

Vergaderjaar 2012–2013

**32 279**

## **Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**Nr. 52**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 24 januari 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 13 december 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2012 over de Voortgangsbrief zwangerschap en geboorte (32 279, nr. 42);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2012 met een reactie op het bericht in De Telegraaf van 6 juni 2012 inzake de concentratie van verloskundige zorg (32 279, nr. 43);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 november 2012 over de stand van zaken bij de verloskundige zorg te Meppel (32 279, nr. 44);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 november 2012 over de bereikbaarheid van acute zorg in Noordoost-Friesland (29 247, nr. 182);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 december 2012 over de marktscan van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) «Zorg rondom zwangerschap en geboorte» (32 279, nr. 47).**

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

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

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

**Voorzitter: Neppéus**  
**Griffier: Sjerp**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Wolbert, Bruins Slot, Dijkstra, Anne Mulder, Slob, Klever, Leijten en Neppéus,

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

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg over zwangerschap en geboorte. Ik heet de minister en haar ambtenaren van harte welkom, evenals de aanwezigen op de publieke tribune en degenen die dit debat thuis volgen. De spreektijd bedraagt vier minuten per fractie. In totaal hebben we twee uur uitgetrokken voor dit overleg, dus ik vraag de collega's om enige terughoudendheid te betrachten in het interrumperen. Omdat de mailservers van de Kamer vandaag al enige tijd platligt, heeft de commissie een brief van de minister niet ontvangen. Daarom geef ik allereerst het woord aan de minister voor een mondelinge toelichting.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik heb de Kamer inderdaad een brief gestuurd, maar die heeft zij nog niet gelezen omdat de mailservers het niet doet. De brief gaat over de verwarring die is ontstaan over hoe positief de ontwikkelingen zijn. De marktscan is niet helemaal helder. Het is methodologisch lastig om allerlei cijfers met elkaar te vergelijken. Er zijn CBS-cijfers en cijfers van de Stichting Perinatale Registratie Nederland. Die zijn naast elkaar gepresenteerd, maar je mag die niet met elkaar vergelijken. In de brief corrigeer ik dan ook dat beeld. De feitelijke omvang van de daling kan afgeleid worden uit de cijfers van de perinatale audit. Uit de rapportage van de perinatale audit blijkt dat de sterfte van voldragen baby's van 2001 tot en met 2008 met 39% is gedaald en de totale perinatale sterfte met 23%. Het eerste kwartaal van komend jaar krijg ik definitieve cijfers van de Stichting Perinatale Registratie Nederland over de omvang van de daling van de sterfte.

De **voorzitter**: Wellicht kan de bode deze brief ronddelen, zodat iedereen deze op papier heeft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zal niet de enige zijn die vragen heeft over dit bericht, dus als het enigszins mogelijk is om de cijfers rond te delen, zou dat heel prettig zijn.

De **voorzitter**: De oplossing wordt gevonden. Het stuk wordt rondgedeeld nadat het is vermenigvuldigd.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het staat ook op de site van de NZa. Daar had ik het opgezocht nadat ik had gehoord dat we geen mail konden ontvangen.

De **voorzitter**: We hebben gelukkig heel actieve leden in deze commissie. Hulde daarvoor. We beginnen met de eerste termijn van de Kamer. Het woord is aan mevrouw Wolbert.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Op z'n minst moet iedere vrouw ervan uit kunnen gaan dat zij veilig kan bevallen en dat zij daarbij de juiste zorg en begeleiding krijgt. Uit de marktscan van de NZa blijkt dat er vorderingen worden gemaakt. Dat is goed nieuws, maar laat ik gelijk helder zijn: er is geen enkele reden om ook maar een dag de aandacht te laten verslappen. De eerste winst is het gemakkelijkst te halen. Het venijn zit in de laatste procenten. Daar liggen de echte problemen, zoals de

weerstand, moeizame veranderingen en de grote belangen. De Partij van de Arbeid wil dat de minister alles in de strijd gooit om ook dat laatste deel terug te dringen. Welke ambities heeft de minister zelf op dit punt? Willen we in Europees verband bij de top vijf horen of moet de onnodige babysterfte worden gehalveerd?

Ik begin met de bevallingsnormen. In het voorjaar van 2012 bleek nog maar een kwart van de ziekenhuizen aan de normen te kunnen voldoen. De IGZ en de minister hebben besloten dat het niet haalbaar is om op korte termijn deze normen overal in de praktijk te brengen, maar opeens blijkt dat ook het veld aan de normen twijfelt, terwijl het hele veld zich eerder gecommitteerd had aan de stuurgroep. Dit onderwerp schreeuwt om aandacht en om een krachtige regie van de minister. Als een breed gedragen stuurgroep factoren benoemt die de babysterfte doen dalen, begrijp ik niet waarom daar niet een veel strakkere regie op zit. Het kan inderdaad zo zijn dat de bevallingsnormen niet van de ene op de andere dag gehaald kunnen worden, maar ik zie onvoldoende voortgang in het afwerken van de bestaande knelpunten op dat vlak. De Partij van de Arbeid vraagt de minister waar precies de knelpunten liggen en welke voortgang er ten aanzien van elk knelpunt is gemaakt sinds dit voorjaar. Klopt het bijvoorbeeld dat er nog maar net begonnen is met de regionale standaarden, die moeten leiden tot een regionaal zorgpad waarin precies staat beschreven hoe de zorgen voor moeder en kind in de regio eruit ziet? Wij horen dat uit het veld. Wie doet wat, hoe, wanneer en waar? Er ligt een aangenomen motie-Arib/Smilde, waarin de regering wordt verzocht dit te regelen voor 2013, zodat per 2014 gecontracteerd kan worden. De Partij van de Arbeid krijgt het benauwd van de trage voortgang. Hoe kan het nu zo lang duren terwijl het zo urgent is om die standaarden af te krijgen? De Partij van de Arbeid pleit voor het prioriteren van concrete deelonderwerpen. Is dat mogelijk? Is de minister bereid, zich daarmee te bemoeien?

Er is dit jaar veel te doen geweest over het wegtrekken van de acute verloskunde uit Dokkum en Meppel. De inspectie onderzocht of de lokale afspraken veilig bevallen kunnen garanderen. Zij is doorgaans niet proactief, maar treedt vaak pas achteraf op. De Partij van de Arbeid constateert dat er eigenlijk te weinig ervaring is met zulke aanpassingen. Zij wil strak toezicht van de inspectie. Op voorhand moeten extra inspanningen gepleegd worden en in het eerste jaar moet er elk kwartaal een rapportage komen. Kan de minister dat toezeggen? Het zou goed zijn om in beide regio's een tijdelijk meldpunt te hebben voor incidenten of bijna-incidenten. Kan de minister een dergelijk meldpunt met opvolging in laten richten?

Ik kom te spreken over de voortgang van de implementatie van de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. In mei van dit jaar werd gezegd dat het College Perinatale Zorg (CPZ) druk bezig was in dit kader. Het CPZ was gevraagd om de adviezen in de praktijk om te zetten. Kan de minister van elk van de zeven adviezen van de stuurgroep aangeven wat de stand van zaken is? De Partij van de Arbeid maakt zich zorgen. Er is veel gebeurd sinds de stuurgroep adviseerde, maar het gaat langzaam en het is niet genoeg. De laatste cijfers stellen niet per se gerust. Het mag allemaal wel wat ambitieuzer. De Kamer moet de vinger aan de pols kunnen houden en de voortgang kunnen controleren. Ik zal daarom een VAO aanvragen en een motie indienen waarin ik zal vragen om een overzicht van de knelpunten die de implementatie van de adviezen van de stuurgroep in de weg staan en hoe en wanneer elk knelpunt wordt aangepakt. Ik neem aan dat de minister dit als ondersteuning van beleid zal zien. Ik wil daar wel graag nog een uitspraak van de Kamer over vragen. Tot slot nog twee punten.

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

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Wat betreft de bekostiging heb ik de vraag wanneer de minister kan overgaan tot de invoering van een integraal tarief voor de geboortezorg. Over de preconceptiezorg wil ik weten of de minister de medische richtlijnen op dat terrein kan overnemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb eigenlijk twee vragen, maar ik zal mij beperken tot het belangrijkste. De NZa hamert er al een halfjaar op – zij doet dat in de laatste marktscan weer – dat er vrije tarieven zouden moeten komen in de eerstelijnsverloskunde. Steunt de Partij van de Arbeid dat?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het is bekend dat de Partij van de Arbeid geen voorstander is van vrije tarieven. Ik verwacht ook niet dat de minister die als eerste gaat invoeren, maar mocht dat wel het geval zijn, dan bekijken we de gevolgen. Als die in de lijn liggen van wat we verwachten, zullen die niet veel voordelen opleveren.

Mevrouw **Leijten** (SP): Is het niet veel beter als mevrouw Wolbert duidelijk tegen de minister zegt dat zij de weg van vrije prijsvorming in de eerstelijnsverloskunde maar niet op moet gaan? We zien in de tweede lijnsverloskunde al veel te veel onzekerheid door het sluiten van ziekenhuizen. De bereikbaarheidsnormen van het RIVM worden al helemaal niet meer gehaald. We kunnen in de eerste lijn die onzekerheid niet hebben die we elders zien als gevolg van de vrije prijsvorming, zoals bij logopedie, fysiotherapie en apotheken. Als de PvdA zegt dit niet te willen, lijkt het mij verstandig dat zij vandaag zegt: dit is een no-go; we gaan niet aan de vrije prijsvorming in de eerste lijn.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ik zei zojuist al dat de Partij van de Arbeid geen voorstander is van vrije prijsvorming. Ik heb de minister gevraagd wanneer zij wil overgaan tot de invoering van integrale tarieven. Dat is stap één. Daarna moeten we kijken of het veld zich daarnaar kan gedragen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Net zoals andere fracties heeft het CDA de afgelopen tijd veel vragen aan de minister gesteld over de situatie van de geboortezorg in Meppel en in Friesland. Het is een lastige situatie. Het uitgangspunt van het CDA is dat het noodzakelijk is om goede en veilige zorg in de regio te hebben. Daarbij vinden we dat bereikbaarheid ook onderdeel van kwaliteit is. Uit de antwoorden van de minister op de vraag over de situatie in Meppel blijkt dat het eigenlijk gaat om een arbeidsmarktprobleem en niet zozeer om een kwaliteitsprobleem. Als we het goed lezen, is er geen gynaecoloog te verleiden om in Meppel aan de slag te gaan. Daarom hebben wij twee concrete vragen over Meppel. Is er inmiddels in de omgeving van Meppel een goedwerkend verloskundig samenwerkingsverband en zijn per 1 januari 2013 de randvoorwaarden voor een verantwoorde verloskundige zorg geregeld? Als het inderdaad een arbeidsmarktprobleem is, verwacht de minister dan dat er de komende tijd elders nog meer sluitingen van verloskundige afdelingen en andere zorg in de regio's plaatsvinden omdat er te weinig mensen zijn? We hebben namelijk onlangs gehoord dat er een huisartsentekort in Emmen is.

Ik kom te spreken over de situatie in Friesland met de Sionsberg. Daar is een oplossing gekomen, maar de afdeling is eerder, per 1 december gesloten omdat een aantal medewerkers van baan is gewisseld. Is de minister er voldoende van overtuigd dat de verloskundige keten in Friesland goed op orde is? We horen dat de Sionsberg een pilot heeft opgestart, namelijk de acute diagnose- en opnameafdeling, om ervoor te zorgen dat de acute zorg 24/7 beschikbaar is. Wat vindt de minister van

deze pilot? Heeft zij er vertrouwen in dat dit op een goede manier geregeld gaat worden?

Wij hebben een vraag die aansluit bij die van de PvdA over de motie-Arib/Smilde om een landelijk dekkend systeem voor regiostandaarden te krijgen. Net zoals de PvdA hebben we gehoord dat het niet goed en snel gaat met het ontwikkelen van die regionale standaarden. Wij vinden het ontzettend belangrijk dat dit snel op orde is. Wat gaat de minister doen om dit proces te bespoedigen? Ook is ons vanuit het veld gebleken dat de geboortecentra, die noodzakelijk zijn als alternatief, zeker in regio's waar weinig zorg in de buurt is, onder druk staan. We hebben een noodkreet gekregen van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en Actiz over de financiering van deze eerstelijns geboortecentra. Sommige dreigen failliet te gaan wegens een exploitatietekort omdat de vastgestelde en kostendeckende tarieven van de NZa niet worden betaald. Heeft de minister dezelfde geluiden gehoord? Wil zij de NZa dit nader laten bekijken en hierover aan de Kamer rapporteren?

De CDA-fractie heeft met interesse kennisgenomen van de marktscan Geboortezorg van de NZa. Zij heeft net zoals de stuurgroep en het College voor zorgverzekeringen eerder hebben gedaan, vraagtekens gezet bij de eigen bijdrage voor de poliklinische bevalling en in het geboortecentrum. Zij hebben gezegd dat dit echt een belemmering is voor zwangeren met beperkte financiële middelen en dat de eigen bijdrage ten koste gaat van goede zorg. Wat is de opvatting van de minister hierover? Is zij ook bereid om te kijken naar een beter werkend alternatief voor de eigen bijdrage? Ik kom tot slot te spreken over het belang van preconceptiezorg. De gezondheid van een baby begint al bij de eerste fase van de zwangerschap. Mijn voormalig collega Sabine Uitslag heeft ooit het voorstel gedaan om een zwangerschapslogo op tabak en alcohol te zetten. Hoe gaat het met de uitvoering daarvan?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Sinds 2004 neemt de babysterfte af. Volgens onze laatste informatie is sprake van een daling van de perinatale sterfte van 23%. Dat is goed nieuws; laten we dat maar gewoon vaststellen. Verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgers verdienen dan ook complimenten voor hun inzet, maar we zijn er nog niet. We moeten blijven werken aan het verlagen van de babysterfte en inzetten op meer inzicht in kwaliteit, op betere en veiligere zorg en op het doorbreken van de financieringsschotten. Als je zwanger bent, wil je weten, mocht het nodig zijn, in welk ziekenhuis welke zorg aanwezig is. In Nederland kun je in 92 ziekenhuizen bevallen, maar slechts in 11 ziekenhuizen zijn 's nachts altijd een gynaecoloog en een operatieteam aanwezig. Bij alle andere ziekenhuizen kan het in spoedgevallen soms wel tot een halfuur duren voordat er de nodige hulp is. Op dit moment weet alleen de inspectie welke ziekenhuizen goed zijn uitgerust. Patiënten tasten in het duister. Wat mijn fractie betreft, wordt deze informatie openbaar. Ik hoor graag van de minister als zij daaraan kan voldoen.

Transparantie is belangrijk, maar lost het echte probleem natuurlijk niet op. Voor goede en veilige zorg voor moeder en kind is concentratie van verloskundige zorg onvermijdelijk. Dan hebben meer ziekenhuizen altijd meteen een gynaecoloog en operatieteam klaarstaan. In de grote stad heb ik liever één ziekenhuis met goede verloskundige zorg dan drie ziekenhuizen met beperkte zorg.

Mevrouw **Leijten** (SP): Is mevrouw Dijkstra bekend met het rapport dat in opdracht van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) is gemaakt door het Erasmus MC, waaruit blijkt dat als de ziekenhuizen geen verloskunde meer hebben, dit tot 10% meer sterfgevallen kan leiden omdat dit juist de dunbevolkte regio's raakt en de aanrijtijden daardoor worden overschreden, zoals we nu al zien in Dokkum? Is dat wat D66 wil?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wat D66 wil, is dat de kwaliteit van zorg goed is. In een regio waarin een beperkt aantal mensen als gynaecoloog werkzaam is, moet de zorg geconcentreerd worden. Concentratie is daarbij nooit het doel, maar de kwaliteit van zorg. Ik heb er kennis van genomen dat het rapport er is, maar ik denk dat we heel goed moeten kijken naar wat de mogelijkheden zijn. We praten in deze debatten altijd over de vraag hoe we kunnen zorgen dat we kwalitatief goede zorg hebben voor een lagere prijs. Dit is een van de zaken waarvan wij nog steeds overtuigd zijn. Kijk maar gewoon naar de praktijk. Als er geen gynaecologen zijn, kun je wel zeggen dat we het moeten leveren in elk ziekenhuis om de hoek, maar kan dat gewoon niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Je kunt natuurlijk zeggen: als er onvoldoende gynaecologen zijn, sluiten we de klinische verloskunde in een ziekenhuis. Maar je kunt ook zorgen dat er voldoende gynaecologen zijn. Dat is een andere aanvliegroute waarbij je zegt: we hebben een netwerk en beschikbaarheid waardoor iedere vrouw bij een spoedgeval veilig kan bevallen en waarbij we de babysterfte proberen terug te dringen. Ik vind het nogal schokkend om te horen dat D66 een rapport waarin zeer serieus wordt aangegeven dat concentratie – dat gebeurt niet op basis van kwaliteit maar op basis van beschikbaarheid; dat geeft D66 ook al aan – kan leiden tot 10% meer sterfgevallen, alleen voor kennisgeving aanneemt. Dat vind ik schokkend! Ik vind het ook heel schokkend dat hier telkens wordt gezegd dat het voor de beste prijs moet. Volgens mij moet het zijn voor ...

De **voorzitter**: U houdt nu uw eigen verhaal, mevrouw Leijten. Een interruptie is er voor het stellen van een korte vraag. U houdt uw eigen verhaal straks in uw vier minuten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik neem helemaal niks voor kennisgeving aan. Vanmorgen heb ik voor het eerst kennisgenomen van dit rapport. Ik heb het nog niet eens goed kunnen bestuderen. Ik heb daar ook nog geen andere reacties op gehoord. Ik ga even af op de lijn die wij steeds gevolgd hebben en die wat mij betreft ook niet door één rapport ineens een heel andere wordt. Ik wil het goed bekijken in alle facetten. Bovendien blijkt uit dat rapport wel dat waar sprake is van meer volume, de kwaliteit wel degelijk beter is. Ik vind dit debat niet het moment om dit rapport van boven tot onder te behandelen en te zeggen: nee, ik ben nu helemaal om; concentratie van zorg moeten we niet doen. We hebben daar langer over nagedacht. Dat is wat mij betreft nog steeds aan de orde, willen we kwalitatief goede zorg kunnen leveren.

Voorzitter. Ik heb liever in één ziekenhuis goede verloskundige zorg dan drie ziekenhuizen waarin die beperkt is, waardoor een vorm van schijnveiligheid ontstaat. D66 kiest daarom voor strengere bevallingsnormen om die kwaliteitsverbetering aan te jagen. Wij vragen aan de minister om het in ieder geval in te voeren op de plaatsen waar het haalbaar is, bijvoorbeeld in een stedelijk gebied, en waar de 45 minutengrens niet in het geding komt. Volgens het regeerakkoord gaat de minister met de zorgverzekeraars een convenant afsluiten over de concentratie van zorg. Betreft zij daar ook expliciet de verloskundige zorg bij? Wanneer verwacht zij dit convenant klaar te hebben? Welke doelen stelt zij zich?

Voor betere verloskundige zorg is samenwerking tussen gynaecoloog, verloskundige en kraamverzorger essentieel. Het College Perinatale Zorg is goed van start gegaan om die samenwerking te bevorderen. Belangrijk daarbij is een landelijk netwerk van regionale zorgstandaarden. Hoe staat het daarmee? Mevrouw Wolbert heeft in dat kader al iets gezegd over het tempo. Wat heeft de minister gedaan om dit te stimuleren? Overigens heeft mevrouw Bruins Slot dit ook gedaan; ik wil niemand tekortdoen. Samenwerking in de geboortezorg wordt soms belemmerd door schotten

in de bekostiging. D66 is daarom voorstander van integrale tarieven, een tarief voor de hele zorgketen. De minister start experimenten, maar ik zou liever meteen aan de slag gaan. Het gaat immers om een eenvoudige keten. Het gaat vooral om samenwerking tussen de verloskundigen en de gynaecologen. Welk tempo heeft de minister in gedachten? Wanneer denkt zij de experimenten af te ronden? Wanneer verwacht zij de eerste resultaten?

Er is sprake van vrije prijzen voor eerstelijns verloskundige zorg en eerstelijns kraamzorg. Die bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om samenwerking te bevorderen. Die bevordert weer goedkopere zorg van een hogere kwaliteit en biedt ook kansen voor innovatie. Volgens de NZa is het veld er klaar voor. Ik hoor graag de opvatting van de minister hierover.

De basisverzekering vergoedt de termijnecho en de 20 wekenecho. Bij een medische indicatie vergoedt de zorgverzekeraar ook extra echo's. Ik krijg signalen dat sommige verloskundigenpraktijken standaard extra echo's aanbieden zonder medische noodzakelijkheid, maar die wel als zodanig declareren. Dat zijn pretecho's. Dit lijkt mij niet de bedoeling. Het is verspilling van zorggeld. Een extra echo is wat mij betreft prima, maar die kan men gewoon zelf betalen. Wat gaat de minister hieraan doen?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. In 2008 is de Stuurgroep zwangerschap en geboorte geïnstalleerd door de minister van VWS. Deze commissie heeft in 2010 gerapporteerd. Het beeld in het veld is dat deze commissie het verbeteren van de geboortezorg enorm heeft aangejaagd. Het gaat erom dat het urgentiegevoel wordt vastgehouden. Ik had de minister willen vragen hoe het staat met de daling van de perinatale sterfte. Die vraag is inmiddels beantwoord, maar ik heb ook een vervolgvraag: wanneer vindt de minister de verbetering van de geboortezorg een succes? Hoe laag moet de perinatale sterfte zijn? Natuurlijk willen we altijd nul, maar dat kan niet. Wanneer is de minister tevreden? Er is een veelheid aan maatregelen genomen om de geboortezorg te verbeteren. Een van de maatregelen was om vanaf 1 juli afgelopen jaar elke regio een goed functionerend samenwerkingsverband te laten hebben. Is dat gebeurd?

In het vorige AO hebben we gesproken over de bevallingsnormen; ik noem ze de 24/7-normen. Een aantal ziekenhuizen voldoet daaraan, maar is het niet zaak dat dit openbaar wordt gemaakt, zodat moeders met hun nog ongeborn kind weten welke ziekenhuizen voldoen aan de allerswaarste normen? In het regeerakkoord staat een en ander over het transparant maken van kwaliteit. Wellicht is dit een voorbeeld van iets wat verplicht moet worden. Het verbaast mij trouwens dat ziekenhuizen dit niet zelf doen, want hiermee kan reclame worden gemaakt.

Daarnaast bestaat er een rapport van Plexus. Daarvan bestaan er meerdere, maar een ervan gaat over geboortezorg. Daarin wordt bijvoorbeeld geschreven over praktijkvariatie. In het ene ziekenhuis heb je een drie keer zo grote kans op een keizersnede dan in het andere. In dat rapport staat ook dat er een paar belangrijke databronnen beschikbaar zijn in Nederland: de Perinatale Registratie Nederland en de declaratiegegevens van Vektis, de zorgverzekeraars. De uitkomsten van die registraties zijn nog niet openbaar. Je kunt niet per regio of per aanbieder zien wat de kwaliteit is van de geboortezorg: de babysterfte, de moedersterfte en het aantal keizersnedes. Kan de minister faciliteren dat deze gegevens wel worden ontsloten? Je krijgt dan ook weer andere normen. Het College Perinatale Zorg wil samenwerkingsverbanden. Samenwerkingsverbanden zeggen echter iets over het proces, maar je wilt informatie hebben over het resultaat. Eigenlijk zoeken we die gegevens.

De NZa heeft een advies gegeven. Het verbaasde mijn fractie dat zij niet heeft gezegd: kom met integrale bekostiging. Dat is misschien jammer. Zij wil wel experimenten toelaten. Gaat de minister dat doen? De NZa geeft

ook advies over vrije prijzen in de eerste lijn. Bijvoorbeeld als blijkt dat in een bepaalde regio veel vrouwen zijn in een achterstandssituatie, kun je maatwerk leveren. Het verbaast mij dat de SP daartegen is. Ik dacht dat zij juist opkwam voor mensen in achterstandssituaties. Dit is trouwens uitlokking.

De **voorzitter**: Wilt u de uitlokking beperken, want anders eindigt dit overleg twee uur later.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik kon het niet laten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Hoe ziet de heer Mulder het voor zich dat vrije prijsvorming zal leiden tot maatwerk als je dat met vastgestelde tarieven nog niet eens voor elkaar krijgt?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik zeg niet dat mijn fractie daarvoor is. Vrije tarieven zijn altijd een middel om een doel te bereiken. We hebben geen blauwdruk voor de zorg, dus je moet altijd goed kijken hoe het zit. Ik verbaas mij dan ook altijd over partijen die zeggen tegen vrije prijzen te zijn omdat hun ideologie dat voorschrijft, zonder dat wordt gekeken naar maatwerk. Hierbij kun je wel degelijk maatwerk leveren, juist voor vrouwen in achterstandssituaties. Het verbaast mij dat de SP daartegen was, want ik dacht altijd dat zij daarvoor opkwam. In de praktijk blijkt dat dus niet helemaal zo te zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Hoe dan?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Als je een praktijk hebt in een achterstandswijk of -gebied, kun je de prijs voor verloskundige zorg verhogen, omdat daar moeders zijn waar potentieel meer aandacht aan moeten worden besteed. Dan verhoog je daar de prijs, wat mij een heel sociaal standpunt lijkt. Maar misschien vergis ik mij, want de SP is ertegen. Graag horen wij het standpunt van de minister over het voorstel om de eigen bijdrage af te schaffen bij niet-medische indicaties. Ik kom te spreken over de problemen in Meppel en Dokkum. Functioneert het samenwerkingsverband in Meppel goed? We hebben een aantal brieven gekregen waarin staat dat geboortecentra failliet dreigen te gaan. We hadden deze week de heer Chiel Bos van het College Perinatale Zorg op bezoek. Hij zei: ik begrijp dat wel; je kunt het oplossen door ziekenhuizen een betaaltitel te geven, zodat ze de geboortecentra kunnen bekostigen. Als de minister dat aan de NZa zou vragen, zou dat op te lossen zijn. Wil de minister dat doen? Tot slot ga ik in op het probleem van premature, te vroeg geboren kinderen. Bestaat daarvan een registratie? Weten we om hoeveel kinderen het gaat? Houden we dat bij, ook om er wat van te leren?

Mevrouw **Leijten** (SP): De VVD en de SP willen waarschijnlijk beide dat babysterfte wordt voorkomen. We weten dat preconceptiegesprekken lonen. Met gezond zwanger worden kun je al risico's weghalen. We weten dat die ongeveer 3 tot 4 miljoen kosten. We weten ook dat op de dag van de publicatie van de NZa om die te gaan vergoeden, de minister dat besluit van voormalig minister Klink heeft ingetrokken. Wat vindt de VVD ervan dat deze preventieve preconceptieconsulten zijn teruggetrokken door de minister, terwijl er al een publicatie van tarieven van de NZa klaar was?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Er wordt een hoop gedaan aan preconceptiezorg. Er zijn experimenten gaande. Maar je moet natuurlijk ook goed kijken als je een beperkt budget hebt. En dat hebben we, want er is niet oneindig geld beschikbaar. De SP denkt vaak dat dit wel zo is, maar het is

niet zo. Je moet goed kijken waar je het geld het meest effectief en efficiënt kunt inzetten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Zo'n 1700 baby's overlijden. Stel dat wij met de inzet van preconceptieconsulten, preventieve consulten, 5% van de sterftegevallen kunnen voorkomen, dan heb je het over 80 mensenlevens. Die 5% is overigens helemaal geen hoge schatting. Daar gaat het hier over, over 3 tot 4 miljoen en 80 mensenlevens. Wat vindt de VVD ervan dat toenmalig minister Klink besloot dat de preconceptie in het pakket kwam en dat dit op de dag van publicatie door de NZa door deze minister werd tegengehouden? Wat vindt de VVD daarvan?

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik heb al gezegd dat er heel veel in gang is gezet, ook wat betreft preconceptiezorg. Je kunt iedere euro maar één keer uitgeven. Je moet daarom goed kijken wat het meest efficiënt is. Ik wacht de amendementen van de SP hierover af, die ik overigens bij de laatste begrotingsbehandeling niet heb gezien.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Mevrouw de voorzitter. Hoewel ik al een heel aantal jaren Kamerlid ben, is dit toch mijn maidenspeech in de commissie voor VWS. Met zo'n onderwerp is dat op zich ook niet verkeerd. Ik neem ook de ervaring van vier bevallingen met mij mee. Dat waren allemaal thuisbevallingen. Je beleeft een bevalling toch gezamenlijk, maar ik geef toe dat de activiteiten wisselen. Het is dus een prachtig onderwerp.

Ik ben blij met de berichtgeving over de scan, al was er enige discussie over de wijze waarop het percentage precies moet worden gelezen, namelijk of er een dalende trend is bij de babysterfte. We kunnen dankbaar zijn voor de dalende trend, hoewel we niet te hard en te vroeg moeten juichen. Ieder kind dat sterft is er één te veel. In dat opzicht is de vraag gerechtvaardigd, nu we ook aan het begin van een nieuwe kabinetsperiode staan, wat de inzet van de minister zal worden om te zorgen dat we die cijfers nog meer naar beneden krijgen. Er gebeuren soms heel schrijnende dingen. Ik leg één situatie voor die een aantal maanden geleden landelijke aandacht heeft gehad, volgens mij in het programma De Vijfde Dag. Dit betrof de situatie van een echtpaar. De hoogzwangere vrouw ging op vrijdagavond naar het ziekenhuis. Er waren zo veel complicaties waardoor het kind te weinig zuurstof heeft gekregen dat het kind uiteindelijk is gestorven. In deze uitzending wordt door gynaecologen gezegd dat als zij overdag naar het ziekenhuis was gegaan, dit waarschijnlijk – je weet het nooit honderd procent zeker – niet was gebeurd. Ik ben benieuwd, even los van deze casus, hoe de minister daartegen aankijkt. Ze heeft wel een reactie op de site gezet. Er wordt met name gewezen op afspraken rond minuten en op het tekort aan gynaecologen. Enerzijds begrijp ik zo'n eerste reactie wel. Anderzijds gaat het ook over de afspraken die je maakt, afspraken die in een ziekenhuis worden gemaakt, afspraken die in de regio worden gemaakt. Voor Den Haag zou dat zelfs om afspraken in de stad kunnen gaan. Dit voorval vond namelijk niet ergens in een dunbevolkt gebied plaats, maar in de stad Den Haag. Dit voorval is niet meer terug te draaien. Het is afgrijselijk voor het betreffende echtpaar en alle mensen eromheen. Wat zegt deze situatie en op welke wijze kunnen we proberen te voorkomen dat deze situaties zich voordoen?

In dat opzicht sluit ik mij aan bij vragen die op een redelijk indringende manier zijn gesteld door mevrouw Bruins Slot over Dokkum en Meppel. Dit betreffen heel concrete casussen rond ziekenhuizen. Je vraagt je af wat het volgende ziekenhuis is dat ter discussie komt. Misschien weet de minister dat zelfs al. Er spelen natuurlijk altijd zaken. Bij de begrotingsbehandeling is ook de discussie aan de orde geweest over acute zorg, met name in dunbevolkte gebieden. Het CDA en de SP dienden samen een

motie in die uiteindelijk is verworpen. Het oordeel van de minister over de motie was ook dat deze overbodig was. Ik kom er toch nog even op terug en wijs daarbij ook op zorg rond zwangerschappen. Hoe kan zo iets nou overbodig zijn? Je kunt natuurlijk zeggen dat BZK beleid voert op de krimp en dat VWS gesprekken voert met zorgverzekeraars, maar je merkt vaak dat de samenhang ontbreekt. In dat opzicht kan het heel erg helpen als er een helder plan van aanpak onder ligt dat ook voor stroomlijning zorgt en dat voorkomt dat er dingen over het hoofd worden gezien, zoals de zorg rond zwangerschap en geboorte. Wij hebben ons daar eerlijk gezegd wel over verbaasd en betreuren het ook. Ik vraag nadrukkelijk aandacht van de minister voor deze zorg en acute zorg in regio's waar het toch echt steeds minder wordt, maar waar mensen die daar blijven wonen wel goede zorg verdienen. Het gaat, zeker bij dit soort vraagstukken, om leven en dood. Mijn fractie vraagt gerichte aandacht voor vrouwen in achterstandssituaties. Anderen hebben hierover ook al vragen gesteld. Het is belangrijk om daar in de komende periode aandacht voor te hebben. We zouden het fantastisch vinden als we in de komende kabinetsperiode zo breed mogelijk gesteund maatregelen zouden kunnen nemen waarmee we ervoor zorgen dat de cijfers weer verder omlaag zijn gebracht in nieuwe scans. Die inzet verbindt ons met elkaar en verdient het om alle steun te krijgen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Wat mij opvalt bij dit dossier is het woord «samenwerking». Het is al jaren het sleutelwoord in alle rapporten, notities en discussies over de geboortezorg. Alle partijen benadrukken het belang ervan, maar lijken in de praktijk toch iets anders na te streven. Ook bij de verloskundige zorg in Meppel komt het onvermogen om samen te werken aan het licht. Gynaecologen beleggen persconferenties zonder overleg met de verloskundigen en aan het door de overheid ingestelde College Perinatale Zorg hadden de partijen in Meppel even geen behoefte. Ik ben blij dat het CPZ daadkracht heeft getoond en de partijen heeft laten weten dat samenwerking niet vrijblijvend is, maar voorwaarde om te komen tot goede, verantwoorde geboortezorg. Immers, al is de babysterfte gelukkig aan het dalen in Nederland, we zijn er natuurlijk nog niet. Mijn fractie vindt het concentreren van bevallingszorg de verkeerde weg om de babysterfte terug te dringen. Concentratie leidt ertoe dat nog meer zwangere vrouwen verder moeten reizen. Acute verloskundige zorg wordt zo minder bereikbaar in plaats van meer. In de brief van de minister lees ik dat het aanstaande tekort aan gynaecologen doorslaggevend is geweest in het besluit om bevallingen niet meer in het Diaconessenhuis te laten plaatsvinden. Is het voor dit ziekenhuis zo moeilijk om een gynaecoloog aan te trekken? Hebben we soms een tekort aan gynaecologen? De overheid heeft de afgelopen jaren miljoenen vrijgemaakt om te investeren in het terugdringen van de babysterfte. Misschien moet er een paar miljoen naar de opleidingsplaatsen van gynaecologen in plaats van naar commissies die rapporten gaan schrijven. Ik wil graag van de minister horen hoe wij in Nederland met minder gynaecologen en minder afdelingen verloskunde de babysterfte nog verder gaan terugdringen. Ik wil niet ontkennen dat een hoog volume door concentratie over het algemeen tot meer kwaliteit leidt, maar volume is niet de enige factor die de kwaliteit bepaalt. Als een bepaald volume niet haalbaar is, dan kunnen andere factoren verbeterd worden om zo toch de algehele kwaliteit omhoog te krijgen. Bovendien is voor lang niet alle behandelingen het verband tussen volume en kwaliteit aangetoond. Bijvoorbeeld strakkere richtlijnen en protocollen dragen ook bij aan kwaliteit. In het geval van verloskunde zou de nadruk hierop moeten liggen in plaats van op volume. Tot slot kom ik te spreken over de mogelijk verkeerde financiële prikkels in het stelsel, die ook in het rapport van de NZa worden genoemd. Vindt de minister dat er iets gedaan moet worden aan het systeem van eigen bijdragen? Wat moeten we denken van het feit dat er in Nederland

175.000 bevallingen plaatsvinden en er 250.000 gedeclareerd worden? We hebben het hier over 75.000 dubbele declaraties volgens de heer Bos van het CPZ. Dat moet toch te voorkomen zijn? Wat zegt dit over de risico-inschatting van de verloskundigen? Kan de minister aangeven hoeveel extra kosten hiermee gemoeid zijn? Verloskunde in de tweede lijn lijkt zo goedkoper te worden dan in de eerste lijn. Kan dit wellicht nader onderzocht worden?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. We hebben het vandaag over geboortezorg. Het is best een bijzonder debat, want we hebben het over de komst van de mogelijke nieuwe minister-president, van de verpleegkundige, van de docent, van een nieuwe minister van Volksgezondheid, die wellicht nog geboren moet worden. Het is een belangrijk debat, want het gaat over de toekomst van ons land. Het is iets om bloedserius te nemen. Dat doen heel veel mensen ook die met hart en ziel werken om de geboorte van kinderen en de zorg voor moeders goed te laten verlopen. Het is goed om te lezen dat de geboortecijfers dalen, maar we moeten daardoor niet gemakzuchtig worden. Je zult maar wonen in Noordoost-Friesland, vlak boven Dokkum, en zien dat de aanrijtijden veel te fors worden volgens de RIVM-norm. Je zult maar wonen in Meppel en horen dat daar de verloskundige afdeling van het ziekenhuis verdwijnt. Je zult maar wonen in Roosendaal en Bergen op Zoom, waar een fusie op stapel staat en niet duidelijk is waar straks bevallen wordt. Je zult maar wonen in Haarlem of Hoofddorp, waar ook een fusie op stapel staat. Overal zien we fusie op fusie en we horen ook de voorzitter van het College Perinatale Zorg zeggen dat binnen vijf jaar zeker 32 ziekenhuizen geen klinische verloskunde meer bieden. Hoe is dit te rijmen als we het advies zien van de stuurgroep, die zegt: er moet 24 uur per dag 7 dagen in de week beschikbaarheid en goede bereikbaarheid zijn binnen 15 minuten. Dat is helemaal niet meer haalbaar, of wel?

Ik zou graag willen weten of de minister bij haar wegkijkpolitiek van het sluiten van afdelingen klinische verloskunde in het land ook het rapport van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen – dat stamt uit januari 2012, zo zeg ik tegen D66 – heeft betrokken, waaruit blijkt dat streekziekenhuizen heel erg nodig zijn om de baby- en moedersterfte tegen te gaan. Sterker nog, als er een forse sluiting plaatsvindt, kan dit leiden tot 10% meer babysterfte.

We hebben in Nederland een ecologische hoofdstructuur, waarbij provincies en het Rijk publiek verantwoordelijk zijn voor een natuurnetwerk. Wat is nu zo gek? We hebben dat niet voor verloskundige zorg. Dat wordt geregeld door zorgverzekeraars, gedreven door winst. Zou het niet goed zijn als de minister de regie zou terugpakken als het juist gaat over de geboortezorg, zodat zij ervoor zorgt dat iedereen in Nederland veilig kan bevallen? Ik vroeg mij af bij het lezen van de stukken voor dit AO of de minister überhaupt wel kijkt naar de situatie van zwangere vrouwen die om niet-medische gronden, maar waarschijnlijk voor hun veiligheid wel naar het ziekenhuis gaan, bijvoorbeeld omdat ziekenhuizen met klinische verloskunde op steeds grotere afstand komen te liggen van hun woonplaats. Zij worden geconfronteerd met een eigen bijdrage, waarvan eigenlijk iedereen nu zegt, waaronder CVZ, NZa, VVD, dat die moet worden afgeschaft. Ik ben eigenlijk wel benieuwd naar het amendement van de VVD op de begroting om dit te dekken, maar wij zullen het zeker steunen.

De **voorzitter**: Nu wordt de heer Mulder uitgelokt.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Ik moet lachen. Ik word verkeerd geciteerd – ik heb dat helemaal niet gezegd – en de SP citeert selectief uit het NZa-rapport. Over de vrije tarieven heb ik nog niks gehoord, maar over de eigen bijdrage wel.

Mevrouw **Leijten** (SP): De heer Mulder wordt op zijn wenken bediend, want ik kom toe aan de vrije prijsvorming in de eerstelijnsverloskunde. Die zal leiden tot óf hogere prijzen op plaatsen waar een tekort is aan verloskundige eerstelijnszorg, zoals we hebben gezien bij de tandartstarieven, óf tot wurgcontracten die we nu zien in de logopedie, bij apothekers en bij fysiotherapeuten. Wij willen graag dat er goede standaardtarieven zijn, zodat de verloskundige zijn werk goed kan doen. Als er dan situaties zijn van wijken waarin sociaaleconomische gezondheidsverschillen vereisen dat daar meer zorg wordt geboden voor de zwangere vrouw, dan geldt daar een hoger standaardtarief, is mijn reactie op de VVD. Bevallen naar de markt is wat de SP betreft een no-go. Wij zullen daar ook zeker een motie over indienen. Want wij zien helemaal niks in de gretigheid van de NZa om alles maar naar de vrije tarieven te bonjournen.

Er is al voldoende gevraagd over de tarieven voor de geboortecentra, dus dat onderwerp kan ik laten liggen.

Wat betreft de preconceptiezorg heb ik de volgende vraag. Waarom heeft de minister dat geblokkeerd op de dag dat de NZa de tarieven zou publiceren voor een gesprek met de verloskundige ter voorbereiding op de bevalling? Daarvan vonden Klink en de Kamer toch immers dat dit belangrijk was. Het was een advies van de stuurgroep om te voorkomen dat er onnodige babysterfte is. Houdt de minister rekening met de gebieden waarin de verloskundige verder zal moeten reizen voor een bevalling in het ziekenhuis? Ik heb al Meppel en Dokkum genoemd. Er gaan meerdere regio's komen. Is het niet nodig om, als de ziekenhuissluitingen doorgaan, de tarieven aan te passen omdat de achtervang die geregeld moet worden als de verloskundige in het ziekenhuis is, moeilijker is te regelen? Ik zou graag willen dat de minister hierop ingaat of er anders een advies over vraagt.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Er is een advies van de NZa, waarin staat dat maatwerk mogelijk is voor vrouwen in achterstandssituaties. Daar kun je de tarieven verhogen. De SP zegt: ja, wij zijn wel voor het verhogen van de tarieven, maar dan moet het eigenlijk weer overal als je hetzelfde tarief wilt hebben. Daarmee verhoog je de tarieven ook voor gebieden in Nederland waar dat niet nodig is. Dat is weer zonde van het geld. We hebben juist geld nodig. Waarom laat de SP de rode ideologie spreken in plaats van het gezonde verstand in de grijze massa in het hoofd?

Mevrouw **Leijten** (SP): De NZa is in het leven geroepen om fatsoenlijke tarieven vast te stellen voor fatsoenlijke zorg. Als wij vaststellen dat er buurten zijn waarbij je vanwege sociaaleconomische verschillen meer zorg zou moeten bieden aan zwangere vrouwen, kan zij daarvoor gewoon een tarief berekenen. Dat hoef je niet naar de vrije markt te bonjournen. Het risico van wurgcontracten, zoals we die nu zien in de logopedie en bij de apothekers en bij de fysiotherapie, wil ik absoluut niet zien in de verloskunde en in de geboortezorg. Ik wil ook geen situaties zoals we bij de tandartstarieven hebben gezien. Wat is er mis met standaardtarieven als je daarin kunt differentiëren? Dat is gewoon slim werk; daar is de NZa voor opgericht.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Als je kunt differentiëren in tarieven, zijn dat vrije tarieven.

Mevrouw **Leijten** (SP): Vrije tarieven zijn vrij onderhandelbaar. Men kan er fors boven gaan zitten, waardoor mensen er rijk van worden over de rug van de zwangere of er fors onder gaan zitten, waardoor de zorgverlener niet zijn werk kan doen. Je kunt wel degelijk variabele tarieven instellen voor buurten waar, en voor vrouwen voor wie het nodig is om

extra zorg te verlenen. Dat vraagt van de NZa iets meer, maar daarvoor is zij in het leven geroepen.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**: We zijn toe aan het antwoord van de minister in eerste termijn. We hanteren per Kamerlid twee interrupties in twee etappes. Zo kan iedereen aan de beurt komen en hebben we om 16.00 uur zo veel mogelijk gedaan, hopelijk ook nog een tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik houd eerst een korte inleiding en zal vervolgens per onderwerp antwoorden. Iedere bevalling is ingrijpend en uniek, ondanks dat er iedere dag 500 bevallingen plaatsvinden in Nederland. Gelukkig gaat de bevalling vaak goed, maar helaas niet altijd. De hogere babysterfte in verhouding met andere Europese landen is zorgelijk en is al jaren geleden opgepakt in deze Kamer. Er is een stuurgroep ingesteld en vervolgens het College Perinatale Zorg. Dankzij de grote inzet van de professionals in het veld, die wordt gestimuleerd door het beleid dat we daaromheen voeren, gaat het gelukkig een stuk beter. Dat neemt niet weg dat we niet achterover moeten leunen of dat we hard moeten werken om nog vorderingen te maken. Uiteraard moeten we niet achterover leunen, maar wel hard werken. Betrokkenen in alle schakels van de keten van zwangerschap en geboorte zetten zich met veel energie en passie in om een gezamenlijk doel te bereiken: het verder terugdringen van de perinatale sterfte in Nederland. Dat is ook ons gemeenschappelijke doel.

Ik heb een marktscan gekregen van de NZa. Daarop reageer ik schriftelijk. De Kamer krijgt die reactie in een brief. Ik weet dat er consternatie is ontstaan over de vrije tarieven. Laat ik daar een voorschot op nemen. Ik ben niet voornemens om vrije tarieven in te voeren, maar ik wil wel beargumenteren waarom ik dat niet doe, hoe ik ertegen aankijk en hoe ik aankijk tegen een eigen bijdrage, waarover allerlei wijze dingen zijn gezegd in de Kamer, maar ook in de marktscan. Ik wil daar rustig op terugkomen. In die brief zal ik ook een inventarisatie meenemen van de knelpunten die mevrouw Wolbert aanhaalde. Ik kom er ook zo direct over te spreken, want we hebben het altijd over knelpunten en minder over wat goed gaat. Ik zal mondeling veel bespreken, maar wil ook een inventarisatie in de brief meenemen. In de brief zal ik tevens de vraag beantwoorden of er meer transparantie kan komen waar 24x7 wel geregeld is en waar niet. In het regeerakkoord staan belangwekkende woorden over hoe belangrijk het is om die transparantie te krijgen. Het kabinet heeft dat echt als een prioriteit staan. Hoe we dat kunnen doen, zal ik ook betrekken in de brief. Zo direct kom ik mondeling terug op de stand van zaken van de uitvoering van de motie-Arib/Smilde, maar ik zal in de brief preciezer inzoomen dan ik zo direct doe.

In 2008 werd de Stuurgroep zwangerschap en geboorte ingesteld. In 2010 heeft deze een aantal maatregelen en normen voor veilige zorg rond zwangerschap en geboorte in ons land opgesteld, zoals de noodzaak van meer en betere samenwerking in de keten. Die is ongelofelijk belangrijk, vooral in acute situaties. Moeder en kind moeten meer centraal staan. Van de meer dan 36 normen die de stuurgroep heeft voorgesteld, is het merendeel door het veld opgepakt. De drie belangrijkste zijn ten eerste de invoering van de perinatale audit, ten tweede de functionerende verloskundige samenwerkingsverbanden en ten derde afspraken over parallelle acties van verloskundigen en gynaecologen bij bevallingen. Volgens de inspectie zijn deze belangrijke normen door alle ziekenhuizen ingevoerd. De inspectie zal komend jaar in haar toezichtprogramma gaan toezien op de implementatie van de normen en adviezen door bezoeken af te leggen aan verloskundige samenwerkingsverbanden.

Ook het College Perinatale Zorg timmert flink aan de weg. Het CPZ heeft op 30 november zijn eerste jaarcongres gehouden. Dat mocht ik afsluiten. Het CPZ heeft het voortouw genomen om te stimuleren dat het merendeel van de adviezen van de stuurgroep wordt uitgevoerd, maar we zijn er nog niet. Er zijn een aantal fikse knelpunten. Daarom doen we bijvoorbeeld onderzoek naar een extra echo. In de Kamer is uitgebreid ter sprake gekomen waarom ik het preconceptiespreekuur, waaraan mevrouw Leijten refereerde, anders heb ingevoerd dan indertijd door de stuurgroep is geadviseerd. Ik heb het wel degelijk ingevoerd in de wijken waarin met name ten aanzien van de leefstijl en andere zaken bij de preconceptie grote zorgen bestaan. Daar lopen die consulten. In 2013 krijgen we daarvan de monitoring. Het is daar ingevoerd. We kijken hoe het werkt. Een ander deel van het bedrag dat voor de consulten bedoeld was, heb ik ingezet voor de 30 wekenecho. Ook dat was een advies, namelijk dat de 30 wekenecho belangrijk kan zijn in het terugdringen van de babysterfte. Daarbij duurt het wat langer, want je moet daarbij veel meer mensen meenemen. In 2016 krijgen we er het resultaat van wat een 30 wekenecho daadwerkelijk oplevert.

Ook de 24 uren beschikbaarheid en -bereikbaarheid van acute verloskundige zorg is een knelpunt gebleken. Tijdens het AO over zwangerschap en geboorte in maart dit jaar hebben we uitgebreid stilgestaan bij de soms heel moeilijke balans tussen bereikbaarheid en kwaliteit. Bereikbaarheid is ook onderdeel van kwaliteit. Ik heb aangegeven de strengste bevallingsnormen niet onverkort in te voeren omdat dit in sommige regio's niet haalbaar is en het risico's voor de bereikbaarheid in met name de landelijke gebieden met zich brengt. Let wel, hiermee zet ik de minimumnorm en niet de maximumnorm. Ik ben er een groot voorstander van om in regio's waar het kan 24 uren acute verloskundige zorg te organiseren volgens de strengste bevallingsnormen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Ik zie diverse ziekenhuizen besluiten om de samenwerking hierin te zoeken. Ik heb ook al verschillende verzekeraars gehoord die dit willen doorvoeren in de contractering in de gebieden waar het kan. In het regeerakkoord is opgenomen dat er een convenant met verzekeraars zal worden afgesloten om verdere concentratie van acute zorg te bevorderen op plaatsen waar dit verantwoord kan. Daar hoort acute verloskundige zorg bij. Op die manier houden we acute verloskundige zorg kwalitatief op orde, bereikbaar en betaalbaar.

Tegelijk hebben we aandacht voor «waarom die normen?» Er werd gezegd dat die normen niet kunnen worden gehaald en gevraagd wat dit betekent. Gooi ik ze over de schutting? Moeten we extra gynaecologen opleiden? We hebben wel degelijk aandacht voor het tekort aan gynaecologen en leiden conform het advies van het Capaciteitsorgaan extra gynaecologen op. We hebben hier eerder over gesproken, maar ik vind het belangrijk om te herhalen. Als we aan de norm van de stuurgroep zouden willen voldoen, hebben we 14 tot 23 jaar nodig om genoeg professionals op te leiden om aan alle verscherpte normen te voldoen. Ik vind het niet verantwoord om een norm te stellen waarvan ik tegelijkertijd weet dat we daar de komende 14 tot 23 jaar niet aan kunnen voldoen. Wat betekent dit dan? Moeten we dan niet alvast gaan opleiden? Natuurlijk moeten we opleiden. We leiden maximaal op. Dat is, zo zeg ik tegen mevrouw Klever, niet alleen een kwestie van geld, maar ook een kwestie van de beschikbare capaciteit om op te leiden. Je hebt ook een bepaald maximum aan opleiders, aan capaciteit om iemand tot gynaecoloog te maken. We zoeken de uitbreiding en breiden dan ook de opleiding tot gynaecologen uit. Maar gezien de opleidingscapaciteit, zal het 14 tot 23 jaar duren om aan de allerstrengste normen te voldoen. Ik heb de Kamer dit voorjaar een brief gestuurd in aanloop naar een debat over bereikbaarheid versus kwaliteit. Ik heb toen gezegd dat ik het heel belangrijk vind dat mensen in een landelijk gebied ook kunnen bevallen.

Als ik die strenge normen doorvoer, kan dat niet. Dan gaan alle kleine ziekenhuizen dicht. Daar heeft mevrouw Leijten natuurlijk een punt. Als we dat doen, hebben we een groot probleem. We doen dat dus niet. Die norm voer ik op die manier dus niet door, omdat ik dat onverantwoord vind. Ik vind dat bereikbaarheid onderdeel is van kwaliteit.

Vele woordvoerders hebben aandacht gevraagd voor de sluiting van de acute verloskunde in Meppel. Het eerder genomen besluit om te stoppen met de acute verloskunde was naar mijn mening te snel genomen. We hebben daarover al eerder gesproken. Ik heb hierover meerdere malen mijn onvrede uitgesproken. Ik heb betrokken partijen aangesproken om tot een zorgvuldige besluitvorming te komen. In de loop van dit jaar is door de betrokken partijen een nieuw proces gestart om de inrichting van de geboortezorg in de regio verantwoord te organiseren. In dat proces is bemiddeld door de commissaris van de Koningin van de provincie Drenthe, de heer Jacques Tichelaar, en het College Perinatale Zorg. Prof. Blijham is als onafhankelijk deskundige gevraagd om in overleg met alle betrokkenen een advies te geven over de toekomst van de verloskundige zorg in de regio. Men is, na het falen van de eerste keer, voor de tweede keer op een zorgvuldige manier aan de slag gegaan. Prof. Blijham trekt twee belangrijke conclusies in zijn rapport. Ten eerste. Het bieden van klinische verloskunde in Meppel is in de nabije toekomst onhaalbaar omdat er simpelweg niet genoeg gynaecologen worden gevonden en omdat het ondoelmatig is gezien het beperkte aantal bevallingen in Meppel. Dit geldt ook voor het zogeheten satellietmodel, waarbij artsen uit Zwolle diensten draaien in Meppel. Ten tweede. Het verplaatsen van de acute verloskunde van Meppel naar Zwolle heeft geen negatief effect op de kwaliteit van de verloskundige zorg in de regio. Mede op basis van het rapport van de heer Blijham heeft de raad van bestuur van Zorgcombinatie Noorderboog besloten om per 1 januari 2013 te stoppen met de acute verloskunde in het ziekenhuis in Meppel. Voor een verantwoorde uitvoering van dit besluit heeft zorgverzekeraar Achmea ook afspraken gemaakt met de ambulancevoorziening, waardoor de bereikbaarheid in de regio zelfs verbetert. Ik benadruk dat de bereikbaarheid verbetert in plaats van verslechtert. Daarnaast heb ik begrepen dat de verloskundigen in Meppel en gynaecologen van de Isala kliniek in Zwolle hard werken aan het vaststellen van een verloskundig samenwerkingsverband. De inspectie zal zowel voor als na de sluiting van de acute verloskunde in Meppel toezien op de kwaliteit van de geboortezorg in de regio.

Mevrouw Bruins Slot vroeg of er op 1 januari 2013 een goed functionerend verloskundig samenwerkingsverband in de regio is. Het is de verantwoordelijkheid van de verloskundigen en gynaecologen om goede samenwerkingsafspraken met elkaar te maken, maar ook na te leven. Zowel de gynaecologen als de verloskundigen hebben bij mij aangegeven dat zij zich willen inzetten om zo snel en zo goed mogelijk invulling te geven aan de randvoorwaarden om ook na 1 januari 2013 verantwoorde zorg te leveren. Zorgverzekeraar Achmea geeft aan dat hij dit proces monitort en waar nodig de regie neemt. Achmea heeft de eis van deelname aan een goedwerkend verloskundig samenwerkingsverband vanaf 2013 ook opgenomen in de contracten geboortezorg. Om voor een contract in aanmerking te komen is deelname aan een goedwerkend verloskundig samenwerkingsverband een vereiste. Dit geldt zowel voor de contracten met de verloskundigen als voor de contracten met het ziekenhuis, dus met de gynaecologen. De inspectie zal erop toezien dat aan de randvoorwaarden voor kwaliteit en bereikbaarheid in de regio wordt voldaan. Achmea geeft aan dat dit samenwerkingsverband er eind 2012 zal zijn.

De **voorzitter**: Mevrouw Wolbert heeft een vraag.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Ja, tenzij de minister nog iets gaat vertellen over het toezicht op Meppel en Dokkum.

Minister **Schippers**: Op Dokkum kom ik nadat ik over Meppel heb gesproken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Natuurlijk ziet de inspectie toe; dat is haar taak. De inspectie staat echter niet bekend om haar proactieve houding. Meestal gaat zij pas op pad nadat er veel meldingen en klachten zijn binnengekomen. Meestal gaat zij pas toezien als het niet goed gaat. Wij hebben nog geen enkele ervaring met de situaties in Dokkum en Meppel. Mijn fractie vindt dat de inspectie hierbij veel meer proactief zou moeten optreden dan normaal. Wij willen verder graag twee dingen. In de eerste plaats vraag ik om een kwartaalrapportage. Hoe gaat het nu echt? Ik wil niet dat wij dat terug moeten lezen in het jaarverslag van de inspectie, want dan zijn wij anderhalf jaar verder. Ik wil dus dat er in het eerste jaar ieder kwartaal wordt gerapporteerd. Gaat het nu echt zoals iedereen zegt dat het gaat?

In de tweede plaats stel ik voor om ergens in de twee regio's een soort meldpunt in te richten waar incidenten of bijna-incidenten kunnen worden gemeld. Misschien is het goed om dat bij Achmea te doen, maar in Friesland moet dat dan bij De Friesland gebeuren. Met zo'n meldpunt kunnen wij lopende het jaar de afspraken bijstellen. In deze situatie is immers alles nieuw. Het is volgens mijn fractie niet goed als wij pas na anderhalf jaar, in het jaarverslag van de inspectie, hierover iets lezen.

Minister **Schippers**: Mevrouw Wolbert zegt dat de inspectie niet proactief is. Dat ben ik niet met haar eens, zeker niet als wij het hebben over de situatie in Dokkum. De reorganisatie van de geboortezorg in die regio is in gang gezet, juist omdat de inspectie heeft geconstateerd dat de kwaliteit in Dokkum onvoldoende was. Dokkum is toen onder verscherpt toezicht gesteld. Daarna heeft het bestuur moeten zeggen hoe het wel aan de kwaliteitseisen ging voldoen. Daarvoor heeft het bestuur een plan gemaakt, samen met onder andere de verzekeraar. Daaruit is voortgevloeid dat een verantwoorde acute verloskundige zorg in Dokkum eigenlijk niet mogelijk is. Dokkum stond onder verscherpt toezicht, dus de inspectie heeft dat heel nauwlettend gevolgd en heeft voor ieder plan om die zorg te verbeteren haar fiat gegeven. Ik deel dus de mening van mevrouw Wolbert niet dat de inspectie in Dokkum niet proactief is geweest. In sommige andere gevallen klopt die constatering best wel, maar voor de problemen in Dokkum klopt zij zeker niet. Verder heb ik al gezegd dat de inspectie hieraan in het komende jaar aandacht gaat besteden. Zij gaat ook de verloskundige samenwerkingsverbanden bezoeken.

In Meppel was de aanleiding voor ingrijpen niet het gegeven dat de geboortezorg onder het gestelde kwaliteitsniveau zakte. In Meppel worden gewoon zo weinig kinderen geboren dat het niet kon worden geregeld dat, toen er een gynaecoloog met pensioen ging, een andere gynaecoloog zich daar zou vestigen. In Meppel speelt dus iets heel anders.

Ik ben niet voor het instellen van een meldpunt. Wij hebben in Nederland al erg veel meldpunten, bijvoorbeeld bij de inspectie. Laat iedereen gewoon bij dit meldpunt van de inspectie melden. Wij zijn druk doende om onze visie op het meldpunt van de inspectie op schrift te stellen, zodat wij in februari een en ander naar de Kamer kunnen sturen. De inspectie heeft aangekondigd extra aandacht te willen besteden aan de samenwerkingsverbanden. Als mensen bij de inspectie melden, kan die dat meenemen in haar al aangekondigde werkzaamheden.

Er is gevraagd om een rapportage per kwartaal. Rapporteren per kwartaal is echt te vaak, zeker gezien het lage aantal kinderen die daar worden geboren. Eenmaal per halfjaar rapporteren lijkt mij wat zinniger. Dat

zouden we kunnen proberen, maar dan moeten we wel goed bekijken over hoeveel geboorten het dan gaat. Ik kan toezeggen dat wij willen proberen om die melding eenmaal in het halfjaar te gaan doen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Bij de Sionsberg in Dokkum heeft de inspectie inderdaad een mooie proactieve houding aangenomen. Eigenlijk zegt de minister: de inspectie doet haar werk. In de brief staat echter dat er bij zowel de kwestie in Dokkum als bij die in Meppel een soort drieslag wordt gemaakt. Eerst laat de minister het RIVM de reistijden onderzoeken. Dat is prima. Als die reistijden te lang zijn, worden er regionaal specifieke aanpassingen doorgevoerd en afspraken gemaakt. Dat is ook prima. Daarna toetst de inspectie of een en ander mogelijk en veilig is. Ook dat is geweldig. Vervolgens houdt de inspectie regulier toezicht. Dat staat in de brief. Met name op het laatste punt gaat het volgens mij niet goed. Dokkum en Meppel zijn voor ons nieuwe situaties. Wij hebben dit nog niet eerder bij de hand gehad. We denken dat het goed gaat en we hebben alles aan de voorkant van het proces zo goed mogelijk geregeld. Het is mij te mager als vervolgens wordt gekozen voor slechts regulier toezicht van de inspectie.

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

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): De minister zegt nu dat er speciaal naar de situatie in Dokkum en Meppel wordt gekeken. Wat bedoelt ze daarmee? Wat zij nu zegt, staat niet in haar brief. In de brief wordt slechts geschreven over regulier toezicht. Vandaar mijn vraag.

Minister **Schippers**: Ik zit hier om vragen te beantwoorden. Laat ik mijzelf citeren. Ik heb in de brief het volgende geschreven. De inspectie zou zowel voor als na de sluiting van de acute verloskunde in Meppel toezien op de kwaliteit van de geboortezorg in de regio. Daarna ga ik verder over het functioneren van het verloskundig samenwerkingsverband in de regio. Daarover schrijf ik dat de inspectie erop zal toezien dat aan de randvoorwaarden voor kwaliteit en bereikbaarheid in de regio wordt voldaan. Zij zal bovendien expliciet toezicht houden op die regionale samenwerkingsverbanden. Ik heb dus extra toezeggingen gedaan op dit punt. Bovendien heb ik toegezegd om per halfjaar te rapporteren. Ik wil dat niet per kwartaal doen, want daarvoor is het aantal geboorten te beperkt. Ik weet niet welke extra toezegging mevrouw Wolbert van mij nog meer verwacht. Er is ook nog sprake van de perinatale audit. Aan de hand daarvan kunnen wij precies volgen hoe het ermee gaat. Die vormt dus ook nog een achtervang. Ik weet niet wat mevrouw Wolbert nog meer van mij verwacht. Vraagt zij mij soms om preventief onder verscherpt toezicht te stellen? De inspectie maakt er al een extra ding van.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Het komt bij mij niet als iets extra's over. Misschien zit daar het misverstand. De minister noemt wat de inspectie doet, maar wat zij noemt, zijn volgens mij de reguliere inspectietaken. De inspectie hoort gewoon toe te zien op de naleving van de afspraken. Is er dus wel sprake van extra inzet? Ik ben overigens blij met de toezegging van de minister om elk halfjaar te rapporteren. Als wij dat niet doen, wordt er eens per anderhalf jaar gerapporteerd. Als wij dat niet doen, zie je een verslag van de ontwikkelingen alleen een keer terug in een jaarverslag. Dat vind ik echt onvoldoende. Dan bereikt de informatie ons echt veel te laat. Het misverstand is dus volgens mij het volgende. Wat de minister nu toe zegt, lijkt te gaan over extra toezicht, maar gaat volgens mij gewoon over regulier toezicht van de inspectie.

Minister **Schippers**: De inspectie houdt risicogestuurd toezicht. In de situaties waarover wij nu spreken, worden veranderingen doorgevoerd en

wordt dus het risico groter dat er iets mis gaat. Dus is de inspectie extra alert. Dat heb ik al een paar keer gezegd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ja, het risico neemt inderdaad toe omdat klinische verloskunde uit Meppel verdwijnt. In Meppel worden maar liefst ongeveer 700 kinderen per jaar geboren. Was het echt niet mogelijk om met regionale teams te werken en tegelijk de afdeling klinische verloskunde niet te sluiten? Was dat niet veel wenselijker? Was het niet veel wenselijker om een samenwerkingsnetwerk op te bouwen, waardoor vrouwen minder risico lopen door een kortere reistijd naar het ziekenhuis? Waarom is, naast regionale teams, niet ook het openhouden van de klinische verloskunde de inzet van de minister geweest in het afgelopen jaar?

Minister **Schippers**: Ik heb daarvoor een zeer deskundige heer aangesteld, namelijk de heer Blijham. Hij heeft mij verteld hoe op de beste manier de hoogste kwaliteit kan worden gegarandeerd en de risico's zo veel mogelijk kunnen worden verlaagd. Hij heeft mij daarvoor geadviseerd. Laat mevrouw Leijten mij niet kwalijk nemen dat ik voor de beste manier kies, en de manier die mij wordt geadviseerd. Ik heb inderdaad niet gekozen voor een suboptimale manier. De heer Blijham heeft de risico's geschetst die daarbij horen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Sluiten of niet sluiten; dat is de vraag. De vraag die is onderzocht, is echter de volgende. Hoe houden we de situatie veilig nadat de afdeling klinische verloskunde in Meppel is gesloten? De minister zegt zelf dat het risico groter wordt. Daarom controleert de inspectie de situatie. Waarom houden we die afdeling niet gewoon open en zorgen we daarbij voor een goede samenwerking met de gynaecologen uit Meppel?

Hetzelfde geldt uiteraard voor Dokkum. De minister zegt dat de situatie goed in de gaten wordt gehouden. Zij zegt dat de aanrijtijden leidend zijn. Maar mensen die in Noordoost-Friesland wonen, worden geconfronteerd met veel te lange aanrijtijden omdat zij naar Drachten of naar Leeuwarden moeten. Dan is het ineens niet meer mogelijk om de gestelde normen voor de aanrijtijden te halen. Waarom kiest de minister er niet voor om sowieso te zorgen voor voldoende gynaecologische inzet, en zelf bij te passen als de gynaecologische zorg daar onrendabel is? Waarom kiest zij er niet voor om sowieso het ongeboren kind en de vrouw die moet bevallen te beschermen? Blijkbaar is dat niet de inzet geweest van het beleid. Ik vind dat erg treurig.

Minister **Schippers**: Ik stel voorop dat dit niet een kwestie van geld is. Het gaat om kwaliteit van zorg. Mevrouw Leijten doet nu net alsof de kwaliteit voorheen ongelooflijk goed was, maar dat die is gedaald en men ineens risico's liep omdat wij iets zijn gaan veranderen. Zo is de situatie niet. Er is een risicovolle situatie ontstaan door veranderingen. In Meppel ging een gynaecoloog met pensioen. In Dokkum zakte de kwaliteit door haar hoeven. Als zo'n situatie ontstaat, moet je bekijken hoe je het beter kunt doen. Laten we eerlijk zijn: in Meppel wordt de bereikbaarheid beter ten opzichte van de huidige situatie, en stijgt bovendien de kwaliteit. Er kan dus niet worden gezegd dat er hierbij voor is gekozen om zo weinig mogelijk geld uit te geven. Nee, er is voor een oplossing gekozen waarmee, gezien de omstandigheden, de beste kwaliteit en de beste bereikbaarheid kunnen worden bereikt. Voor Dokkum geldt hetzelfde. Daar was de kwaliteit namelijk echt onvoldoende. De inspectie vond de situatie ontoelaatbaar. Ik vind dat iedereen in Nederland recht heeft op een goede kwaliteit van zorg. Als de inspectie de kwaliteit onvoldoende vindt, moet je op zoek naar de beste oplossing in zo'n situatie. In overleg met De Friesland is een oplossing gevonden. Voor vierduizend en nog wat mensen kan niet aan de RIVM-normen voor bereikbaarheid worden

voldaan. Toen is aan de regio gevraagd wat zij daaraan gaat doen. Voor patiënten voor wie niet aan de bereikbaarheidsnormen wordt voldaan, wil men nu een helikopter inzetten. Dat in acht nemend, heeft de inspectie het geheel goedgekeurd. Alles heeft als doel, de kwaliteit op peil te houden of te verhogen. De kwaliteit is het uitgangspunt. Wij doen dit voor de kwaliteit.

De **voorzitter**: Ik ga nog maar één interruptie toestaan, want anders redden we het zelfs niet om de eerste termijn af te ronden binnen de beschikbare tijd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat mevrouw Wolbert zojuist ook drie keer mocht reageren, voorzitter.

De **voorzitter**: U mag nog een keer reageren, mevrouw Leijten.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister begon haar betoog met de mededeling dat de klinische verloskunde in Meppel onrendabel bleek te zijn. Dit is dus wel degelijk ook een kwestie van centen. Als de kwaliteit niet op orde is, kan de minister ervoor zorgen dat die op orde komt. Zij kan ervoor zorgen dat gynaecologen in Meppel gaan werken. Zij kan er inderdaad ook voor kiezen om dan maar een helikopter in te zetten. Hiermee verliezen zwangere vrouwen, kinderen en verloskundigen het pleit van bestuurders en specialisten. Dat is heel spijtig.

Minister **Schippers**: Ik meen dat mevrouw Dijkstra sprak over schijnveiligheid. Je kunt ook schijnveiligheid creëren. We kunnen tegen mensen zeggen dat ze ook in een bepaald ziekenhuis kunnen bevallen, zonder dat deze mensen weten wat er achter de schermen in zo'n ziekenhuis gebeurt. Je kunt de mogelijkheid om in een ziekenhuis te bevallen open laten terwijl je je daarbij kunt afvragen of de kwaliteitsnorm wel wordt gehaald. Voor die oplossing kies ik niet. Bij de inspectie werken de professionals die verstand hebben van kwaliteit. Als die zeggen dat het ergens niet goed gaat en dat er moet worden ingegrepen, dat moet worden gekozen voor de beste oplossing voor zo'n situatie. In Dokkum is het plan voorgelegd aan de inspectie. Ik heb gevraagd: wat vinden jullie bij de inspectie van deze oplossing? Men heeft mij gezegd dat het een goede oplossing is. Dat is de oplossing waarvoor ik kies.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Ik ga nog even terug naar de situatie in Meppel. De minister zei al dat in Meppel de kwaliteit niet het probleem was. Zij beroept zich daarbij op het rapport van prof. Blijham. Wij weten echter ook dat de verloskundigen erg kritisch zijn over dat rapport. Zij vormen de eerste lijn, maar voelen zich volledig overruled door de tweede lijn en de zorgverzekeraar. Zij hebben zich ook tot de minister gericht. Hoe heeft de minister dat getaxeerd? Heeft zij ook nog iets gedaan voor deze groep? Bij deze groep leeft ontzettend veel frustratie, ongemak en irritatie over hoe dit allemaal is gelopen. De minister zegt dat zij zorgvuldig is geweest en het weer heeft opgepakt. Dat ben ik met haar eens. Dit ongemak van de verloskundigen hangt er echter nog wel steeds boven. Dat is erg vervelend.

Minister **Schippers**: Ik vind dat zelf ook vervelend. Wij hebben echter het hele proces opnieuw gedaan, omdat ik de klacht van de verloskundigen gerechtvaardigd vond. Zij zijn in eerste instantie eigenlijk totaal gepasseerd; laten we het zeggen zoals het is. Het hele proces is toen opnieuw opgestart. We hebben de commissaris van de Koningin gevraagd om zich hiermee te bemoeien. Verder hebben we een inhoudelijk deskundige en het College Perinatale Zorg gevraagd om hetzelfde te doen. Zij zijn allemaal tot de conclusie gekomen die nu voorligt. Op een gegeven

moment moet je door. Op een gegeven moment moet je de zaak zakelijk bekijken. We zien dat de bereikbaarheid vooruitgaat en we zien dat de problemen met de kwaliteit op deze manier worden opgelost. Hier komt eigenlijk een heel eenduidig beeld uit. Op een gegeven moment moet je er dan een punt achter zetten.

De **voorzitter**: De heer Slob mag reageren.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Ik laat het hier even bij, voorzitter.

De **voorzitter**: De minister gaat nu een tijdje ongestoord door met haar beantwoording, en wordt niet meer geïnterrupteerd.

Minister **Schippers**: Mevrouw Bruins Slot vroeg of het verloskundig samenwerkingsverband in Friesland goed op orde is. De betrokkenen laten mij weten dat dit het geval is. Dit op orde zijn is een eis van de verzekeraar De Friesland. Alleen op die voorwaarde wil De Friesland in 2013 de zorg inkopen. De Friesland is veruit de grootste zorgverzekeraar in het Noorden. Het is ook aan De Friesland om dit daadwerkelijk in de gaten te houden en daar bovenop te zitten.

Ik kom op de geboortecentra. Op regionaal niveau is in de afgelopen jaren een aantal projecten opgestart waarbij geboortecentra zijn opgezet.

De **voorzitter**: Mevrouw Bruins Slot wil een vraag stellen. Zij heeft nog geen vraag gesteld.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik had gehoopt dat het antwoord van de minister op de vraag die ik heb gesteld wat langer zou uitvallen. De minister zegt dat zij er vertrouwen in heeft dat er een goed verloskundig samenwerkingsverband in Friesland is. Eigenlijk zegt zij daarmee dat de keten op orde is. Besteedt de inspectie, net als in Meppel, ook aan de Sionsberg in Dokkum bijzondere aandacht? Controleert de inspectie dat dit op een goede manier blijft functioneren? Dat zou namelijk heel goed zijn. Het lijkt mij een goed idee om hetzelfde arrangement waarover mevrouw Wolbert sprak, ook voor Dokkum te laten gelden.

Minister **Schippers**: Voor Dokkum geldt dit misschien nog wel een beetje meer, omdat de inspectie eerder tot de conclusie is gekomen dat de kwaliteit onder de maat was. Ook hierbij is sprake van substantiële veranderingen, dus ook hierbij zal de inspectie, in het kader van het risicogestuurd toezicht, extra toezicht houden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Zegt de minister nu dat in de brief die eens per halfjaar naar de Kamer wordt gestuurd, de situatie in Dokkum ook wordt meegenomen? Verder vraag ik in hoeverre er in deze regio echt sprake is van een arbeidsmarktprobleem. In hoeverre ontstaat er een tekort aan artsen omdat vestiging voor artsen in deze toch mooie regio minder interessant is? Ik heb in dit verband ook gehoord over een huisartsentekort in Emmen en tekorten die worden voorzien op andere terreinen. Is dit een gerechtvaardigde vrees?

Minister **Schippers**: Wij weten dat de problemen in deze regio's groter zijn dan in de Randstad. Ik spreek de verzekeraars met enige regelmaat over deze regio's. Zij vinden vaak zelf oplossingen, bijvoorbeeld door zorgprofessionals in dienst te nemen of door zelf aanbod op te richten. Ook in het wetsvoorstel, waarin een verbod op verticale integratie is opgenomen, blijft deze mogelijkheid bestaan. Dat hebben we juist met het oog op deze situaties gedaan. Juist in de regio's moeten zorgverzekeraars iets extra doen om het zorgaanbod op peil te houden. Zoals de Kamer weet, hebben in het afgelopen jaar mijn mensen van het ministerie ook

gesproken met de kleine ziekenhuizen. Hoe kunnen wij acute zorg en spoedeisende hulp in kleine ziekenhuizen regelen? Dit is allemaal gericht op de krimpregio's. Het is gewoon moeilijker om zorgprofessionals voor die krimpregio's aan te trekken en te behouden.

Ik had het over de geboortecentra. Op regionaal niveau is in de afgelopen jaren een aantal projecten opgestart waarbij geboortecentra zijn opgezet. Ik zie in deze geboortecentra een alternatief voor de poliklinische bevalling, maar ook een mogelijkheid voor vrouwen om toch in een huiselijke omgeving te bevallen, als thuis bevallen niet gewenst of niet mogelijk is. Deze projecten werden bekostigd via een innovatieregeling van de NZa. Door middel van de vaststelling van een beleidsregel voor geboortecentra kunnen eerstelijns geboortecentra vanaf 1 januari 2012 structureel worden bekostigd waar dit de afgelopen jaren via de Beleidsregel Innovatie heeft plaatsgevonden. Geboortecentra worden nu dus structureel gefinancierd. De belangrijkste voorwaarde voor het in rekening kunnen brengen van deze module, is het bestaan van een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Het is van belang dat in deze overeenkomst goede afspraken worden gemaakt, onder andere over hoe om te gaan met verwijzingen vanuit de geboortecentra naar de tweede lijn tijdens de bevalling, en over de samenwerking met de tweede lijn. Ik hoor van geboortecentra dat verzekeraars integrale zorg een voorwaarde vinden voor het bekostigen van een geboortecentrum. Ik vind dat een gerechtvaardigde en een goede eis. Ik vind echter ook dat verzekeraars hiermee niet te rigide moeten omgaan, omdat we aan het begin staan van een ontwikkeling naar een integrale verloskundige zorg. Enige clementie vraag ik dus van de zorgverzekeraars, maar zij gaan wel in de richting die ik wens.

Van de NZa heb ik vernomen dat er nader overleg volgt met Zorgverzekeraars Nederland, de KNOV en ActiZ over de betalingsproblematiek bij bevallingen die starten in het geboortecentrum en eindigen in de tweede lijn. Een aantal woordvoerders heeft hierover vragen gesteld. Mevrouw Klever had hierbij een iets andere aanvliegroute, maar stelde eigenlijk dezelfde vraag. Er is inderdaad sprake van meer gedeclareerde bevallingen dan er bevallingen reëel hebben plaatsgevonden. Daarbij gaat het echter uiteraard om bevallingen die in de eerste lijn beginnen en in de tweede lijn worden voltooid. Daarbij moeten eigenlijk de professionals in beide lijnen worden betaald.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik doelde bij het stellen van mijn vraag niet op de bevallingen in de geboortecentra. Daarover heeft ook de heer Bos gezegd dat het daarbij ging om één betaling. Dat probleem is met de beleidsregels opgelost. Ik doelde bij het stellen van mijn vraag echt op de dubbele betalingen. Het gaat om 75.000 dubbele betalingen. In 42% van de bevallingen wordt dus dubbel betaald. Het lijkt erop dat bevallingen die beginnen in de eerste lijn als een thuisbevalling, uiteindelijk gemiddeld duurder uitkomen dan bevallingen in de tweede lijn. Daarover ging mijn vraag.

Minister **Schippers**: Ik ben hier iets te snel en te gemakkelijk doorheen gegaan. Ik koppelde aan de geboortecentra de problematiek waarbij men begint in de eerste lijn en eindigt in de tweede lijn. Dit gebeurt bij heel veel bevallingen. Daarbij wordt dus zowel de verloskundige betaald als de gynaecoloog. Daarvan zijn wij af zodra er een integraal tarief is. In mijn reactie op de marktscan zal ik ook ingaan op het integrale tarief.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dit geeft mij de gelegenheid om hierop nog even te reageren. De minister zei eerder al dat zij hierop terugkomt in haar brief. Zij liet al weten geen vrije tarieven te willen. Gaat de minister dus in de brief de integrale bekostiging uitwerken? Begrijp ik dat goed? Is zij een

voorstander van deze integrale bekostiging, terwijl de NZa het daarvoor eigenlijk nog te vroeg vindt?

Minister **Schippers**: Ik wil inderdaad in mijn brief ingaan op de integrale tarieven en wat daarover staat in de marktscan. Wij zijn uiteraard allemaal gebrand op integrale tarieven. Ik wil daarop wat uitgebreider ingaan. Wanneer is het praktisch mogelijk om die integrale tarieven in te voeren en wat is daarvoor nodig?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat betekent dat de minister die antwoorden nu in dit AO nog niet kan geven? Wij hebben hiernaar gevraagd.

Minister **Schippers**: Iedereen die een experiment met integrale tarieven wil doen, kan dat gewoon aanmelden. Dat verandert niet. De NZa heeft mij echter allerlei voorstellen gedaan. Zij heeft mij geadviseerd hoe ik daarmee in de toekomst moet omgaan. Ik vind dat ik daarover in de Kamer zorgvuldig moet zijn. Ik moet zorgvuldig aanwijzen waar de hobbels zitten die ervoor zorgen dat wij niet nu al een integraal tarief hanteren. Waarom zijn eerst de experimenten nodig? Dit zal dus een onderdeel zijn van de schriftelijke toelichting die ik de Kamer graag geef. Er zitten heel veel onderdelen in de NZa-scan. Als ik op dat alles nu mondeling zou moeten ingaan, zou dat te veel tijd kosten. Het is ons niet gelukt om de toelichting naar de Kamer te sturen voordat dit AO werd gehouden. Ik kom hierop dus schriftelijk wat uitgebreider terug bij de Kamer.

De **voorzitter**: Dan gaan we er zeker over spreken. Is al bekend wanneer de Kamer deze informatie ontvangt?

Minister **Schippers**: Het onderwerp van de brief hebben we wat uitgebreid. Niet alleen de marktscan zal erin worden besproken, maar ook allerlei nieuwe onderwerpen die er later aan zijn toegevoegd. De Kamer zal de brief in februari ontvangen.

De **voorzitter**: De Kamer ontvangt de brief in het eerste kwartaal van 2013. De minister gaat verder met haar betoog.

Minister **Schippers**: Mevrouw Leijten heeft gesproken over het preconceptieconsult. Ik heb al gezegd dat ik mij hierbij primair richt op de vrouwen in risicogroepen. Gezien de hogere babysterfte en morbiditeit bij deze risicogroepen, wordt verwacht dat wij met toegesneden voorlichting de grootste winst kunnen behalen. Deze aanpak is onderdeel van het landelijk project «Healthy Pregnancy 4 All», dat door het Erasmus MC thans in veertien gemeenten wordt uitgevoerd. Bovendien heb ik ZonMw de opdracht gegeven om de effectiviteit, de doelmatigheid en de verwachte meerwaarde van het preconceptieconsult te onderzoeken. Als hieruit positieve resultaten komen, wil ik nagaan hoe dat kindwensenconsult breed ter beschikking kan komen voor risicogroepen of misschien voor bredere lagen van de bevolking. Het andere deel van het geld is besteed aan de 30 wekenecho. Onderzoeksgegevens daarover komen pas eind 2016 beschikbaar.

Er is gevraagd hoe het staat met de casus Bronovo. Voor de ouders is het verschrikkelijk wat er is gebeurd. Het is al erg om je kind te verliezen, maar het wordt nog veel erger als je hoort dat – laat ik mij voorzichtig uitdrukken – er een kans was geweest dat dit niet was gebeurd als dit overdag had plaatsgevonden. Dit verdriet is voor ons allemaal, hier en in het veld, een motivatie om de verloskundige zorg zo snel mogelijk op een goed peil te brengen. Want laten we eerlijk zijn; de babysterfte in Nederland was gewoon veel te hoog, vergeleken met die in andere

landen. Het vergde enorm veel inzet om dit te verbeteren. Wij verkeren nu middenin dat programma. Voor mij is belangrijk dat dit is gebeurd in een gebied waar concentratie juist wel mogelijk is. Ik ben van mening dat in de gebieden waar dat kan, concentratie moet plaatsvinden. Ik vind het heel positief dat een aantal zorgverzekeraars dit ook in de contractering gaat opnemen. Dat hebben zij mij gezegd. Ik vind dat heel goed. Dat is ook de reden waarom ik in de brief serieus inga op de vraag hoe wij transparant kunnen maken waar optimale zorg wel 24 uur per dag en 7 dagen in de week is geregeld, en ook waar dat niet het geval is. Dit moet voor iedereen toegankelijke informatie zijn.

Het CVZ heeft geadviseerd om de eigen bijdrage voor poliklinische bevallingen en bevallingen in geboortecentra af te schaffen. Ik heb al gezegd dat ik daarop in de brief over de marktscan terug zal komen. Er is gevraagd wat ik eraan ga doen om te voorkomen dat mensen onnodig echo's krijgen. Wij hebben met elkaar afgesproken wat er via het pakket verzekerd is en wat niet. Ik moet erop kunnen vertrouwen dat professionals in de zorg zich daaraan strikt houden. Pretecho's zitten niet in het pakket. Verzekeraars moeten er zelf op toezien dat de uitgaven rechtmatig worden gedaan. Als er ergens een piek in het aantal echo's zit, zal de verzekeraar dus aan de betreffende verloskundige moeten vragen hoe het komt dat er bij hem of haar veel meer echo's worden gemaakt. Ik vind dit ontzettend belangrijk. Verloskundigen zijn hierop aangesproken door hun beroepsverenigingen. Ik heb ook opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de effectiviteit en doelmatigheid van een extra echo in het pakket. Dat onderzoek start begin 2013. De resultaten ervan wacht ik af. Ik zeg erbij dat ik het ernstig vind dat er pretecho's worden gemaakt. Ik vind daarom ook dat de beroepsgroep de eigen verloskundigen daarop moet aanspreken.

Ik kom op de richtlijnen voor de preconceptiezorg. In de afgelopen jaren hebben de betrokken partijen in het veld in het project Kinderwens, gecoördineerd door het RIVM en gesteund door een financiële impuls van het ministerie van VWS, in belangrijke mate bijgedragen aan de ontwikkeling van voorlichtingsmateriaal voor de preconceptiezorg. Dat project heeft geresulteerd in concrete eindproducten, zoals een brochure, een publiekswebsite en een communicatietoolkit over zwanger worden.

Hoe gaat het met de uitvoering van preconceptiezorg? Het leveren van preconceptiezorg is primair de verantwoordelijkheid van professionals. De veldpartijen hebben in de afgelopen jaren in belangrijke mate bijgedragen aan de ontwikkeling van voorlichtingsmateriaal. Ik noemde dat zojuist al. Momenteel vindt er afstemming plaats tussen de veldpartijen binnen de commissie Voorlichting en preconceptiezorg van het CPZ.

De heer Mulder heeft gevraagd of wij het aantal geboorten van prematuren bijhouden. Ja, dat houden wij bij. De gegevens daarover worden door zorgverleners verzameld en bijeengebracht bij de Stichting Prenatale Registratie Nederland. Jaarlijks worden deze cijfers gepubliceerd.

Er is gevraagd naar de stand van zaken rond de logo's voor tabak en alcohol. Voor tabak bestaat de verplichting om een tekstuele waarschuwing op te nemen. Die teksten gaan onder andere over schade voor kinderen en vruchtbaarheid. Er zijn ook nog veertien andere waarschuwingen. Het initiatief om voor alcohol hiertoe te komen, is tot nu toe aan de branche overgelaten. Ik heb dat ook in positieve zin aan de branche voorgelegd naar aanleiding van een eerder debat. Het blijkt dat de branche dit niet vrijwillig zal oppakken. Ik ben in overleg met de staatssecretaris of wij daaraan iets moeten doen en, zo ja, wat dan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik vind het jammer dat de branche het niet oppakt, maar ik vind het erg positief dat de minister met de staatssecretaris wil bespreken of dat zwangerschapslogo op de alcoholverpakkingen terecht kan komen. Wanneer verwacht de minister hierover meer duidelijkheid te kunnen geven?

Minister **Schippers**: Ik wil dit opnemen in ons nationaal actieplan voor preventie. In dat kader zal ik hierop terugkomen. Ik heb eerder al gezegd dat het in Frankrijk verplicht is om op de alcoholverpakking zo'n icoontje te zetten. Ik heb de flessen waar het op staat gezien, maar dat icoontje kan ik niet lezen. Nu ben ik al op leeftijd, maar het is zo petieterig dat ik me af ga vragen wat de bedoeling daarvan is. Het moet dus iets zijn wat daadwerkelijk voldoet. Ik zal hierop in het actieplan terugkomen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik wist niet dat de minister al zo op leeftijd was. Ik ben het echter helemaal met haar eens. Ik heb het Franse logo ook gezien. Het is inderdaad belachelijk klein. Met een loep kun je het net lezen. Het lijkt mij heel goed om ook aan dat aspect aandacht te besteden.

Minister **Schippers**: Dat zullen we doen, want als we voor logo's kiezen, moet het zo'n vorm hebben dat iedereen direct begrijpt wat er wordt bedoeld.

Er is gesproken over extra gynaecologen. De stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen maakt ramingen van het benodigd aantal medisch specialisten en van de daarvoor noodzakelijke instroom in de medisch-specialistische vervolgopleidingen. De instroom van studenten gynaecologie ligt op het niveau van het meest recente advies van het capaciteitsorgaan. In 2012 zijn 66 studenten ingestroomd. Dat kwam ten tijde van de laatste raming, in 2011, overeen met de wens van de wetenschappelijke vereniging. Het ging hierbij om achttien plekken meer dan in de vorige raming. Nog meer mensen opleiden, lag niet in de rede omdat volgens de NVOG dit het maximum was dat de opleiders aankonden. In de loop van 2013 komt het capaciteitsorgaan met een nieuwe raming voor de benodigde opleidingscapaciteit voor alle medisch-specialistische opleidingen, dus ook voor de gynaecologische.

Tijdens het vorige debat ben ik uitgebreid ingegaan op het onderzoek van de SAZ. Als je zonder meer de verloskundige faciliteiten in de kleine ziekenhuizen zou sluiten, dan zou volgens mij de babysterfte toenemen in plaats van afnemen. Als er dus op een bepaald moment wordt vermoed dat ergens de kwaliteit onder de gestelde norm zakt, of als wordt vermoed dat ergens de kwaliteit omhoog kan, dan moet er een zorgvuldig plan komen. Daarin moeten zaken worden afgewogen. Als sluiting noodzakelijk is, moet er dan een ambulance bijkomen en moeten er dan andere faciliteiten worden bijgezet? Je kunt dus nooit rücksichtslos sluiten. Welke maatregelen zijn er voor achterstandssituaties? Er is sprake van inzet in achterstandswijken in veertien gemeenten. Hierbij speelt ook het preconceptieconsult waarover ik zojuist sprak een rol. Er lopen in deze wijken ook pilots waarmee tot een betere risicoselectie wordt gekomen. Er is gevraagd welke maatregelen ik heb genomen om vermijdbare babysterfte in achterstandssituaties terug te dringen. Ik wees zojuist al op het project Healthy Pregnancy 4 All van het Erasmus MC. Dit project is van start gegaan met een subsidie van het ministerie van VWS. Het richt zich op het terugdringen van vermijdbare babysterfte. De focus van dit project ligt bij risicogroepen in diverse achterstandssituaties. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om mensen met een laag inkomen, om mensen zonder werk of om mensen die in de praktijk slechte toegang tot zorg blijken te hebben. In samenwerking met de gemeenten, lokale zorgverleners en partners in het sociale domein worden deze zorgexperimenten uitgevoerd. De deelnemende gemeenten zijn Den Haag, Amsterdam, Utrecht, Nijmegen, Enschede, Heerlen, Appingedam, Delfzijl, Groningen, Menterwolde, Pekela, Almere, Schiedam en Tilburg. Dit project loopt tot eind 2013. Als de faal- en succesfactoren van de aanpak bekend zijn, zullen de methodieken voor alle gemeenten beschikbaar komen.

Mevrouw Leijten heeft gesproken over de aanpassing van tarieven in regio's waar wordt geconcentreerd. In de beleidsregels van de NZa is

hiervoor een module opgenomen. Het is aan verzekeraars en verloskundigen om hierover afspraken te maken. In Meppel betaalt Achmea bijvoorbeeld een verloskundige een tarief dat 33% hoger is als gevolg van de sluiting van de acute verloskunde in Meppel.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Kan ik daaruit afleiden dat er in Meppel sprake is van vrije prijsvorming? Het tarief is daar 33% hoger.

Minister **Schippers**: Er wordt gewerkt met modules. Die kun je apart inzetten bij de tarieven. Sorry, mijnheer Mulder.

Mevrouw Wolbert heeft gevraagd naar mijn ambities bij het verlagen van de babysterfte. Er is nu sprake van een daling van de babysterfte.

Mevrouw Wolbert zei al dat je bij deze dingen altijd in het begin de grootste klappers kunt maken. Het gaat altijd moeilijker na verloop van tijd, omdat dan de moeilijke dingen aan de orde komen. Dan komen zaken als cultuur aan de orde, en andere zaken die je heel moeilijk snel kunt veranderen. Ik vind dat wij ons met name moeten richten op de vermijdbare babysterfte. We willen natuurlijk allemaal dat er geen enkele baby meer sterft, maar dat is onmogelijk. Het gaat mij dus echt om de vermijdbare babysterfte. Ik vind dat wij daarop maximaal moeten inzetten, en dat doen wij al. De overheid doet hier van alles aan, onder andere door middel van het College Perinatale Zorg. Dat wordt door de overheid gefinancierd.

Ik zei al dat ik in de brief terugkom op de patiënteninformatie. Wij moeten patiënten informeren, maar op het hoe, wat en waar kom ik terug in de brief.

Mevrouw Wolbert vroeg op welke deelonderwerpen we kunnen prioriteren. Integrale samenwerking in de regio's is absoluut een prioriteit, evenals de invoering van de perinatale audit en de parallelle acties bij de bevalling. Het College Perinatale Zorg focust daarop. Dit staat dus echt op nummer 1. Ik heb de Kamer toegezegd dat ik op de onderliggende knelpunten apart zal terugkomen.

In het regeerakkoord staat dat we met de verzekeraars een convenant acute zorg moeten sluiten. Er is gevraagd hoe het daarmee staat en welke doelen erin staan. Acute verloskunde is onderdeel van de acute zorg. Om volwaardige verloskundige zorg te kunnen bieden, moet er 24 uur per dag en 365 dagen per jaar een volwaardig team van gynaecologen, verpleegkundigen, klinisch verloskundigen, ok-personeel en anesthesiologen beschikbaar zijn en moet er een ziekenhuis beschikbaar zijn. Het is niet realistisch om te verwachten dat alle ziekenhuizen in Nederland deze kwaliteit in huis hebben en dat alle professionals voortdurend in de ziekenhuizen rondlopen en beschikbaar zijn. Waar het verantwoord kan, moet er dus worden geconcentreerd voor een betere kwaliteit en een hogere doelmatigheid. Ik moet nog beginnen aan de gesprekken over het convenant. Ik zal de Kamer laten weten hoe die gesprekken verlopen. Ik kan nu nog niet zeggen wanneer ze zullen zijn afgerond. Er zitten daarbij namelijk meerdere partijen aan tafel en die hebben allemaal zo hun dingen.

De **voorzitter**: Ik zie dat mevrouw Leijten nog een vraag wil stellen. Ik zeg dat het inmiddels 15.50 uur is. Volgens de agenda duurt dit overleg tot 16.00 uur. Ik ben bereid om het uit te laten lopen tot 16.10 uur, als dat voor niemand een bezwaar is. Om uiterlijk 16.10 uur stoppen we.

Mevrouw **Leijten** (SP): De voorzitter van het College Perinatale Zorg heeft op televisie gezegd dat in de komende 5 jaar 32 ziekenhuizen hun afdeling klinische verloskunde zullen afstoten. Is de minister het daarmee eens? De minister zegt dat er afdelingen worden gesloten waar dat verantwoord kan. Vindt zij dat dit verantwoord kan in de 32 ziekenhuizen waarover de directeur van het CPZ het heeft?

Minister **Schippers**: Ik weet niet of het daarbij gaat om 32 ziekenhuizen. Die uitspraak van de voorzitter van het CPZ valt onder zijn verantwoordelijkheid. Hij zal er zo zijn argumenten voor hebben om dit aantal te noemen. Het gaat mij er echter om dat de bereikbaarheid en kwaliteit centraal staan. Wij moeten de bereikbaarheid als het kan verbeteren en als het even kan moeten wij die bereikbaarheid niet verslechteren. De kwaliteit moet minstens gelijk blijven en moet eigenlijk toenemen. Wij pleiten er immers allemaal voor dat de kwaliteit van de zorg omhooggaat, zodat de babysterfte afneemt. Er zijn heel treurige voorbeelden van situaties die wellicht anders zouden zijn afgelopen als ze overdag hadden plaatsgevonden. Die situaties moeten wij voorkomen. Het is te gek voor woorden dat sommige ziekenhuizen op een kluitje zitten, terwijl ze geen van alle 24 uur per dag, 7 dagen in de week goede klinische verloskunde kunnen realiseren. Dat moeten we met z'n allen echt slimmer aanpakken. Het geld moet echt slimmer worden ingezet.

Mevrouw Leijten heeft gevraagd hoe ik de regie bij de geboortezorg kan terugpakken. Juist daarvoor hebben we het College Perinatale Zorg opgericht. Natuurlijk is het aan zorgverzekeraars om aan hun zorgplicht te voldoen en om in overleg met het hele veld met goede resultaten te komen. De overheid heeft echter niet voor niets het College Perinatale Zorg opgericht en gefinancierd. Dat heeft de overheid juist gedaan om de regie op te pakken. Wij moeten faciliteren waar het misgaat of vastzit. Dan moeten we helpen, deskundigheid inbrengen en mensen met elkaar verbinden. Via die weg hebben wij dit dus opgelost.

Ik kom op de motie-Arib/Smilde. Het College Perinatale Zorg heeft de raden van bestuur van de ziekenhuizen aangeschreven met de vraag om de keten van geboortezorg in de regio te beschrijven. Dit betekent dat alle betrokkenen een gezamenlijk document opstellen waarin de samenwerkingsafspraken concreet zijn beschreven. Hierbij gaat het uiteraard ook om een naadloze aansluiting van de geboorteketen op de acute opvang of klinische behandeling in het ziekenhuis. Het doel van het gezamenlijke plan is, te komen tot een goede uitkomst voor moeder en kind. Dit doel overstijgt de individuele belangen van professionals en aanbieders. Het CPZ zal de samenwerkingsafspraken vanuit dit doel beoordelen en vergelijken. Het CPZ faciliteert de ontwikkeling van regionale plannen voor geboortezorg door middel van ondersteunende documenten zoals een conceptchecklist voor regionale samenwerkingsverbanden en een voorbeeld van een zorgpad geboortezorg. De meest recente versies van deze documenten zijn te vinden op [www.goedgeboren.nl](http://www.goedgeboren.nl). Bovendien zal het CPZ op deze website alle regionale situaties vermelden. Het CPZ wil voor het einde van 2012 een overzicht hebben van alle regionale plannen. Er is gevraagd naar de voortgang van het College Perinatale Zorg. Er zijn zes commissies ingesteld. Er zijn de commissie Kwaliteit, de commissie Implementatie en organisatie, de commissie Onderzoek, de commissie Voorlichting en preconceptiezorg, de commissie ICT en de commissie Onderwijs. Deze commissies zijn voortvarend van start gegaan. De voorzitters zijn benoemd. De commissies bestaan uit gemiddeld twintig deskundigen. Deze deskundigen zijn afkomstig uit 40 organisaties uit het veld. De commissies zijn aan de slag gegaan. Het plan van aanpak is te vinden op de website [www.collegepz.nl](http://www.collegepz.nl) en op de website [www.goedgeboren.nl](http://www.goedgeboren.nl). De communicatie met de regio vindt plaats via deze websites, die elke week worden bijgehouden en aangevuld. Het CPZ werkt aan het integreren van de visies van de beroepsgroepen. De bestaande richtlijnen moeten een multidisciplinaire richtlijn geboortezorg worden. De eerste checklist voor samenwerking is in concept gereed. Dat was het, voorzitter.

De **voorzitter**: Er is tijd voor het houden van een korte tweede termijn. Daarin mag iedereen een paar opmerkingen maken. Van de mensen die

hebben gesproken over het aanvragen van een VAO, hoor ik graag of dit VAO nog steeds wordt gewenst.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar antwoorden. Ik vind het goed om te horen dat zij voornemens is om af te zien van vrije prijsvorming. Ik dank de minister ook voor de toezegging dat de Kamer over een halfjaar een rapportage van de inspectie ontvangt over de uitvoering van de afspraken in Dokkum en in Meppel. Er was even een misverstand over de vraag hoe dat toezicht er precies uitziet, maar dat is wat mij betreft opgelost. Dank daarvoor.

Ik vind het ook fijn dat wij een brief mogen ontvangen over de voortgang naar aanleiding van de adviezen van de stuurgroep. De Partij van de Arbeid wil graag een schematisch overzicht per advies. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden opgenomen in een bijlage bij de brief. In het schema moet staan wat de voortgang is, wat de knelpunten zijn, wat er wanneer wordt gedaan en wat er wordt gedaan om die knelpunten op te lossen. Kan de minister dat toezeggen?

Ik kom nog even terug op de regiostandaarden. Daarover heeft de minister van alles gezegd. Het gaat mij, mevrouw Arib en mevrouw Smilde echter om de laatste zin. Daar staat: «Het CPZ wil voor het einde van 2012 een overzicht hebben van alle regionale plannen». Over twee weken eindigt 2012. Gaat het lukken om dat overzicht vóór het einde van 2012 te krijgen? Het gaat vast niet lukken, want anders hadden de resultaten al beschikbaar moeten zijn. Kan de minister toezeggen om dit vóór 1 februari 2013 alsnog rond te hebben? Dat is nodig omdat de zorgverzekeraars moeten kunnen inkopen. Dat hebben we afgesproken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik sluit mij aan bij de vraag van de woordvoester van de PvdA om een halfjaarlijkse rapportage van de inspectie over de situaties in Meppel en Dokkum. Verder sluit ik mij aan bij de vraag om een nadere brief vóór 1 februari 2013 over de uitvoering van de motie-Arib/Smilde.

Eén vraag die ik heb gesteld, is blijven liggen. Ik heb in ieder geval het antwoord niet gehoord. Ik heb gevraagd of de minister bereid is om te zoeken naar een beter werkend alternatief voor de eigen bijdrage voor de poliklinische bevalling.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ik vind het wat teleurstellend dat we nu niet verder kunnen spreken over de integrale bekostiging en de vrije tarieven. De minister heeft dit alleen aangekondigd. Dit zal toch al wel langer bij de meningsvorming op het ministerie een rol spelen? Ik ben wel blij dat de minister heeft gezegd dat zij transparantie ook heel belangrijk vindt en dat voor het publiek heel duidelijk moet zijn wat er voorhanden is in ziekenhuizen.

Ik wil nog even terugkomen op wat ik de «pretecho» noemde. Op sites van sommige verloskundigen staat echt «bij ons krijgt je vier echo's». Er zijn zelfs sites waar vijf echo's worden toegezegd. Dat is zo terug te vinden op het internet. Ik vind het onbegrijpelijk dat dit mogelijk is. De minister zegt dat zij er bij de beroepsgroep op zal aandringen dat daar een stokje voor wordt gestoken. Ik vraag haar met klem om dat inderdaad te doen. Dit is gewoon op het internet te vinden. Dit leidt ook tot oneerlijke concurrentie. Verloskundigen die wel gewoon de toegestane twee echo's aanbieden, worden hierdoor benadeeld.

De heer **Anne Mulder** (VVD): Voorzitter. Wij wachten de reactie van de minister op de bekostigingsvoorstellen van de NZa af. De VVD is niet per definitie voor vrije tarieven, maar is er ook niet per definitie tegen, zoals andere partijen dat wel zijn. Het gaat mijn fractie erom, dat de bekostiging geen doel is, maar een middel. Als een wijziging van de bekostiging leidt tot betere zorg, dan zijn wij voor zo'n wijziging.

Ik dank de minister voor de toezeggingen over de concentratie. De politiek gaat hier niet over. Toch ligt het volgens mij voor de hand dat er bijvoorbeeld in Den Haag, met het HagaZiekenhuis, Ziekenhuis Bronovo en MCH Westeinde, bij de geboortezorg wordt samengewerkt, waardoor er 24 uur per dag ten minste één gynaecoloog en een ok-team paraat is. Daarover moet het convenant gaan.

Wij rekenen erop dat de minister bij haar reactie op de marktscan van de NZa ook zal ingaan op het ontsluiten van allerlei databronnen van stichting Perinatale Audit Nederland en van Vektis. Op die manier kunnen we inzicht krijgen in de kwaliteit van de geboortezorg.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik dank de minister voor haar beantwoording. Wij zullen in februari dus aan de hand van de brief verder kunnen spreken over bekostiging, tarieven en dergelijke onderwerpen. Wat ons betreft mag er een discussie worden gevoerd over integrale tarieven, maar wij vinden dat aan een eventuele invoering daarvan altijd heel stevige pilots vooraf moeten gaan. Dat geef ik de minister alvast mee. De uitkomsten van die pilots moet je kunnen gebruiken als er definitieve keuzes moeten worden gemaakt.

Ik kan mij aansluiten bij wat de heer Mulder zei over Bronovo. Het is echt ongehoord wat daar is gebeurd. Dit heeft erg veel verdriet opgeleverd en dit had niet mogen gebeuren. Ik hoop dat men hiervan leert. Ik weet dat deze casus al in het hele land rondgaat, ook bij opleidingen. Men wil er echt lering uit trekken. Daarmee kunnen wij het verdriet echter niet wegnemen van de mensen die het aangaat. Hopelijk kunnen wij er wel problemen in de toekomst mee voorkomen.

Over de acute en ook de verloskundige zorg in de krimpgebieden moeten we ook maar eens met de minister van Binnenlandse Zaken spreken. De minister heeft er niet al te veel meer over gezegd. Wat is er nu op tegen, afspraken te maken over een plan van aanpak? Dit lijkt mij alleen maar erg logisch. Ik ben nog steeds verbaasd dat dit zomaar aan de kant is geschoven en is weggestemd door een meerderheid van de Kamer. Ik weet dat het zo werkt in een democratie. Wie weet, misschien kunnen we via een andere lijn de discussie hierover nog eens voeren. Het lijkt mij belangrijk, ook voor het onderwerp waarover wij vanmiddag spreken. Het was mij een genoegen om bij dit debat te zijn. Ik moet nu weg, dus ik zal niet meer aanwezig zijn bij de beantwoording van de minister in de tweede termijn. Wij zien haar op een ander moment weer terug.

De **voorzitter**: U bent ook de volgende keer weer van harte welkom, mijnheer Slob.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. Ook ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen. Zij komt in een brief terug op de vraag over wenselijkheid van een eigen bijdrage.

In het kader van de situatie in Meppel en het tekort aan gynaecologen heeft de minister gezegd dat het heel lang duurt voordat de capaciteit is uitgebreid. Wij hebben het hier over één enkele gynaecoloog. Dit speelt misschien ook in een aantal andere ziekenhuizen. Kan de beroepsgroep dit niet zelf oplossen door meer nachtdiensten te gaan draaien? Zo kan én de beschikbaarheid van acute zorg in de buurt worden gehandhaafd, én aan de 45 minutennorm worden voldaan.

De minister komt nog terug op mijn vraag over 75.000 dubbele declaraties. Ik heb geen antwoord gekregen op mijn vraag wat dit zegt over de risico-inschattingen van de verloskundigen. Komt de minister op die vraag ook later terug, of kan zij die direct beantwoorden? Ik heb ook gevraagd of verloskundige zorg op deze manier in de tweede lijn misschien zelfs goedkoper wordt dan verloskundige zorg in de eerste lijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Een zeer bekend politicus zei eens: «Met Bos ben je de klos». Ik zou willen zeggen: met het College Perinatale Zorg ben je de klos. De stuurgroep van de heer Van der Velden vond dat er 24 uur per dag en 7 dagen in de week zorg beschikbaar moest zijn. Men vond dat dit georganiseerd en geregisseerd moest worden. Dezelfde prof. Van der Velden is tegen het sluiten van de verloskundige zorg in Dokkum, omdat dat de bereikbaarheid van goede verloskundige zorg in Noordoost-Friesland echt raakt. De voorzitter van het College Perinatale Zorg zegt echter: ach ja, het is een gegeven dat in de komende 5 jaar 32 ziekenhuizen hun afdeling klinische verloskunde zullen sluiten. Die voorzitter voert dus echt niet de regie. Hij loopt achter de zorgverzekeraars en de raden van bestuur van ziekenhuizen aan. Die ziekenhuizen stoten om strategische redenen verloskunde af. De minister luistert, als zij adviezen aanvraagt, steevast naar de adviezen van specialisten en van bestuurders van ziekenhuizen. Naar de adviezen van verloskundigen luistert zij niet. Die verloskundigen zeggen dat zij het wél kunnen regelen en dat zij wél een oplossing hebben. Die verloskundigen laat de minister steevast in de kou staan. Hebben de verloskundigen soms slechtere lijntjes naar het ministerie? Ik wil ze graag adviseren hoe ze bij het ministerie kunnen binnenkomen. Of kijkt de minister soms bewust weg?

Ik vind het echt heel kwalijk dat de minister het heeft over het ophouden van schijnveiligheid. Op andere momenten vindt zij het namelijk wel een risico om ziekenhuizen te sluiten. Dan wil zij bekijken hoe de kwaliteit te organiseren valt. Bij het onderwerp dat wij vandaag bespreken, durft zij echter het woord schijnveiligheid in de mond te nemen. Daarmee diskwalificeert zij volgens mij echt alle verloskundigen in de regio die hun best doen.

Ik kom tot slot op de preconceptiezorg. In 2007 zei de Gezondheidsraad dat het verstandig is om aan alle stellen met een kinderverwens brede preconceptiezorg te verlenen. Het nut daarvan is wetenschappelijk bewezen. Het CVZ adviseerde in 2009 om de preconceptiezorg op te nemen in het basispakket. Dat advies werd overgenomen door minister Klink. De huidige antipreventie-minister zette daar een streep doorheen. Ik heb gevraagd waarom zij dat heeft gedaan. Zij wil nu uitzoeken of het nut wetenschappelijk is bewezen. Dat nut is in het verleden al bewezen. Waarom zetten we dit niet in? Preconceptiezorg redt levens van baby's, van mensen. Preconceptiezorg verbetert de zorg in Nederland.

De **voorzitter**: Wij komen nu toe aan de beantwoording van de minister in de tweede termijn. Gezien de tijd zal ik geen interrupties meer toestaan.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik zal de inspectie vragen om mij te rapporteren over Dokkum en Meppel. Die rapportage zal ik naar de Kamer doorsturen.

Er is gevraagd of er een schematisch overzicht per advies bij de brief kan worden gevoegd. Wat zijn de knelpunten, wat is de voortgang, wat gebeurt wanneer? Ik kan toezeggen dat ik zo'n schema bij de brief zal opnemen. De verschijningsdatum van de brief zal dan wel naar eind februari opschuiven. Er moet namelijk steeds meer in komen te staan.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA): Dit horend, kan ik zeggen dat ik geen VAO meer zal aanvragen. Dit had ik namelijk in een motie willen vragen. Het is prima dat dit op deze manier in een aparte bijlage bij de brief wordt opgenomen.

Minister **Schippers**: Er is gevraagd of het voor het einde van het jaar gaat lukken met de regionale standaarden. Dat weet ik niet, want ik informeer pas als ik daadwerkelijk kan informeren. Ik zal in de brief in ieder geval ook de termijn van 1 februari meenemen die is genoemd. Hetzelfde geldt

voor het alternatief voor de eigen bijdrage. Daarnaast heeft mevrouw Bruin Slot gevraagd.

Ik ben het met mevrouw Dijkstra eens als zij zegt dat een integraal tarief ongelooflijk belangrijk is. Zo'n tarief vormt ook een oplossing voor een aantal discussies over geld. Uw motivatie is mijn motivatie, zeg ik daarom tegen mevrouw Dijkstra. Soms kunnen dingen die je wilt, echter niet direct worden doorgevoerd. Soms hebben dingen langer de tijd nodig. Ik zal hierop uitgebreid terugkomen in de brief. Ik zal daarin ook schrijven wanneer zo'n integraal tarief wél gerealiseerd zou kunnen worden. Transparantie vind ik belangrijk. Ik heb al toegezegd om daarop ook terug te komen in de brief.

Verloskundigen kunnen uiteraard pretecho's aanbieden als zij dat willen. Wij hebben het nu echter over het aanbieden van pretecho's op kosten van de basisverzekering. Het in advertenties of op internet aanbieden van pretecho's op kosten van de basisverzekering vind ik net zo ernstig als mevrouw Dijkstra. Ik zal de beroepsgroepen daarop nog eens extra wijzen. Zij zijn er al eens op aangesproken, maar ik ga het nog een keer doen, want dit kan echt niet.

Met de VVD-fractie ben ik van mening dat een vrij of een gereguleerd tarief een middel is, en geen doel. Uiteindelijk is het doel het leveren van maatwerk en van de best mogelijke zorg.

De databronnen van bijvoorbeeld Vektis zal ik inderdaad meenemen in de brief.

Mijnheer Slob is niet meer aanwezig. Hij sprak over de krimpregio's. Ik ben van mening dat wij goed naar de positie van krimpregio's moeten kijken. Niet alleen onderwijs en andere faciliteiten moeten daarbij een rol spelen, maar wel degelijk ook zorg. Daarnaast wordt volgens mij wel degelijk ook gekeken. Bij Binnenlandse Zaken loopt een traject waarbij dit precies wordt bijgehouden. Op plaatsen waar dat volgens ons in de zorg nodig is, is er extra aandacht.

Tegen mevrouw Klever zeg ik dat een gynaecoloog niet kan dwingen om in een bepaald ziekenhuis te gaan werken. Zij zegt dat het maar om één gynaecoloog gaat, maar voor het overeind houden van 7 dagen in de week 24 uur per dag gynaecologische zorg zijn 5,5 fte's nodig die moeten worden opgevuld door gynaecologen. Dit gaat dus niet over één persoon. We moeten hierbij roeien met de riemen die we hebben. We leiden extra op.

Mevrouw Klever heeft ook iets gevraagd over de risico-inschatting van de verloskundige zorg. Misschien kan zij die vraag schriftelijk verduidelijken, dan zal ik die vraag in de brief beantwoorden. Ik kan deze vraag op dit moment niet oppakken, maar wil mevrouw Klever natuurlijk wel goed bedienen. Als mevrouw Klever haar vraag kan doorgeven aan mijn mensen, dan zullen we die in de brief of anderszins beantwoorden.

**De voorzitter:** Kan mevrouw Klever daarover even contact opnemen met de minister?

Mevrouw **Klever** (PVV): Ja, prima hoor.

**Minister Schippers:** Op de bijdrage van mevrouw Leijten reageer ik met het volgende. Het gaat mij niet om het belang van een instelling, maar om het belang van de patiënt, dus van de moeder en het kind. Dat belang staat centraal. Als de inspectie tegen mij zegt dat ergens de zorg niet goed is, dan moet er worden ingegrepen. Dan moeten wij zorgen dat wij met de middelen die wij hebben, met de beschikbare mensen en binnen de mogelijkheden van de situatie in de regio, de best mogelijke zorg leveren aan moeder en kind. Dát staat centraal. Eigenlijk kan het mij helemaal niets schelen wie waar voor of tegen is. Wij moeten uiteindelijk samen die tegenstellingen overbruggen. Daarvoor moeten wij ons allemaal tot het uiterste inspannen. Volgens mij gebeurt dat ook al in heel veel gebieden.

Mevrouw Leijten heeft het over het risico dat het sluiten van een ziekenhuis oplevert. Iedere verandering brengt risico's met zich mee. Soms vormt iets niet veranderen echter een nog groter risico. Dan moeten we kiezen voor de oplossing die voor moeder en kind het laagste risico oplevert. Daarvoor moeten we de situatie veranderen. Bij een veranderende situatie is risicogestuurd toezicht altijd nodig. Een ziekenhuis openhouden levert echter soms nog meer risico's op dan het verbeteren van de situatie met een andere organisatie of een andere oplossing. Mevrouw Leijten sprak ook over de preconcepiezorg. Ik vind haar timing hierbij wel bijzonder. Wij hebben het debat hierover immers gevoerd toen ik het besluit nam. Begin volgend jaar krijgen wij de rapportage van de resultaten van het besluit dat ik tweeënhalf jaar geleden heb genomen. Mevrouw Leijten maakt zich nu vreselijk druk over een besluit dat tweeënhalf jaar geleden is genomen. Zij is daarin wel consistent, want zij was het tweeënhalf jaar geleden niet eens met dat besluit. Binnenkort krijg ik echter de resultaten van dat onderzoek. Laten we op basis van die resultaten daarover verder spreken.

De **voorzitter**: Hiermee zijn wij gekomen aan het einde van de tweede termijn. Ook mevrouw Leijten heeft gezegd dat zij overweegt om een VAO aan te vragen. Gaat zij dat daadwerkelijk doen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat lijkt mij een goed idee, voorzitter.

De **voorzitter**: Kan dat VAO eventueel ook na het kerstreces worden gehouden, gezien de overvolle agenda voor de komende dagen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat laat ik heel snel weten.

De **voorzitter**: Goed. Ik dank de minister en haar medewerkers. Ik dank de belangstellenden in de zaal en thuis. Ik dank de collega's voor hun inbreng.

Sluiting 16.10 uur.