

Vergaderjaar 2001–2002

28 000 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2002

Nr. 106

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 februari 2002

Tijdens de behandeling van de begroting van het departement van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in december 2001 heeft de PvdA-fractie bij monde van mevrouw Arib een motie ingediend over de uitvoering van een plan voor de verbetering van de kwaliteit in de kraamzorg¹ (verder: het PvdA-plan).

Ik heb de Kamer toegezegd op het PvdA-plan te reageren nadat ik daarover ook met de direct betrokken partijen, LVT en BTN, de KNOV en ZN, van gedachten heb kunnen wisselen. Deze gedachtewisseling heeft inmiddels plaatsgehad; zij is mede bepalend geweest voor de onderstaande reactie op het plan.

Ik zal puntsgewijs op de onderdelen van het plan ingaan waarbij ik de volgorde van de onderwerpen uit het plan aanhoud.

1. Perinatale centra

De PvdA stelt voor om perinatale centra in het leven te roepen, waar zowel zwangere als pas bevallen vrouwen en hun familieleden «een totaalpakket van medische zorg, informatie en service geboden wordt». Het centrum zou moeten bestaan uit een verloskundige praktijk, een kraam- en een consultatiebureau.

Ik heb wat dit onderdeel van het plan betreft reeds tijdens de begrotingsbehandeling aangegeven dat ik veronderstel dat de initiatiefneemster van het plan er niet naar streeft om consultatiebureaus en verloskundige praktijken in één organisatie te stoppen. Zij heeft deze veronderstelling bevestigd. Evident is, dat een goed afgestemde keten van verloskundige zorg, kraamzorg en de consultatiebureaufunctie van wezenlijk belang is voor de kwaliteit van de te bieden zorg; alle betrokken partijen kunnen zich hier ook in vinden.

Kern van de kwestie is de vraag op welke wijze deze ketenzorg het beste georganiseerd kan worden. Samenwerking en afstemming kennen vele gedaanten; ik voel er dan ook niet voor om op te leggen op welke wijze

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000-XVI, nr. 51.

betrokken partijen invulling moeten geven aan die samenwerking en afstemming. Het opleggen van één organisatorische vorm van verloskundige zorg en kraamzorg en de consultatiebureau functie in één centrale instelling onder één dak, voert mij dan ook veel te ver.

Ik zie het als mijn rol om randvoorwaarden te creëren die het de betrokken partijen mogelijk moeten maken elkaar op te zoeken en op een wijze, die het best bij de individuele omstandigheden past, vorm te geven aan een betere samenwerking en afstemming. Het oprichten van Districts Verloskundige Platforms past in deze opzet; deze DVP's fungeren als een platform waarin onder andere verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, gynaecologen, kraamzorginstellingen en zorgverzekeraars elkaar kunnen treffen om afspraken te maken over samenwerking in de zorg voor, tijdens en na de bevalling.

2. Personeel

De stelling van de PvdA, dat de «kraamzorg valt of staat met goed opgeleid personeel», onderschrijf ik van harte. De stelling dat het recht op kraamzorg «in de meeste gevallen is geminimaliseerd tot 24 uur» is evenwel niet juist. Het is mij ook niet duidelijk waarop de PvdA deze stelling baseert.

Vooruitlopend op de voorlopige resultaten van het binnenkort beschikbare onderzoek van TNO Preventie en Gezondheid, lijkt sprake te zijn van een aanzienlijk hoger gemiddeld aantal uren geleverde kraamzorg¹. Hierbij moet worden opgemerkt dat de regionale verschillen groot zijn en dat met name de drie grote steden in het onderzoek qua aantal geleverde uren zorg slecht «scoren».

Als oplossing voor het tekort aan personeel – dat navenant aan het aantal geleverde uren zorg een zeer gevarieerd beeld te zien geeft – stelt de PvdA voor een «opleidingsfonds» te creëren.

De betrokken partijen, LVT, BTN en ZN, zijn al sinds 1999 met elkaar in overleg over een structurele aanpak van dit probleem. Partijen hebben mij het afgelopen najaar laten weten dat zij, om uiteenlopende redenen, geen oplossing kunnen realiseren. Ik heb daarom in december 2001 besloten om te bewerkstelligen dat de opleidingscomponent uit het tarief wordt gehaald en wordt ondergebracht in een aparte «pot». Bij brief van 3 december 2001 heb ik de Kamer medegedeeld dat de vermoedelijke ingangsdatum van dit systeem 1 april 2002 zou zijn. Bij de uitwerking van een andere financieringsconstructie voor de kraamzorg blijkt dat deze ingangsdatum niet reëel is: in 2001 hebben alle zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders, op dezelfde wijze als het afgelopen jaar, contractuele afspraken over tarieven gemaakt en in vele gevallen ook over opleidingen voor 2002. Indien de tarieven lopende het jaar zouden worden gewijzigd, moeten al deze afspraken opengebroken worden. Partijen ondersteunen dan ook het voornemen om het nieuwe systeem per 1 januari 2003 in te laten gaan. Welke organisatie hiermee belast zal worden, wordt thans nog verkend.

Overigens ga ik er van uit, dat verzekeraars die met zorgaanbieders afspraken maken over een financiële vergoeding om opleidingen te kunnen financieren, ook toezicht houden op het nakomen van deze afspraken.

3. Keurmerk

De PvdA stelt voor dat niet bij koepels aangesloten kraamzorgaanbieders een «examen» afleggen zodat iedere kraamzorgaanbieder in het bezit komt van een keurmerk.

Terecht wijst de PvdA op de lidmaatschapseisen van de koepelorganisaties: zowel de lidinstellingen van de LVT als die van BTN dienen met ingang van 1 januari 2002 te voldoen aan de Basiskwaliteitseisen, zoals in

¹ TNO PG, Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek, Eindrapportage inventarisatie- en evaluatieonderzoek, concept, februari 2002.

1999 geformuleerd door alle bij de kraamzorg betrokken partijen. Ik wijs erop dat hiermee het overgrote deel (ca. 90%¹) van de kraamzorgmarkt wordt bestreken. Cruciaal is de rol van de zorgverzekeraars, die zich in de UVO kraamzorg² hebben gecommitteerd aan de inspanning om uitsluitend met zorgaanbieders te contracteren die de Basiskwaliteitseisen hebben geïmplementeerd. In het gesprek met ZN naar aanleiding van het onderhavige plan is mij nog eens bevestigd dat zorgverzekeraars over het algemeen zeer bewust willen contracteren met een aanbieder die kwalitatief goede zorg levert. Grote regionale schaarste in het kraamzorgaanbod kan er evenwel toe leiden dat de verzekeraar genoodzaakt is om met alle kraamzorgaanbieders te contracteren die beschikbaar zijn. De beroepsorganisatie van de verzorging, Sting, richt zich in het bijzonder op de inhoud van het vak kraamverzorgende en bewaakt (de verbetering van) de kwaliteit van de kraamzorg. Zo spant zij zich onder andere in om zowel georganiseerde als ongeorganiseerde zorgaanbieders te informeren over – implementatie van – de Basiskwaliteitseisen en deze implementatie te stimuleren.

4. Kosten kwaliteitszorg

De PvdA stelt dat de maximumtarieven voor kraamzorg «te laag» zijn, dat hier «geen goede salarissen voor betaald» kunnen worden en dat «een berekening moet worden gemaakt van de prijs van goede kraamzorg», leidend tot het «zonodig» aanpassen van de tarieven. Evenzo als ten aanzien van de stelling over het minimum aantal uren kraamzorg dat mensen zouden ontvangen, is mij ook van deze veronderstelling niet bekend waarop die is gebaseerd. De beide brancheorganisaties en ZN kunnen zich ook niet in deze veronderstelling vinden. In 2001 is het maximum tarief aanzienlijk verhoogd ten behoeve van achterstandsgebieden en het leveren van «korte zorg». Het niveau van het huidige tarief is dan ook geen belemmering (meer) om goede en verantwoorde zorg te leveren. Ook van een «tarievenslag» is geen sprake meer, zo blijkt nog eens uit de contacten met betrokken partijen. Ten aanzien van het tarief voor 2002 hebben partijen dan ook geen aanleiding gezien om over een verdere verhoging van het tarief te spreken.

5. Regionale samenwerking

Ik ben het volledig eens met de PvdA dat verloskundigen en artsen «bij uitstek» de hulpverleners zijn «die zwangere vrouwen kunnen informeren wat zij van kraamzorg kunnen verwachten» en dat «samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en kraamzorgaanbieders in «Districts Verloskundige Platforms» een eind moet maken aan gebrekkige onderlinge samenwerking en onvoldoende informatie aan zwangere vrouwen. Zorgverzekeraars en brancheorganisaties zijn grote voorstanders van deze ontwikkeling. De KNOV zelf ziet de DVP-functie als een podium waarop alle in de verloskundige keten betrokken partijen elkaar kunnen treffen voor beleidsontwikkeling. Nadat de aandacht het afgelopen jaar vooral heeft gelegen bij het oprichten en inrichten van de regiokantoren, die de verloskundigen zullen gaan ondersteunen, zal het komende jaar vorm kunnen worden gegeven aan de beleidsafstemming rond ketenzorg, afhankelijk van en gericht op de plaatselijke omstandigheden. De DVP is als platform nog in ontwikkeling; partijen zullen nog flink moeten investeren om het te doen slagen en moeten bereid zijn elkaar op basis van gelijkwaardigheid als gesprekspartner te willen zien. Het uiteindelijke doel moet hen daarbij kunnen verenigen: het leveren van goede en verantwoorde zorg aan alle zwangere vrouwen en na de geboorte ook aan het kind.

Een andere kwestie is de stelling in het PvdA-plan dat deze Platforms ook invloed zouden moeten hebben op de uiteindelijk door verzekeraars te

¹ Actuele en volledige cijfers over de precieze omvang van niet georganiseerde, commerciële kraamzorgaanbieders zijn niet beschikbaar. Uit de administraties van LVT en BTN blijkt dat zij een marktaandeel hebben van 75 à 80% respectievelijk 15 à 20%.

² Uitkomst van overleg tussen ZN, LVT en BTN ex artikel 46, tweede lid Ziekenfondswet.

sluiten contracten met zorgaanbieders. Vanzelfsprekend kunnen de contractueel vastgelegde zorgafspraken van zorgverzekeraars beïnvloed worden doordat partijen elkaar in de toekomst meer zullen spreken; een formele rol van het DVP bij het contracteerbeleid van verzekeraars is evenwel niet aan de orde. Naar ik heb begrepen in het gesprek met de KNOV is dit overigens ook niet de opzet.

6. Onafhankelijke indicatiestelling in de kraamzorg

Het PvdA-plan veronderstelt dat de regionale platforms dienst kunnen doen «bij een optimale inrichting van de indicatiestelling». Een «tripartiete overleg» tussen verloskundigen, verzekeraars en kraamzorgaanbieders zou moeten worden gestart waarin «de inhoud van de contracten met kraamzorgaanbieders vorm krijgt». Door de verloskundige een prominente rol te geven bij de «feitelijke indicatiestelling» zou «in belangrijke mate worden voldaan aan het vereiste van objectiviteit en onafhankelijkheid».

Wellicht ten overvloede duid ik het begrip «indicatiestelling». De indicatie voor het *recht* op kraamzorg is de zwangerschap; vervolgens bepaalt de zorgaanbieder, gegeven de persoonlijke omstandigheden van de kraamvrouw en haar gezin, binnen de randvoorwaarden van de Ziekenfondswet en/of de verzekeringspolis en gegeven het beschikbare personeel, de *omvang* van de zorg.

In de Basiskwaliteitseisen hebben de bij de kraamzorg betrokken partijen, inclusief ZN, in 1999 vastgelegd dat de vóór de bevalling gemaakte zorgafspraken bijgesteld worden indien na de bevalling of tijdens het kraambed blijkt dat de aard en/of de omvang van de zorgbehoefte van de kraamvrouw is gewijzigd. De verloskundige heeft hier, samen met de kraamverzorgende, een belangrijke rol; zij kunnen, in individuele omstandigheden, aangeven dat de kraamvrouw een aangepaste, grotere, omvang van zorg nodig heeft.

De zorgverzekeraar beoordeelt vervolgens in welke mate de meerdere uren noodzakelijke kraamzorg kunnen worden vergoed. Dit is niet alleen afhankelijk van wettelijke en polisvoorwaarden die het maximum aantal uren zorg vastleggen, maar ook van beschikbaarheid van kraamzorgpersoneel en regionale afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Ook hier doet zich het belang van regionale samenwerking voelen. Verloskundigen, zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders zouden in regionaal verband afspraken kunnen maken over de extra kraamzorg die benodigd is voor bepaalde kwetsbare groepen. Zoals ik hierboven reeds heb aangegeven, zijn deze partijen grote voorstanders van regionale samenwerking, maar moet de daadwerkelijke beleidsafstemming nog invulling krijgen.

7. Marktmeester

De PvdA stelt dat er sprake is van een «hiaat in het toezicht» dat moet worden opgevuld door onder meer het vastleggen van de basiskwaliteits-eisen in een ministerieel besluit en het introduceren van een «marktmeester» met een aantal uiteenlopende bevoegdheden.

Vanuit de brancheorganisaties is mij ook de roep om een onafhankelijke toezichthouder bekend; de LVT heeft in haar reactie op het verschijnen van het IGZ rapport expliciet gepleit voor het instellen van een «marktmeester» in de kraamzorg.

De roep om een onafhankelijke toezichthouder is dan ook niet nieuw voor mij. De vraag in hoeverre een marktmeester of een andere vorm van aanvullend toezicht gewenst is, is evenwel een fundamentele stelsel-discussie, die niet in het kader van het onderhavige PvdA-plan gevoerd moet worden. Deze discussie moet in een breder kader gevoerd worden, in relatie tot het traject Modernisering Curatieve Zorg, met name het deelproject Deelmarktanalyses.¹

¹ Beleidsbrief Modernisering Curatieve Sector, februari 2001, Tweede Kamer 2000–2001, 23 619 en «Vraag aan bod», hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, juli 2001, Tweede Kamer 2000–2001, 27 855, nrs. 1–2.

Samenvattend merk ik op dat elementen uit het PvdA-plan mij aanspreken. Reeds tijdens de begrotingsbehandeling heb ik gezegd positief te staan ten opzichte van het aan het plan ten grondslag liggende idee, dat ik heb opgevat als het streven naar een betere samenwerking en afstemming van de zorg voor moeder en kind vanaf de zwangerschap tot en met de vierjarige leeftijd van het kind.

Ik zou mij dan ook willen aansluiten bij de «roep» om meer samenwerking en afstemming tussen de hierbij betrokken partijen. De centrale gedachte dat al deze functies in één centrale organisatie zouden moeten worden ondergebracht, spreekt mij echter niet aan. Ik moet tevens opmerken dat het plan een aantal veronderstellingen bevat die onjuist of achterhaald zijn.

Tot slot. De kraamzorg heeft de afgelopen jaren «in de knel gezeten». In 2000 en 2001 heb ik met de Kamer gediscussieerd over de omstandigheden die hiertoe geleid hebben en de mogelijkheden om de situatie te verbeteren. De laatste maanden is mij gebleken dat de kraamzorg uit het diepe dal aan het komen is; deze opvatting heb ik nog eens bevestigd gezien in de contacten naar aanleiding van het onderhavige plan met ZN, KNOV, LVT en BTN.

Mede door de inspanningen van de brancheorganisaties hebben de zorginstellingen flink geïnvesteerd in de kwaliteit van zorg die zij leveren; onlangs is de eerste afdeling kraamzorg van een thuiszorginstelling «officieel» gecertificeerd. De LVT, waar het overgrote deel van de zorgaanbieders lid van is, streeft ernaar al haar lidinstellingen binnen een jaar te certificeren. Ook de BTN streeft naar een eigen keurmerk voor haar lidinstellingen.

De tarieven zijn thans op een zodanig niveau dat het voeren van een gezonde bedrijfsvoering mogelijk is en ook het leveren van kortdurende zorg uit strikt financieel oogpunt geen belemmering meer is. Knelpunt is het in diverse gebieden bestaande tekort aan kraamverzorgenden. Door het huidige systeem van financieren van opleidingen te wijzigen, streef ik ernaar meer mensen te doen instromen in deze sector van de zorg.

Naast het accent op de omvang van het personeelsbestand in de kraamzorg, is de uitdaging voor 2002 en de komende jaren vooral gelegen in het verbeteren van de samenwerking en afstemming met de andere partijen in de verloskundige keten. De betrokken partijen hebben aangegeven dat zij zich hiervan bewust zijn en zich willen inspannen om de krachten te bundelen om het Nederlandse systeem van thuisbevallen te waarborgen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers