

Vergaderjaar 2017–2018

**32 279**

## **Zorg rond zwangerschap en geboorte**

**Nr. 119**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 december 2017

Tijdens het AO Zwangerschap en Geboorte van 22 juni 2017<sup>1</sup> heeft mijn ambtsvoorganger de volgende toezeggingen gedaan:

- Het informeren van Kamer over de verschillende experimenten in de geboortezorg, welke knelpunten er zijn en welke al opgelost zijn;
- Het informeren van de Kamer over de stand van zaken rond het aanbieden van hoogtechnologisch draagmoederschap aan mannenparen;
- Nagaan welke rol de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting kan spelen in het monitoren van het aantal kinderen per donor.

Deze laatste toezegging is afgedaan in de stand van zaken brief Medische Ethiek van 7 december jl. (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 46) In deze brief ga ik in op de andere twee toezeggingen.

#### *Integrale geboortezorg*

De afgelopen jaren zijn er binnen de geboortezorg veel veranderingen in gang gezet. Het uitgangspunt daarbij is gezamenlijke en kwalitatief goede zorg rond de zwangere. Daarbij wordt de zwangere in staat gesteld de regie te hebben over de ontvangen zorg: integrale geboortezorg. De zorgstandaard integrale geboortezorg, de recent gepubliceerde agenda geboortezorg 2018–2022<sup>2</sup> en de mogelijkheid voor regio's om te kiezen voor integrale bekostiging faciliteren deze ontwikkeling. Zoals mijn ambtsvoorganger heeft aangegeven is het overstappen naar een ander bekostigingsstelsel niet altijd makkelijk. Daarom ben ik de regio's die deze stappen zetten of hebben gezet erkentelijk.

Op dit moment zijn zes regio's overgegaan naar integrale bekostiging. Deze regio's hebben ervaren dat een goede samenwerking, enthousiasme,

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 279, nr. 117

<sup>2</sup> <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=11902&m=1508858553&action=file.download>

een goede juridische structuur, waarin iedere beroepsgroep een gelijkwaardige stem heeft, belangrijke voorwaarden zijn. De eerste ervaringen van deze regio's zijn positief. Ze zijn niet meer gebonden aan «schotten» in de financiering waardoor inhoud meer leidend kan zijn, er meer ruimte is voor innovatie en er meer ruimte is om afspraken te maken over substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Het College Perinatale Zorg (CPZ) zal op korte termijn de eerste ervaringen van deze regio's delen op haar website.

Daarnaast zijn er twee regio's die samen met de zorgverzekeraar een overeenkomst met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben gesloten voor de beleidsregel innovatie. Zilveren Kruis en de vrouwenkliniek, waarin Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam en Amstelland (EVAA), VUMC en AMC zijn verenigd, hebben een 5-jarig contract gesloten voor het leveren van zorg. Het doel is de levering van de juiste zorg, op het juiste moment door de juiste professional. Geboortegroep Reinova Delft heeft met zorgverzekeraar DSW een aanvraag ingediend voor de beleidsregel innovatie en hiervoor heeft de NZa een beschikking afgegeven.

Verder heeft de NZa de rapportage uitgebracht «Contractafspraken integrale bekostiging<sup>3</sup>» waarin de stand van zaken wordt beschreven. Belangrijkste conclusie is dat geboortezorgorganisaties kwaliteitsafspraken maken, bijvoorbeeld over het verbeteren van uitkomsten van zorg voor moeder en kind. Daarnaast brengt de wijze waarop integrale bekostiging in de contracten is vormgegeven, geen verandering aan op het recht van zwangere vrouwen om zelf een zorgaanbieder te kiezen. Een zwangere vrouw kan altijd kiezen voor een zorgaanbieder, ook als deze zorgaanbieder niet bij de geboortezorgorganisatie is aangesloten. Tevens worden voor de transitie naar integrale bekostiging meerkosten gemaakt, zoals kosten voor juridisch advies en extra personeelsinzet. Uit de contracten komt naar voren dat deze meerkosten binnen enkele jaren worden afgebouwd.

Voor de zwangere is het van belang dat er integrale geboortezorg wordt geleverd. De integrale bekostiging is een middel om de samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen de geboortezorg te bevorderen. Ik wil daarom de Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) die zich het komende jaar voorbereiden om gebruik te gaan maken van integrale bekostiging zo goed mogelijk ondersteunen. Mijn uitgangspunt daarin is leren van elkaar. Enerzijds de opgedane kennis verspreiden en anderzijds knelpunten in kaart brengen en hier oplossingen voor zoeken. Dankzij deze aanpak hebben de overgestapte geboortezorgorganisaties met hulp van de CPZ-Taskforce ondersteuningsproducten voor andere VSV's ontwikkeld.

Eén van de producten is een stappenplan voor VSV's dat helpt om te komen tot een passende samenwerkingsvorm in een geboortezorgorganisatie. Verder is het van belang dat de cliëntparticipatie in geboortezorgorganisaties steviger wordt neergezet. Om dit te faciliteren is er een leidraad opgesteld waarin verschillende vormen van cliëntparticipatie worden omschreven.

Naast deze producten staan op de kennisbank van het CPZ documenten en voorbeelden die VSV's kunnen gebruiken om te komen tot integrale bekostiging.

Tot slot heb ik met landelijke partijen afgesproken een inventarisatie uit te voeren naar knelpunten die VSV's ervaren als zij overstappen naar een

<sup>3</sup> <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=11902&m=1508858553&action=file.download>

andere wijze van bekostigen. Het gaat hier bijvoorbeeld om meer eenduidigheid in contractering. Het CPZ heeft hierin de regie.

### Hoogtechnologisch draagmoederschap

Het lid Bergkamp vroeg naar de stand van zaken rond het aanbieden van hoogtechnologisch draagmoederschap (of IVF-draagmoederschap) aan mannenparen. De beroepsrichtlijn, waarin de eis was opgenomen dat beide geslachtscellen door de wensouders geleverd worden, is in 2016 komen te vervallen. Het nieuwe standpunt van de beroepsgroep – die niet de status heeft van richtlijn – acht het aanbieden van IVF-draagmoederschap aan mannenparen bespreekbaar. Daarmee is IVF-draagmoederschap voor mannenparen in Nederland niet langer uitgesloten.

Er zijn twee factoren die maken dat IVF-draagmoederschap voor mannenparen nog niet wordt aangeboden in de praktijk: ten eerste de juridische onzekerheid voor alle betrokkenen en ten tweede de meer uitgebreide counseling wanneer donoreicellen moeten worden gebruikt. Ik licht dat hieronder toe.

Er is geen wet- en regelgeving die rechtszekerheid biedt voor de betrokken partijen bij draagmoederschap, zoals uitgebreid beschreven in het rapport van de Staatscommissie Herijking Ouderschap (Kamerstuk 33 836, nr. 18). Vanwege de daarmee samenhangende risico's voor het kind zijn artsen en klinieken terughoudend met het aanbieden van IVF-draagmoederschap in het algemeen. Het VUmc is de enige kliniek die IVF-draagmoederschap aanbiedt. Zolang er niets verandert aan de juridische onzekerheid, is het de vraag of er een tweede kliniek bereid is IVF-draagmoederschap aan te bieden.

Het aanbieden van IVF-draagmoederschap aan een mannenpaar heeft meer voeten in aarde dan voor een paar dat zelf beide geslachtscellen aanlevert. In het laatste geval zijn er maximaal vier partijen betrokken bij de overeenkomst: de wensouders en de draagmoeder met haar eventuele partner. Bij IVF-draagmoederschap voor mannenparen zijn er tot zes personen betrokken, namelijk additioneel een eiceldonor met haar eventuele partner. Dat vraagt extra tijd en aandacht in de counseling en voorbereiding en vergroot het risico op onenigheid over afspraken tussen partijen. Het VUmc beraadt zich op het aanbieden van IVF-draagmoederschap aan mannenparen en wat dit organisatorisch vergt.

Zorgvuldigheid staat hier voorop, dus ik heb er begrip voor dat de klinieken en beroepsgroep de tijd nemen voor hun eigen besluitvorming om een tweede centrum voor IVF-draagmoederschap in te richten en/of het bestaande aanbod van IVF-draagmoederschap uit te breiden naar mannenparen.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins