

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

892

Vragen van het lid **Arib** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *derdelijnsverloskundige zorg*. (Ingezonden 2 oktober 2008)

1

Hebt u kennisgenomen van het artikel «Derdelijns verloskundige zorg: doelstellingen van het «Planningsbesluit bijzondere perinatologische zorg» uit 2001 nog niet gehaald» van J. van Eyck e.a.¹

2

Is het waar dat de sectie Bijzondere Perinatologische Zorg (BPZ) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) het evaluatierapport derdelijnsverloskundige zorg op 15 oktober 2007 heeft aangeboden aan de Nederlandse federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN)? Hoe is door de NFU en ZN op dit evaluatierapport gereageerd? Welke aanvullende maatregelen zijn genomen naar aanleiding van het evaluatierapport?

3

Bent u in het bezit van het door BPZ opgestelde evaluatierapport derdelijnsverloskundige zorg?

4

Indien u het evaluatierapport BPZ kent, wat is dan uw mening over dit evaluatierapport? Welke maatregelen heeft u genomen c.q. bent u van plan te nemen naar aanleiding van het evaluatierapport?

5

Indien u niet op de hoogte bent van het evaluatierapport, hoe beoordeelt u dan de uitvoering van het Planningsbesluit, waarin staat dat de NFU en ZN de regie voeren over de uitvoering van het planningsbesluit en periodiek naar u terugkoppelen voor wat betreft de voortgang?

6

Kan concreet worden aangegeven hoe de NFU en ZN de hen opgedragen regiefunctie inhoudelijk vorm hebben gegeven? Hoe, op welke tijdstippen, in welke vorm en met welke inhoud heeft terugkoppeling door NFU en ZN naar u plaatsgevonden?

7

Wat is uw mening ten aanzien van het feit dat ruim 5% van alle zwangere vrouwen, die vanwege risico's moeten worden opgenomen en ernstig zieke pasgeborenen, niet in hun eigen regio kunnen worden opgevangen bij gebrek aan bedden en deskundig personeel?

8

Hoeveel extra bedden en hoeveel extra personeel is nodig om te zorgen voor voldoende capaciteit? Bent u van plan te zorgen voor voldoende capaciteit? Zo ja, welke maatregelen gaat u nemen om hiervoor te zorgen?

9

Bent u het eens met de conclusie van het artikel: «Om de doelstellingen van het Planningsbesluit in de periode tot 2011 te kunnen realiseren zijn een strakke regie en een kostendekkende financiering nodig.»? Zo neen, waarom niet? Zo ja, bent u van plan die strakke regie op u te nemen en te zorgen voor een kostendekkende financiering zodat de doelstellingen van het Planningsbesluit verwezenlijkt kunnen worden, op welke wijze en wanneer gaat u dit doen? Zo neen, waarom niet?

10

Bent u bereid deze vragen te beantwoorden vóór 9 oktober 2008, opdat de antwoorden op deze vragen meegenomen kunnen worden in de voorbereiding van het algemeen overleg Ketenzorg verloskunde/kraamzorg op 9 oktober a.s.?

¹ Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 27 september 2008; 152 (39).

Antwoord

Antwoord van minister **Klink**
(Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
(ontvangen 9 december 2008)

1

Ja.

2

Het evaluatierapport is afkomstig van de sectie Bijzondere Perinatologische Zorg (BPZ) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Het artikel is geschreven door auteurs die namens de sectie BPZ spreken. Eén van de auteurs, dr. J. van Eyck, is voorzitter van de sectie BPZ. Ik zie dan ook geen aanleiding om te twifelen aan het bericht van de sectie BPZ dat zij het evaluatierapport aan de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft verzonden. Ik heb van de NFU en ZN geen signalen ontvangen dat de uitvoering van de beleidsvoornemens stagneert. Zie verder mijn antwoord op vraag 5.

3

Nee, ik ken het evaluatierapport niet.

4

Zie de antwoorden op vragen 2 en 3.

5

Ten behoeve van de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg en expertise zijn in het planningsbesluit van 2001 tien centra aangewezen die bijzondere perinatologische zorg mogen verlenen. Elk centrum heeft een vergunning voor de neonatale intensive care als bedoeld in artikel 2 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Met het planningsbesluit is er voor gekozen om het aantal plaatsen waarover een vergunninghoudend centrum beschikt niet meer afhankelijk te stellen van de toestemming van de Minister. Dit betekent dat de groei van de neonatale intensive care is vrijgegeven. De toenmalige minister van VWS heeft met de VAZ (nu NFU) en ZN afgesproken dat zij gezamenlijk de landelijke regie hebben om de noodzakelijke uitbreiding van IC-capaciteit voor pasgeborenen en kinderen op een zo kort mogelijke termijn te realiseren. Hierbij trad dr. C. Breederveld op als waarnemer namens de minister van VWS. Dit was in die tijd van belang omdat een inhaalslag nodig was. Dit heeft geresulteerd in de instelling van een

Kerngroep KinderIC onder leiding van prof. dr. F.G.A. van der Meché. De Kerngroep KinderIC ging voortvarend ter werk. Zij stelde een uitbreidingsplan op en zag toe op een snelle realisatie ervan. Uw Kamer is regelmatig geïnformeerd over de voortgang. De Kerngroep KinderIC heeft twee rapporten uitgebracht: Het rapport «Meer goede zorg voor ernstig zieke kinderen» op 12 juni 2003 en de rapportage *Kerngroep KinderIC 2003 en 2005*.

In 2005 hield de Kerngroep KinderIC op te bestaan. Het aantal IC-bedden was uitgebreid. Verdere bijstellingen van het aantal IC-bedden is een onderwerp voor het lokaal overleg tussen het centrum en de verzekeraar. Deze situatie doet recht aan de verantwoordelijkheden zoals deze in het zorgstelsel verdeeld zijn.

6

Zie het antwoord op vraag 5.

7

Op basis van het artikel constateer ik dat het aantal overplaatsingen naar een centrum buiten de regio met 65% is afgenomen, tot 312 overplaatsingen in 2006. Dit is een sterke verbetering. Ik verwacht dat de centra zich blijven inspannen om het aantal overplaatsingen tot een minimum te beperken.

8

Ik onderschrijf het belang van voldoende capaciteit voor de bijzondere perinatologische zorg. Het centrum en de verzekeraar zijn verantwoordelijk voor de daadwerkelijke afstemming van het aanbod op de vraag. Vanuit mijn systeemverantwoordelijkheid heb ik de bekostiging verbeterd en zijn de beleidsregels aangepast. Met de thans geldende beleidsregels kunnen de centra een budgetvergoeding krijgen voor de kosten van perinatologische zorg. Hierbij is uitgegaan van een bezettingsgraad van 80% zodat er 20% extra capaciteit is om het aantal overplaatsingen tot een minimum te beperken. Daarmee is sprake van een adequate bekostiging.

9

De sectie BPZ concludeert dat er veel bereikt is gedurende de vijf jaren na het planningsbesluit van 2001. Zo is er een goed registratiesysteem ontwikkeld, is het aantal OHC-bedden toegenomen en is het aantal

zwangeren dat geweigerd of uitgeplaatst wordt afgenomen. Daarnaast zijn de subspecialisatie obstetrische perinatologie en de opleiding tot OHC-verpleegkundige tot stand gekomen. Dit zijn positieve ontwikkelingen.

Ook is geïnvesteerd in het optimaliseren van het gebruik van beschikbare bedden door het bewerkstelligen van een betere uitstroom. Om de druk op de neonatale intensive care te verlichten zijn er in verschillende ziekenhuizen in overleg met de zorgverzekeraars post-IC high care bedden gekomen. Deze zorgvorm is, in tegenstelling tot de neonatale intensive care, niet WBMV vergunningplichtig en kan dus in principe in elk ziekenhuis geboden worden, mits sprake is van verantwoorde zorgverlening. Vanwege de snellere doorplaatsing kan de beschikbare capaciteit voor neonatale intensive care gebruikt worden om meer pasgeborenen te helpen.

Maar dit neemt niet weg dat het artikel aanknopingspunten biedt voor verbeteringen. Indicatief hiervoor is dat de sectie BPZ wijst op de oprichting van de Ronald McDonaldhuizen als verklaring voor de verkorting van de opnameduur op een OHC-afdeling. De Ronald McDonaldhuizen zijn bedoeld voor gezonde kraamvrouwen, terwijl de OHC-afdelingen bestemd zijn voor ernstig zieke zwangeren of zwangeren met een ernstig bedreigde zwangerschap. De indicatiestelling voor verblijf op een OHC-afdeling verdient wellicht aanscherping. Tot slot wil ik opmerken dat de conclusies over de huidig veronderstelde capaciteitstekorten zijn gebaseerd op aannames zoals bekend ten tijde van het opstellen van het planningsbesluit. Niet alle aannames zijn actueel meer. Zo is het aantal geboorten lager dan voorzien en is het single embryo transfer beleid in gang gezet (het terugplaatsen van één embryo). Deze ontwikkelingen leiden tot een verminderende capaciteitsbehoefte. De auteurs hebben in de conclusies hiermee geen rekening gehouden. Binnenkort spreek ik met de NVOG en zal ik het onderwerp bijzondere perinatologische zorg agenderen.

10

Dit is mij helaas niet gelukt.