgeving met de Kamer gesproken over het rapport, zoals mevrouw Dijkstra al zei. De Staatssecretaris heeft daarbij als algemene lijn aangegeven voor een Europese benadering te zijn waar het gaat om het verbieden van bepaalde stoffen. Een dergelijk verbod kan pas worden ingesteld als er een verband is aangetoond tussen de blootstelling aan stoffen met mogelijk hormoonverstorende eigenschappen en een schadelijk effect. Daarover bestaat nog geen wetenschappelijke consensus. Ik heb meer budget beschikbaar gesteld voor onderzoek naar hormoonverstorende stoffen. De vaste commissie voor Infrastructuur en Milieu heeft vorige week in het debat aangedrongen op verbetering van de voorlichting voor professionals en voor zwangeren. Ik onderzoek samen met het RIVM de mogelijkheden voor die betere voorlichting.

Een belangrijke ontwikkeling in de prenatale screening is dat per 1 april 2014 de NIPT (niet-invasieve prenatale test) in Nederland is toegestaan binnen de kaders van een wetenschappelijk implementatieonderzoek. Acht universitaire medische centra hebben een vergunning gekregen voor de toepassing van de NIPT na een positieve combinatietest. Het is goed dat er met de NIPT voor vrouwen met een verhoogd risico een veiligere test beschikbaar is gekomen dan de vruchtwaterpunctie en de vlokkentest, waarbij een, weliswaar klein, risico op een miskraam aanwezig was. Ik heb er dan ook voor gekozen om de NIPT na de positieve combinatietest voor alle vrouwen te vergoeden. Omdat de leeftijd van vrouwen volgens de Gezondheidsraad het risico op een trisomie minder goed voorspelt dan de combinatietest, heb ik ervoor gekozen om ook hiervoor de vergoeding voor alle vrouwen gelijk te trekken. Vanaf 2015 moeten alle vrouwen de combinatietest zelf betalen en die kost € 160. Programmatische toepassing van de NIPT als primaire screeningstest voor alle vrouwen is

op basis van het signalement van de Gezondheidsraad momenteel nog niet aan de orde, maar de ontwikkelingen gaan snel. Van belang is dat de uitkomsten van het implementatieonderzoek er zijn voordat ik een beslissing neem over de plek die de NIPT structureel in de prenatale screening kan innemen. Ik heb dan ook de Gezondheidsraad gevraagd mij te adviseren over de hele prenatale screeningsketen en dat advies verwacht ik in 2015. Op basis daarvan zal ik besluiten welke plek welke test zal krijgen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): De Minister stelt in haar brief dat de ontwikkelingen snel gaan. Dat is ook de reden waarom ze dat onderzoek laat doen. Ik vraag haar om te preciseren welke ontwikkelingen snel gaan. Waar doelt ze op? Waar denkt ze aan?

Minister **Schippers**: We hebben sinds 1 april een studie lopen. In de tussentijdse bespreking van de tridentstudie bleek dat de eerste resultaten positief zijn. Er zijn 1.321 NIPT's afgenomen, waarvan er 43 afwijkende uitslagen hadden. Bij twee afwijkende uitslagen werd na invasieve diagnostiek de trisomie niet bevestigd, dus die waren fout positief. De uitslagen zijn in overeenstemming met de internationale literatuur en op sommige punten beter. Daarnaast gaven veel vrouwen in de afgenomen vragenlijsten aan voor de NIPT te kiezen omdat die veiliger is dan die invasieve diagnostiek. De ervaringen van de vrouwen zijn dus overwegend positief.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Tellegen een vraag heeft.

Minister **Schippers**: Ik ben nog niet klaar hoor met dit punt. Ik heb nog een heel setje NIPT.

De **voorzitter**: Dan stel ik voor dat we even wachten met verdere vragen tot de Minister klaar is met dit blokje.

Minister **Schippers**: Laat ik het wat sneller uit mijn hoofd doen. Ik volg hier heel sterk de Gezondheidsraad in. Dat is niet omdat ik daar zelf toe besluit, maar ook omdat we het wettelijk zo geregeld hebben. We hebben wettelijk geregeld dat bij dit soort bevolkingsonderzoeken en screenings-testen de Gezondheidsraad een heel belangrijke positie heeft. Die geeft dus eerst advies. Ik kan dus ook op basis van de wet die we hier samen hebben vastgesteld niet zomaar besluiten – ook als ik dat zou willen, wat overigens niet het geval is – om de NIPT nu in te voeren. Daarvoor heb ik een advies van de Gezondheidsraad nodig. Daar is niet zomaar voor gekozen. Dat is gedaan omdat je bij dit soort bevolkingsonderzoek en screeningsinstrumenten ook een belangrijke overheidsverantwoordelijkheid hebt. Door die instrumenten zo ter beschikking te stellen, zet je er indirect een soort stempel op.

Ik heb dus heel goed geluisterd naar adviezen van de Gezondheidsraad, waarin stond dat de leeftijdsgrens voor de combinatietest eigenlijk niet meer goed te verantwoorden is en dat je die dus eigenlijk zou moeten weghalen. We hadden de leeftijdsgrens erin zitten omdat het risico groter zou zijn bij vrouwen van 36 jaar en ouder. Eigenlijk is de conclusie van de Gezondheidsraad nu dat die grens er wel ligt, maar dat die niet meer goed wetenschappelijk te onderbouwen is. Zo heeft de raad allerlei elementen in dat advies opgenomen. Dat heb ik destijds in een versneld tempo aangevraagd omdat de NIPT er was en er grote druk was van mensen om die ter beschikking te stellen. Ik wilde die test heel snel ter beschikking stellen, als dat enigszins kon. Dat hebben we ook gedaan.

Gelijktijdig heb ik besloten om de Gezondheidsraad te vragen om naar het hele palet te kijken, om te bezien of het nu helemaal goed in elkaar zit. Dat advies komt in 2015. Op basis van de resultaten daarvan kunnen we met

elkaar spreken over de vraag of we het goed ingericht hebben, of het slimmer is in te richten en of de NIPT zonder de combinatie-test zou kunnen worden opgenomen. Dat weet ik allemaal niet. Daar kijkt de Gezondheidsraad naar en daar komen we later over te spreken. Er is opgemerkt dat mensen naar het buitenland gaan. Dat is zo. De NIPT is in Nederland alleen toegestaan binnen de kaders van een wetenschappelijk implementatieonderzoek. Die is dus niet vrij toegankelijk in Nederland, maar wel na een combinatie-test. Dan heb je geen extra kosten voor de NIPT. Die kun je dan gewoon doen. In België kost een NIPT zo'n € 500 en in Duitsland € 600. Ik zou zeggen: doe een combinatie-test, want op basis daarvan kun je dan beslissen of je die vervolgtest wilt. Ik denk dat ik hiermee het belangrijkste heb gezegd over de NIPT.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): De Minister zegt dat zij de Gezondheidsraad hierin volgt. Er lopen nu acht pilots. Die pilots lopen goed. De eerste bevindingen zijn positief. De onderzoekers geven echter aan dat die pilot nog veel sneller en breder zou kunnen worden ingezet, waarmee die sneller tot invoering van de NIPT zou kunnen leiden. Het voorstel is om ook vrouwen bij wie geen verhoogd risico uit de combinatie-test is gebleken, te laten meedoen met de NIPT. Wat is erop tegen om tijdens de lopende pilots de Gezondheidsraad te vragen of het mogelijk is om ook vrouwen bij wie volgens de combinatie-test geen risico bestaat toch op hun eigen kosten mee te laten lopen in die test? Die centrifuges draaien, dus er draaien alleen meer buisjes. Dan komen we misschien sneller tot een situatie waarin we kunnen zeggen dat de NIPT zo goed als af is en kan worden ingevoerd.

Minister **Schippers**: Ik heb de NIPT versneld beschikbaar gesteld, met zware druk op de Gezondheidsraad om sneller advies te geven dan hij normaal zou doen. Ik heb dat advies van de Gezondheidsraad gevolgd. Dat advies was precies zoals wij het nu hebben ingevoerd. Om tijd te winnen, heb ik parallel daaraan meteen gevraagd aan de Gezondheidsraad om de hele keten, het hele complex, op een rijtje te zetten. Ik wacht dat af. Dat onderzoek komt in 2015. Vervolgens zal ik op basis van die inzichten verder bepalen wat er moet gebeuren.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Begrijp ik goed dat de Minister op dit moment op basis van de positieve eerste indrukken van die pilots de Gezondheidsraad niet wil meegeven dat het mogelijk is om die groep te verbreden door mensen die nu naar het buitenland moeten en die willen meedraaien in die test, die dus kunnen bijdragen aan versnelde invoering ervan, daar een plek in te geven?

Minister **Schippers**: Dit zijn vragen die ik zelf ook zou hebben als Kamerlid en die ik als Minister ook wel heb. Als iets positief is, vraag je je af waarom het niet sneller kan. Het kan niet sneller omdat ik dat op basis van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) gewoon niet zomaar zelf kan beslissen. Ik heb wel gevraagd aan de Gezondheidsraad of het sneller kan. Als de resultaten goed zijn, kunnen we het dan niet versnellen? Dat verzoek ligt daar. Ik kan echter niet zelf beslissen om het onderzoek te veranderen, om een andere groep toegang te geven. Als we dat zouden willen, zouden we de wet moeten veranderen. Ik zeg daar wel bij dat die wet er niet voor niets is. Daar is heel goed over nagedacht. Het zijn immers nogal dingen die je doet met die testen. Ik probeer dingen zo snel mogelijk te laten plaatsvinden en druk te zetten waar het kan. Ik moet echter wel gewoon de stappen zoals we die met elkaar hebben afgesproken volgen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Volgens mij was dat niet helemaal wat mevrouw Tellegen vroeg. De Minister zegt dat de Gezondheidsraad hier

advies over moet geven voordat je dit echt kunt invoeren. Volgens mij vroeg mevrouw Tellegen om mensen die anders naar het buitenland zouden gaan in elk geval in de pilot mee te nemen. Volgens mij is daar geen wettelijke belemmering voor.

Minister **Schippers**: Die is er wel. Het consortium heeft een aanvraag tot wijziging liggen bij de Gezondheidsraad en ZonMw. Het verbreden van dat onderzoek met mensen die het zelf willen moet via die weg, niet via mij. Die aanvraag ligt daar waar hij zijn moet. We hebben de procedures gevolgd die we daarvoor hebben vastgesteld met elkaar.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik begrijp dus dat zelfs het verbreden van een pilot al in strijd met de wet zou zijn.

Minister **Schippers**: Er ligt een aanvraag bij de Gezondheidsraad en ZonMw en die kunnen daar vervolgens over oordelen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Misschien kan de Minister aangeven wanneer die aanvraag klaar is. Wanneer de reactie daarop komt.

Minister **Schippers**: Die hoeven wij niet af te handelen. Dat doen de Gezondheidsraad en ZonMw, dus ik kan dat zo niet zeggen. Ik heb zo'n vermoeden dat als het positief dan wel negatief is, dat vrij snel bekend is. Net zo snel bij mij als bij de kranten, waarschijnlijk.

De **voorzitter**: Vervolgt u uw beantwoording, Minister.

Minister **Schippers**: Mevrouw Dik-Faber vroeg of de NIPT geen schijnveiligheid geeft. De NIPT heeft betrekking op drie aandoeningen. Het is natuurlijk zo dat als er andere aandoeningen zijn, die met deze test niet worden opgespoord. Voor die andere aandoeningen, zegt de test ook werkelijk niets. Dat is in de voorlichting duidelijk meegenomen, dat de NIPT echt voor drie aandoeningen test en dus geen betrekking heeft andere aandoeningen.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording van de Minister in eerste termijn. Ik zie echter dat een aantal leden meent dat vragen nog niet beantwoord zijn. Mijn verzoek is om even kort de vragen te noemen die nog niet beantwoord zijn.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag aan de Minister over centered pregnancy.

Minister **Schippers**: Die vraag heb ik verschillende malen beantwoord. Dat is de groepstherapie. Die is al mogelijk door de hobbels die we nu genomen hebben bij het inkopen van integrale geboortezorg. Die wordt overigens ook al toegepast. Daar heb ik verschillende voorbeelden van gegeven. Vanaf 2015 hebben we alle randvoorwaarden zo gezet dat die overal kan worden ingekocht.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Er zijn nog twee van mijn vragen blijven liggen. De NIPT wordt nu als vervolgscreening op de combinatie-test aangeboden. De Minister geeft aan dat dit is omdat de test nog niet voldoende betrouwbaar zou zijn. Wat bedoelt zij dan met onvoldoende betrouwbaar? Of zijn er ook andere redenen om daar nog niet voor te kiezen? Ik had ook nog een vraag over het uit het pakket halen van de combinatie-test voor vrouwen van 36 jaar en ouder, namelijk of dat er niet toe kan leiden dat vrouwen om financiële redenen afzien van die test.

Minister **Schippers**: Het is altijd zo geweest dat vrouwen om financiële redenen af konden zien van de combinatie-test, want vrouwen jonger dan 36 moesten die altijd al zelf betalen. Nu hebben we dat verschil weggehaald. Het geld dat daardoor overbleef, heb ik verschoven naar de NIPT. Daardoor kent de NIPT geen drempel. Voor de combinatie-test betaalt iedereen dezelfde bijdrage. Het is dus niet meer zo dat je hem niet hoeft te betalen als je 36 bent en als je 35 bent wel. Ik heb al gezegd dat de wetenschappelijke onderbouwing van de NIPT is gebaseerd op de cijfers die ik had over de fout positieve en de fout negatieve uitslagen. De Gezondheidsraad heeft gezegd dat daar verder naar moet worden gekeken. Dat is de procedure die ik heb geschetst waarvan ik de resultaten in 2015 hoop te ontvangen, over de plaats die we definitief aan verschillende testen in ons stelsel moeten toekennen.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Mijn excuses als ik het antwoord heb gemist, maar gaat de Minister nog in een aparte brief reageren op het rapport van de Gezondheidsraad over de ethische aspecten rond de NIPT en, zo ja, wanneer?

Minister **Schippers**: Dat antwoord is per brief van 4 juni naar de Kamer gestuurd.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister heeft het maar heel even gehad over de concentratie van ziekenhuiszorg. Ik dacht dat ze daar nog wel op terug zou komen, omdat ik heel specifieke vragen heb gesteld. Daarom heb ik ook mijn interruptie opgespaard. Ik heb bijvoorbeeld gevraagd wat nu de ervaringen zijn daar waar al sprake is van concentratie, zoals in Zeeland, Voorne-Putten, Meppel en Friesland. Vinden daar meer bevallingen plaats in het ziekenhuis en wellicht in de ambulance? Welke risico's worden er gelopen?

Ik heb een vervolgvraag. Ik gebruik gewoon mijn interruptie. De Minister zei dat het Regionaal Overleg Acute Zorg altijd meekijkt bij de concentratie van ziekenhuiszorg of het sluiten van afdelingen spoedeisende hulp. Zou het niet heel goed zijn als daar standaard de verloskundigen bij worden betrokken of het verloskundig samenwerkingsverband?

Minister **Schippers**: Eerst de concentratie en de ervaringen daarmee. De inspectie heeft niet geconstateerd dat er bijvoorbeeld meer bevallingen zijn in de auto of zo. Het kan altijd gebeuren dat een bevalling niet zo gaat als gepland of in elk geval niet op de plaats die je zou willen. De inspectie heeft aangegeven dat niet blijkt dat in die regio's meer van dat soort bevallingen plaatsvinden. Conform de CPZ-leidraad moeten verloskundigen standaard bij het ROAZ betrokken moeten worden.

Mevrouw **Leijten** (SP): Betrokken is wat anders dan een stem. Je kunt geïnformeerd worden en dan zeggen ze dat je betrokken bent. Ik vraag de Minister toch om verloskundigen er niet alleen bij te betrekken, maar ze gewoon ook een stem daarin te laten hebben. Het snel in het ziekenhuis kunnen zijn, is juist voor geboorten en de veiligheid daarvan ontzettend van belang. Er wordt nu nog heel veel gekeken naar normen voor aanrijtijden en ambulances en noem maar op bij trauma, bij acute problemen, en bij dit soort zorg niet. Ik wil graag dat de Minister de constatering dat dit niet is gebeurd aan ons toestuur, daadwerkelijk voor de situatie van die ziekenhuizen. Hoeveel thuisbevallingen zijn er nu nog en hoeveel ziekenhuisbevallingen? Zitten daar verschuivingen in? Ik heb twee ambulancebroeders gesproken die op Voorne-Putten werken en die meldden mij dat zij veel vaker meemaken dat er bevallingen plaatsvinden in een ambulance in acute situaties. Ik weet natuurlijk niet hoeveel dat op het totaal is en of dat een ervaring is. Ik wil echt graag dat we daarover geïnformeerd worden, want ik heb die zorgen niet voor niets.

Minister **Schippers**: De inspectie houdt niet bij hoeveel thuisbevallingen er zijn en hoeveel ziekenhuisbevallingen. Het gaat om de vraag of de kwaliteit van die zorg achteruit is gegaan en of er meer ongelukken zijn gebeurd dan anders. De inspectie zegt dat zij dat niet heeft geconstateerd. Het aantal mensen dat er uiteindelijk niet voor heeft gekozen om thuis te bevallen, is niet iets wat de inspectie apart bijhoudt.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de eerste termijn. Ik zie dat er behoefte is aan een tweede termijn. Ik stel een spreektijd voor van één minuut per fractie. Ik geef bij één minuut een seintje om af te ronden, dus is het uiteindelijk anderhalve minuut. Ik ben dus redelijk soepel. Ik hoop dat de Minister nog kan antwoorden.

Mevrouw **Tellegen** (VVD): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden. We kwamen van onderaan het lijstje en bevinden ons nu in de middenmoot waar het gaat om geboortezorg. Daarmee zegt de Minister eigenlijk dat er nog een lange weg voor ons ligt, maar dat we op de goede weg zijn. Het is goed om te horen dat de twee beroepsberoepsverenigingen bezig zijn om hun samenwerking te verbeteren. Ik denk dat dat cruciaal is met het oog op verdere stappen in de integrale geboortezorg.

Het is ook bemoedigend om te horen dat naast Achmea bijna alle andere zorgverzekeraars een heel eind zijn met hun module voor integrale geboortezorg en dat zij hun inkoopbeleid daar in 2015 op hebben ingezet. De VVD blijft voorstander van die stok achter de deur waar het gaat om een integraal tarief. Ik heb echter goed gehoord dat de Minister zegt: ga nu niet te hard, wat de zorgverzekeraars nu doen met die integrale module gaat voor veel goede ontwikkelingen zorgen; wacht dat nu af voordat je dat integrale tarief oplegt, want dat zou wel eens averechts kunnen werken.

Wat betreft de NIPT blijf ik een beetje puzzled, om een goed Nederlands woord te gebruiken. Begrijp ik goed dat de Minister zegt dat het op dit moment wettelijk niet mogelijk is om die pilot tussentijds te verbreden, zodat vrouwen zonder medisch risico er ook aan kunnen deelnemen?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ook dank van mijn kant voor de antwoorden van de Minister in eerste termijn. Ik ben blij dat zij, net als ik, vindt dat er echt moet worden gewerkt aan de preventieve kant van de geboortezorg. Het is ook goed om te horen dat de Minister zich heeft voorgenoemen om met CPZ te gaan spreken over het aanzetten van die preventieve inzet en de manier waarop dat gebeurt. Ook ben ik blij om te horen dat zij bereid is om daar in het plan termijnen aan te koppelen. Dat is waar wij volgens mij eigenlijk allemaal op zitten te wachten en waar ook in vorige overleggen om is gevraagd. Het is dus fijn dat zij dit zo stevig oppakt.

Ik heb nog één puntje, maar misschien is het een misverstand. Het gaat om het onderzoek nadat er concentratie heeft plaatsgevonden. De inspectie zegt dat dit tot haar verbijstering niet gebeurt. De Minister zegt hier dat de inspectie dat zelf doet. Ik denk dat hier even iets helemaal uit elkaar loopt. Ik wil graag dat de Minister contact opneemt met de inspectie en vraagt wat er aan de hand is. De inspectie maakt zich er namelijk grote zorgen over dat er helemaal geen onderzoek meer heeft plaatsgevonden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden, maar ik vind het wel jammer dat zij niet zegt dat kraamzorg in principe gewoon noodzakelijke zorg is. Ik heb nog een aantal vragen. Het is hartstikke goed dat er met het CPZ een plan van aanpak ten aanzien van preventie is opgesteld. Ik wil graag concrete doelstellingen. Die moeten bovendien niet alleen gericht zijn op achterstandsgroepen, maar

ook op andere groepen. Hoogopgeleiden zijn ook een probleem. Er moet niet alleen een focus liggen op roken, maar ook op alcohol. Vrouwen in Den Helder moeten straks ook nog gewoon naar de spoedeisende hulp kunnen komen. Er is iets raars. De Minister berichtte op 4 juni aan de Eerste Kamer dat de beschikbaarheidsbijdrage op grond van drie criteria wordt verleend. Er is echter een brief van de Nederlandse Zorgautoriteit van 27 mei, waarin staat dat de toewijzing van die beschikbaarheidsbijdrage op grond van vier criteria plaatsvindt. Het vierde criterium, namelijk dat er geen andere oplossingen mogelijk zijn, is eigenlijk het maken van een soort sluis, het wegorganiseren van verantwoordelijkheden naar de zorgverzekeraars. De Minister heeft de Kamer meerdere keren anders geïnformeerd, dus ik wil dit graag opgehelderd zien.

De Minister is in overleg met de Staatssecretaris van Financiën over de btw-problematiek. Mijn vraag is wanneer zij hierover een brief aan de Tweede Kamer schrijft. Zij heeft er gelijk in dat dit geldt voor de eerste-lijnsgeboortecentra, maar het geldt ook voor nog een heleboel andere vormen van zorg.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik kan me wat betreft de NIPT aansluiten bij de opmerkingen die mevrouw Tellegen hierover heeft gemaakt. Ten aanzien van de combinatietest, wil ik opmerken dat vrouwen boven de 36 wel een wat hoger risico lopen. Als je nu voor hen de combinatietest ook uit het pakket haalt terwijl de NIPT nog niet voor hen toegankelijk is, kan dat er volgens mij wel toe leiden dat vrouwen boven de 36 om financiële redenen afzien van een combinatietest en dus niet eens toekomen aan een NIPT. Mij lijkt dat een onwenselijke ontwikkeling. Mijn volgende punt betreft de kraamafdelingen. Ik kan me voorstellen dat als een verloskundige afdeling verder weg zit, je minder snel kunt kiezen voor thuis bevallen en dat de keuzevrijheid dan wel degelijk in het geding is. Wat betreft kraamzorg, zei mevrouw Wolbert heel treffend: je hoeft ook niet te betalen voor de kamer van een tandarts, waarom dan wel voor een kamer op een verloskundige afdeling.

Ik wil graag weten wanneer wij verder geïnformeerd kunnen worden over het verbeterplan ten aanzien van geboortezorg voor asielzoekers. Zulke grote verschillen in een land als Nederland vind ik echt schokkend.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de beantwoording van alle vragen in eerste termijn. Ik heb ook goed geluisterd naar de vragen die door collega's zijn gesteld. Op het punt van de kraamzorg kan ik aansluiten bij wat door de CDA-fractie naar voren is gebracht. Ik ben in mijn bijdrage vooral ingegaan op de NIPT. Ik dank de Minister voor de toezegging dat zij het gesprek aangaat met de gynaecologen. Ik hoop dat de Kamer daarover kan worden geïnformeerd, bijvoorbeeld middels een brief. Samenvattend wil ik benadrukken dat testen zeker een heel goede kant heeft. Je kunt je als ouders voorbereiden op de komst van een kind met een handicap. Soms is, bijvoorbeeld in het geval van een open ruggetje, een operatie in de baarmoeder mogelijk. Dat zijn echt prachtige vooruitgangen in de medische wetenschap. Mijn fractie blijft echter benadrukken dat ouders het recht moeten hebben op niet-weten en dat het kind het recht op een open toekomst moet hebben. Ik heb nog even de brief van 4 juni erbij gepakt, waarin ook wordt gereageerd op het advies van de Gezondheidsraad. Dat is echt een klein A4'tje, nog niet eens een heel A4'tje, dat slechts een samenvatting bevat van wat door de Gezondheidsraad naar voren is gebracht, dus niet eens een reactie erop. Ik vind het jammer dat we die ethische discussie hier toch weinig voeren met elkaar.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Ik vind het goed dat de Minister heeft gezegd dat perinatale screening altijd een vrije keuze is van de moeder en

het gezin en dat iedereen welkom is. Ik denk dat dat echt het juiste signaal is en daar dank ik haar voor.

Ik dank de Minister ook voor het feit dat ze nog uitgebreid ingaat op mijn onderzoek naar wat de verloskundigen op dit moment over de praktijk zeggen. Ik schrik er juist daarom zo van dat zij zegt dat niet geconstateerd is dat concentratie van ziekenhuizen, het wegvallen van een ziekenhuis in een regio, leidt tot verschraling of dat het andere gevolgen heeft. 60% van de deelnemers van het onderzoek zegt dat wel te zien. Zo groot kan het verschil niet zijn. Of de inspectie slaapt of het is niet onderzocht. Ik wil dus echt dat de Minister hiernaar kijkt. Ik wil ook graag dat zij kijkt naar signalen dat er sprake is van overmedicalisering doordat die bijdrage moet worden betaald voor het bevallen in het ziekenhuis. Volgens mij is dat een onwenselijke uitkomst van het feit dat je moet betalen voor de ruimte.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik begrijp mevrouw Leijten niet goed, dus ik wil even wat meer opheldering. Uit het rapport van de inspectie over het verdwijnen van acute zorg bij ziekenhuizen, heb ik begrepen dat zij wel graag wil zien welke gevolgen het heeft gehad, maar dat het niet wordt gemonitord. Er ontbreekt dus een monitor, een onderzoek, waaruit kan worden afgeleid of er bijvoorbeeld meer snelwegbaby's zijn. Is het dan niet gewoon verstandig om te vragen of dat onderzoek wel kan worden gedaan?

Mevrouw **Leijten** (SP): Daar ben ik het helemaal mee eens. Ik heb dus zelf een onderzoek gedaan afgelopen jaar. Ik heb verloskundigen gevraagd wat zij zien gebeuren in een situatie van concentratie. Hebt u ermee te maken en wat ziet u gebeuren? Ik heb open vragen gesteld. Daar zijn heel veel antwoorden opgekomen. 60% maakt het mee en ziet de gevolgen wel. Wellicht zijn er ook situaties waarin sprake is van kwaliteitsverbetering, maar de verloskundigen spreken hun zorgen uit over het thuis kunnen bevallen, het meer bevallen onderweg en de medische risico's die dit met zich brengt voor moeder en kind. Dan vind ik het raar dat de Minister schermt de uitkomst van een onderzoek van de inspectie waaruit blijkt dat er geen gevolgen zijn. Dat kan niet allebei waar zijn. Ik zou zeggen: goed onderzoek doen. Natuurlijk moet je de gevolgen meten. Ik ben nog steeds heel erg benieuwd naar hoe dat op Voorne-Putten zit. Ik krijg daar echt andere signalen over, ook vanuit de hoek van de acute zorg: de ambulancebroeders in dit geval.

Ik wil nog één opmerking maken. De integrale bekostiging is geen doel, zegt de Minister. Dat steun ik. Als echter blijkt dat meer dan 60% van de verloskundigen zegt dat het op dit moment ongewenst is – het kan samenwerking ook verstoren, omdat er een overheersing kan zijn vanuit een bepaalde discipline – moeten we het toch niet doen? Dat was eigenlijk mijn vraag. Je kunt toch alleen overgaan tot integrale bekostiging als alle disciplines het daarmee eens zijn?

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden. Ik ben in mijn eerste termijn ingegaan op de samenwerking, die volgens mij niet goed op gang komt. Ik heb een voorbeeld. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft een nieuwe richtlijn opgesteld over reanimatie van de baby bij de geboorte en daar is de vereniging van verloskundigen in het geheel niet bij betrokken. Zij hebben niet deelgenomen aan de werkgroep en zijn niet via de gebruikelijke kanalen geïnformeerd. Daarom wijzen zij de richtlijn af. Dat is geruzie tussen beroepsgroepen, wat ten koste kan gaan van moeder en kind. Wat gaat de Minister eraan doen om die partijen wel bij elkaar te krijgen en ervoor te zorgen dat er betere samenwerking tot stand komt? Er is al heel veel gezegd over de NIPT. Ik blijf het vreemd en onwenselijk vinden dat die niet beschikbaar is voor vrouwen die de test zelf willen

betalen. Ik roep de Minister bij dezen op om te bekijken of er toch niet ergens een heel klein gaatje in de wet zit om die test ook beschikbaar te stellen voor deze groep. De suggestie van mevrouw Tellegen om die vrouwen mee te nemen in die pilot, lijkt mij heel goed.

Wat betreft pijnbestrijding, vind ik het belangrijk dat vrouwen in Nederland echt een keuze hebben tussen thuis bevallen, poliklinisch bevallen of met een ruggenprik bevallen. De Minister zegt dat de richtlijn is dat er 24 uur per dag 7 dagen per week pijnbestrijding beschikbaar moet zijn. Ik wil echt klip-en-klaar horen of ook het 24 uur per dag 7 dagen per week voor vrouwen die bevallen mogelijk is om een ruggenprik te krijgen, dus ook vrouwen bij wie de bevalling 's nachts begint.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik dank de Minister voor de beantwoording. Ik heb gesproken over de kraamzorg. Die is juist erg belangrijk voor groepen die daar minder gebruik van maken, zoals mensen van niet-westerse afkomst en gezinnen met lage inkomens. Ik wil even verifiëren of de Minister heeft gezegd dat er een verbeterplan komt op dat terrein. Ik meende dat te horen, maar ik weet het niet helemaal zeker.

We hebben gesproken over de NIPT en de prenatale screening. De Minister heeft gezegd dat er een preconceptionele dragerschapsscreening mogelijk is. In de brief noemt zij een aantal risicogroepen. Als ik het goed begrijp, heeft iedereen in de genoemde risicogroepen nu al recht op dragerschapsscreening. Worden er nu al maatregelen genomen om die risicogroepen te bereiken? Dat is eigenlijk een aanvullende vraag die ik in mijn eerste termijn niet kwijt kon.

De **voorzitter**: Hiermee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik zie dat de Minister meteen kan antwoorden. Daartoe geef ik haar het woord.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Mevrouw Tellegen vraagt of het toch niet mogelijk is om de pilot te verbreden. Verbreding betekent aanpassing van het onderzoeksvoorstel en de WBO-vergunning. Dat voorstel wordt dus nu door het consortium voorgelegd aan de Gezondheidsraad en ZonMw en vervolgens besluit ik daarover. Dit is de route die we moeten lopen. Zo hebben we dat wettelijk geregeld. Dat is meteen ook een antwoord op de vraag van mevrouw Klever.

Mevrouw Wolbert vraagt hoe het nu eigenlijk zit met de IGZ, omdat onderzoek naar concentratie nodig is. Ik zeg niet dat de inspectie onderzoek doet in een specifiek gebied als er concentratie heeft plaatsgevonden. De inspectie heeft thematisch onderzoek gedaan naar geboortezorg. Op basis van dat thematische onderzoek over de hele linie, kan zij niet constateren dat er een toename is van verloskundige problemen in de regio's waar onlangs concentratie van verloskundige zorg is gerealiseerd. Laten we ons wel realiseren dat de concentratie van die zorg juist is ingegeven doordat we zo slecht scoorden en er verbeteringen nodig waren. Dat was de aanleiding voor die concentratie. De stuurgroep heeft vervolgens, begeleid door CPZ, bekeken hoe je dat moet doen. Dat is niet in het wilde weg gebeurd. Dat is hoe het beleid is uitgevoerd. Er moet dus onderscheid gemaakt worden: is er specifiek onderzoek gedaan in die gebieden of heeft de inspectie dat in haar toezicht op geboortezorg geconstateerd? Er is dus geen regiospecifiek onderzoek gedaan. Uit het algemene onderzoek en uit de meldingen die de inspectie ontvangt, blijkt die toename niet. Dat is wat misschien het misverstand is.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat is dus een groot verschil. Het is niet geconstateerd, maar het is ook niet onderzocht. Ons verzoek was om het te onderzoeken. Dat lijkt me toch het minste. Daar waar een ziekenhuis verdwijnt, de spoedeisende hulp sluit, wordt de bereikbaarheid van

verloskundige zorg wel degelijk altijd meegenomen. Ons verzoek is om ook te kijken hoe het daar een jaar later mee is. Is de Minister bereid om dat te doen? Als dat niet het geval is, denk ik dat er wel meerderheid in de Kamer te vinden is die dat wil weten. Overigens zijn er ten aanzien van het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis en het verdwijnen van de 24-uurs spoedeisende hulp daar ook moties aangenomen van de PvdA, waarin juist werd gevraagd om de gevolgen in kaart te brengen. Dat dat nog niet is gebeurd, verbaast mij dus hogelijk.

Minister **Schippers**: De inspectie heeft een thematisch onderzoek gedaan naar de geboortezorg en heeft dus niet specifiek naar regio's gekeken, maar wel naar de geboortezorg in Nederland. Zij constateert die toename niet. Zij constateert wel dat er progressie wordt gemaakt, zij het langzaam, ten aanzien van de kwaliteit van de zorg. De kwaliteit van de geboortezorg wordt wel beter, maar wij zouden met elkaar, inclusief de inspectie, graag willen dat dat sneller gaat. De inspectie heeft ook aanbevelingen gedaan voor manieren waarop dat sneller zou kunnen gaan.

Mevrouw Bruins Slot vroeg of in het plan van aanpak ten aanzien van preventie concrete doelstellingen kunnen worden opgenomen. Het CPZ is al mee bezig met preventie, maar wij hebben gevraagd om er een plan van aanpak van te maken. Mevrouw Bruins Slot vraagt om daarbij niet alleen te letten op sociaaleconomische gezondheidsachterstanden. Het zal breed zijn en heeft ook zeker niet alleen betrekking op roken, maar ook op zaken als alcohol en overgewicht, dus zeg maar op ongezonde leefstijlen in den brede.

Mevrouw Bruins Slot zegt dat er drie criteria van VWS zijn en vier van de NZa. Dat klopt. Wij hebben de zorgplicht niet als apart criterium genoemd, omdat voor ons de zorgplicht bovenliggende wetgeving is. Die is door de NZa als apart criterium benoemd. De NZa komt overigens eind november met adviezen over de invulling van die overmacht op deze zorgplicht.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat verbaast mij, want de Eerste én de Tweede Kamer hebben de Minister verschillende keren gevraagd om alle criteria op papier te zetten zodat zij zelf konden controleren of die beschikbaarheidsbijdrage een lege huls is of iets wat uiteindelijk meerwaarde heeft. Nu blijkt in de uitvoering plotseling dat de NZa er zelf dingen bij kan bedenken die de Minister niet weet en waarover zij ook ons als Kamer niet informeert.

Minister **Schippers**: Nee. De zorgplicht is niet iets wat zomaar uit de lucht komt vallen. Die zorgplicht komt ongeveer in ieder debat naar voren en is uiteraard bij een beschikbaarheidsbijdrage gewoon een wettelijke verplichting. Uiteraard worden zorgverzekeraars gehouden aan de zorgplicht. Dat is waar de NZa op toeziet en waar ze de zorgverzekeraars aan houdt. Het is niet zo dat wij die vergeten zijn of dat zij die er zomaar zelf aan toevoegen. Wij hebben die drie dingen op een rijtje gezet, waarbij voor ons de zorgplicht een bovenliggende wettelijke eis is. Het is voor ons evident dat daaraan wordt voldaan. Dat is de steunpilaar van ons hele stelsel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het opvallende is dat je zowel in de criteria van het ministerie als de criteria van de Minister de zorgplicht kunt teruglezen. Het vierde criterium van de NZa is dat er geen andere oplossingen mogelijk zijn. Daar ligt het verschil, niet in de zorgplicht.

Minister **Schippers**: Nee, want als er andere oplossingen mogelijk zijn dan worden die via de zorgplicht waargemaakt. Als die niet mogelijk zijn, hebben we een groot probleem en hebben we wetgeving over hoe we dat dan weer oplossen. Het is dus maar net hoe je het wilt lezen.

De **voorzitter**: Ik kijk even in de richting van mevrouw Bruins-Slot. De interrupties gaan in tweeën en dit is de tweede termijn. Ik zou kunnen helpen met het toestaan van nog een heel korte vraag, maar ik wil het debat niet nog een keer helemaal overdoen. Een heel korte vraag dus, zodat we wellicht nog tot enige duidelijkheid kunnen komen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Graag, want dat is bepalend voor de vraag of ik een motie ga indienen of niet. De vraag aan de Minister is of de beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp en acute geboortezorg een bijdrage is die überhaupt ooit verleend gaat worden of dat die een lege huls is die wij hier hebben gemaakt?

Minister **Schippers**: Wij hebben de beschikbaarheidsbijdrage gemaakt voor het geval er sprake is van overmacht. Dan is de vraag hoe je die invult. Daarover heb ik de NZa om advies gevraagd. Die komt in november met haar bevindingen. Op basis daarvan kunnen we dan met elkaar oordelen of het al dan niet een lege huls is.

Ik heb het net gehad over de concentratie van de ziekenhuizen en de inspectie. Ik ga nog uitgebreid in op het rapport dat mevrouw Leijten mij heeft aangeboden. Mevrouw Leijten stelt dat daarin staat dat 60% van de ondervraagden – ik heb het zelf nog niet zo snel kunnen lezen – dat wel constateert. Ik zal een reactie geven op dat rapport. Dat heb ik toegezegd en dat zal ik oprecht doen. Mogelijk zitten er nieuwe dingen in. Ik waardeer overigens zeer dat dit rapport gemaakt is, want het betreft een breed onderzoek onder verloskundigen. Je kunt niet zeggen dat maar anderhalve man en een paardenkop hebben gereageerd. De respons is groot. Ik ga dus serieus in op alle onderdelen. Vervolgens kunnen we spreken over de vraag of mevrouw Leijten en de Kamer vinden dat ik dat goed genoeg heb gedaan of niet.

Mevrouw Leijten sprak over overmedicalisering als gevolg van de eigen bijdrage. Daar heb ik geen gegevens over. Het zou kunnen dat vrouwen vragen om een ruggenprik om de eigen betaling te omzeilen. Dat zou ik overigens zeer onverstandig vinden, want een ruggenprik is niet iets wat je zomaar doet. Ik heb die zelf gelukkig niet nodig gehad, maar ik heb ook gehoord dat het best pijnlijk kan zijn. Of dat nu zo handig is, weet ik dus niet. Wij gaan van start met de pilot met de integrale tarieven. In die pilot kunnen dingen naar boven komen die ons een totaal ander zicht geven op de manier waarop we het nu met elkaar hebben geregeld. Misschien komen daar alle dingen die in de Kamer worden gesteld ook wel uit. Mevrouw Voortman vroeg naar het verbeterplan voor de geboortezorg voor asielzoekers. Dat plan is besproken tijdens het algemeen overleg over medische zorg aan asielzoekers begin 2014. Voor zover het nog niet aan de Kamer is gestuurd door de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, zal ik het haar toesturen. Ik zal even checken of de Kamer het al heeft ontvangen via V en J, want eigenlijk valt deze zorg natuurlijk niet onder mij. Logischerwijs kan ik me voorstellen dat de Staatssecretaris dat heeft gestuurd. Als dat niet het geval is, zal ik vragen of dat alsnog gebeurt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dat was niet helemaal mijn punt. Volgens mij is het inderdaad in dat algemeen overleg besproken. Mijn vraag was wanneer wij weer worden geïnformeerd over de voortgang. Die grote verschillen moeten immers zo snel mogelijk terug worden gedrongen.

Minister **Schippers**: De verbetermaatregelen uit dat plan zijn vrij snel doorgevoerd. Uiteindelijk moet je dan kijken of die daadwerkelijk opleveren wat wij willen dat ze opleveren. Het tijdsbestek daarvan ken ik eigenlijk niet. Het is pas dit jaar doorgevoerd. Je moet dus echt even de tijd nemen om te kijken of daar nog hiaten in zitten of niet.

Ik heb al gezegd dat de concentratie heeft plaatsgevonden op basis van kwaliteitsverbetering.

Het klopt dat de combinatie-test voor vrouwen van 36 jaar en ouder niet meer wordt vergoed. Dat besluit is genomen op basis van een advies van de Gezondheidsraad, die heeft aangegeven dat de combinatie-test het risico op een kindje met trisomie beter voorspelt dan enkel de leeftijd van 36 jaar en ouder. Het leeftijds-criterium is dus niet de juiste methode om te bepalen of iemand een verhoogde kans heeft op trisomie 13, 18 en 21 en dus vervolgscreening nodig heeft. Daarom is besloten om de vergoeding voor alle vrouwen gelijk te trekken. Dat betekent dat voor 36+ de situatie nu gelijk is aan die van 36-, die al betaalde voor deze test. De extra vergoeding die de vrouwen van 36 jaar en ouder kregen, komt dus te vervallen.

Mevrouw Dik-Faber vraagt mij om de Kamer te informeren over de wijze waarop het gesprek met de gynaecologen is verlopen. Ik stel voor om de Kamer in de volgende brief die ik in dit kader schrijf ook verslag te doen van dat gesprek. Ik schrijf liever geen aparte brief daarover, want dan krijgt de Kamer allemaal van die kleine briefjes. Ik doe het in een verzamelbrief.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik heb nog een opmerking gemaakt over het advies van de Gezondheidsraad dat vooral ingaat op de ethische aspecten van de NIPT. Er is nu een pilot. Is het een idee om in elk geval dat advies van de Gezondheidsraad er nog eens bij te pakken als die pilot wordt omgezet in de invoering van de NIPT? Dan laten we de pilotfase achter ons en ik vind het wel heel belangrijk dat dit rapport van de Gezondheidsraad voldoende aandacht krijgt. Wat is beschreven in de brief van 4 juni, is eigenlijk meer een samenvatting van het advies dan een reactie.

Minister **Schippers**: Er is een aanvraag om die pilot te verbreden en die wil ik gewoon door laten gaan, omdat ik daar eigenlijk het tempo wel in wil houden. Ik kan nu al melden dat als mij positief wordt geadviseerd, ik die positief laat doorgaan. Als die fase is afgerond, zullen we kijken of er elementen uit dat advies zijn die wij nader bij dat besluit moeten toelichten.

Mevrouw Klever zegt dat de richtlijn ten aanzien van reanimatie van een baby eigenlijk monodisciplinair is ontwikkeld. Onder regie van het CPZ wordt momenteel de laatste hand gelegd aan een zorgstandaard voor geboortezorg. Daarbij zijn alle partijen multidisciplinair betrokken. Alle beroepsgroepen voeren overleg met elkaar over richtlijnen die meerdere beroepsgroepen treffen. Dat gebeurt soms door actieve deelname en soms via het voorleggen achteraf. Ik ben het helemaal met mevrouw Klever eens dat beroepen die een rol hebben in multidisciplinaire zorg, welke zorg dat ook is – het is nu geboortezorg, maar het kan ook andere zorg zijn – goed moeten samenwerken. Daarom ben ik er zo blij mee dat in elk geval vanuit de voorzitters van beide verenigingen is aangegeven dat zij dat ook belangrijk vinden. Ik vind zelf wat zij doen eigenlijk het belangrijkste dat wij met elkaar kunnen bereiken. Ik ben het er dus helemaal mee eens dat wij daar in de zorg veel meer aandacht voor moeten hebben.

Er is gevraagd naar het gebruik van kraamzorg door mensen van niet-westerse afkomst. Er loopt nu nog geen traject om die groep beter te bereiken, maar dat zal binnen het project Healthy Pregnancy 4 All wel worden opgepakt.

Ten aanzien van preconceptionele screening is gevraagd of risicogroepen apart worden benaderd. In groepen waarin bepaalde ziekten veel voorkomen, bijvoorbeeld in Volendam of de Joodse gemeenschap, worden al speciale dragerschapspreekuren gehouden voor aanstaande ouders.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik had gevraagd of de inspectie nu wel of geen onderzoek deed. Daar bestond bij mij een misverstand over. De inspectie zegt dat ze het onaanvaardbaar vindt dat de veiligheid en bereikbaarheid in de nieuwe situaties na concentratie niet systematisch worden gemonitord. Daar zijn dus kennelijk geen afspraken over. De inspectie vindt kennelijk dat de VSV's dat moeten doen en doet dat zelf alleen op het aspect veiligheid: is het onveilig geworden of niet? Verder wordt er helemaal niets gemonitord. Dat vind ik ook onacceptabel. Ik denk dat daar het misverstand heeft gezeten.

Minister **Schippers**: Ik zal eens kijken wie daar nu eigenlijk monitort. Als die monitoring niet wordt opgepakt, zal ik ervoor zorgen dat dat gebeurt door een partij die dat eigenlijk onder zijn verantwoordelijkheid zou moeten hebben. Dat zal ik doen en daar zal ik de Kamer ook verslag van doen – dat word me nu gevraagd – in dezelfde brief als waarin ik reageer op het verzoek van mevrouw Dik-Faber.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb de Minister ook nog gevraagd naar het overleg met de Staatssecretaris van Financiën over de btw-problematiek in de zorg. Wanneer krijgt de Kamer daar bericht over?

Minister **Schippers**: Als we eruit zijn. We zijn druk in gesprek. Deze problematiek speelt op een heleboel terreinen in zowel de gezondheidszorg als de sport, zoals bekend. We hebben een hele waslijst van problemen die mogelijk opgelost kunnen worden en die akkeren we samen door. Als dat is afgerond, zal ik de Kamer daarover informeren. Ik weet niet hoe lang we daarover doen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik merk op dat we vandaag gaan stemmen over het Belastingplan, dus ook over de btw. O jee ...

Minister **Schippers**: Ik zal de Kamer begin volgend jaar informeren over de stand van zaken ten aanzien van btw in zijn algemeenheid. Daar zitten namelijk een heleboel dingen onder. Een aantal zaken ten aanzien van btw is overigens opgelost in het Belastingplan. Die hebben we al gedaan.

De **voorzitter**: Ik dank de Minister voor deze toezegging. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. Ik wil graag de toezeggingen doornemen.

- De Kamer wordt schriftelijk een reactie toegezonden op het SP-rapport.
- Monitoring zal terugkomen in de voortgangsrapportage over concentratie van geboortezorg.
- Begin volgend jaar komt er een standvanzakenbrief over de btw.
- De Minister zal in samenspraak met het CPZ een plan van aanpak opstellen naar aanleiding van de aanbevelingen uit het advies Een goed begin.
- In de volgende voortgangsrapportage zal de Minister ingaan op het gesprek met de Nederlandse Vereniging van Gynaecologen over de mogelijke drang die zwangeren ervaren om een screeningstest te doen.

Ik merk op dat ik alleen de toezeggingen noem waar ook de Kamer over wordt geïnformeerd. Er is een aantal acties dat de Minister daarnaast gaat doen. Dat zijn er soms 25 in een algemeen overleg. De zaken waarop de Kamer echt een reactie krijgt, noemen we hier.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Daar zit wel een misverstand.

De **voorzitter**: Er komt natuurlijk ook een verslag. Ik wil er als voorzitter voor waken dat ik een lijst met 25 punten ga voorlezen. Alle toezeggingen maken onderdeel uit van het verslag.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Daarom is het misschien goed om te constateren dat de Minister heeft toegezegd met het CPZ in overleg te gaan. Dat was niet in algemene zin. Het ging heel specifiek over wat de staf net zei, namelijk preventie en leefstijl.

De **voorzitter**: Met uw goedvinden, mevrouw Wolbert: die toezegging maakt onderdeel uit van het verslag van dit algemeen overleg. Alles wat in het verslag naar voren is gekomen, ook de toezeggingen van de Minister, maakt daar onderdeel vanuit. Als ik echt alles letterlijk moet gaan opnoemen, heb ik denk ik nog een kwartier nodig en dat zou ik geen zinvolle bijdrage vinden aan de afronding.

Voor zover ik zie, is er geen behoefte aan een VAO. Ik dank de leden voor hun inbreng. Ik dank de Minister en haar staf voor de beantwoording en de inbreng in dit debat. Ik dank eenieder op de publieke tribune voor de aanwezigheid bij en de belangstelling voor dit debat. Dat geldt natuurlijk voor de mensen die het debat op een andere manier hebben gevolgd. Ik sluit de vergadering niet voordat ik mevrouw Voortman in dit laatste algemeen overleg voor haar zwangerschapsverlof heel veel succes heb gewenst en een heel goed verlot.

Sluiting 16.54 uur.

Volledige Agenda

1. *Verloskundige zorg in Amsterdam*
Kamerstuk 32279-59 – Brief regering d.d. 18-11-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
2. *Aanbieding rapport van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) over de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) en de Zorgverzekeringswet*
Kamerstuk 29323-89 – Brief regering d.d. 20-12-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. *Standpunt Niet Invasieve Prenatale Diagnostiek (NIPT)*
Kamerstuk 29323-88 – Brief regering d.d. 17-12-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
4. *Niet Invasieve Prenatale Test en andere prenatale testen*
Kamerstuk 29323-90 – Brief regering d.d. 28-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
5. *Voortgang zwangerschap en geboorte*
Kamerstuk 32279-62 – Brief regering d.d. 02-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers 6.
6. *Programmatisch aanbod van preconceptionele dragerschapsscreening en NIPT*
Kamerstuk 29323-92 – Brief regering d.d. 04-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. *Inspectieonderzoek geboortezorg*
Kamerstuk 32279-63 – Brief regering d.d. 17-06-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. *Aanbieding van het jaarrapport Perinatale audit 2010–2012*
Kamerstuk 32279-64 – Brief regering d.d. 15-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. *Aanbieding van het Jaarverslag Preïmplantatie Genetische Diagnostiek (PGD) Nederland 2013*
Kamerstuk 32279-65 – Brief regering d.d. 18-09-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
10. *Voortgang van de concentratie van de acute zorg*
Kamerstuk 29247-191 – Brief regering d.d. 06-10-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. *Implementatie adviezen Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte*
Kamerstuk 32279, nr. 66 – Brief regering d.d. 11-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers