

Vergaderjaar 2023–2024

32 279

Zorg rond zwangerschap en geboorte

Nr. 256

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 april 2024

Elk jaar worden er zo'n 170.000 kinderen in Nederland geboren. Al deze kinderen en hun ouder(s) krijgen te maken met de geboortezorg. Zorg die per definitie integraal wordt geleverd, omdat verschillende zorgverleners betrokken zijn, van een eerstelijnsverloskundige en kraamverzorgende tot (indien nodig) een klinisch verloskundige, gynaecoloog, huisarts en/of kinderarts. De sector kent een lange voorgeschiedenis met integraal werken, maar staat voor dezelfde uitdagingen als breed voor gezondheid en zorg zijn vastgesteld in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het Integraal Zorg Akkoord (IZA). De toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en de samenwerking, zowel binnen de geboortezorg als met publieke gezondheidszorg en het sociaal domein, vragen om aandacht. Op basis van het advies «Beter weten: een beter begin» van het RIVM uit 2020 is met het veld *de verbeteraanpak voor integrale geboortezorg*¹ vormgegeven, waarbij aan thema's zoals organisatie, goede start en preventie, kwaliteit, data en ICT, en bekostiging wordt gewerkt. Met deze brief informeer ik uw Kamer over de huidige stand van zaken van deze verbeteraanpak.

Leeswijzer

Allereerst ga ik in op de samenwerking in de geboortezorg met het versterken van de Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) en de samenwerking met andere domeinen. Daarna besteed ik aandacht aan de uitdagingen in de toegankelijkheid van de geboortezorg. Vervolgens ga ik in op verschillende randvoorwaarden voor goede integrale geboortezorg, waaronder onder andere gegevensuitwisseling, landelijke governance en bekostiging.

¹ In 2021, voor het eerst over gecommuniceerd als versnellingsaanpak in Kamerstuk II 2021/2022, 32 279, nr. 216

Samenwerking in de geboortezorg en met andere domeinen

Toegankelijke en passende geboortezorg voor ouder en kind voor, tijdens en na de geboorte: dat is de opgave waar de sector voor staat. Dit vraagt nauwe samenwerking van de verschillende zorgverleners in de geboortezorg en om verbinding tussen de zorg en publieke gezondheidszorg en het sociaal domein, waaronder de jeugdgezondheidszorg.

Samenwerking in VSV's

In eerdere brieven² is uw Kamer geïnformeerd over de aanpak voor het versterken van de samenwerkingsverbanden, de VSV's³. Met de landelijke geboortezorgpartijen is overeengekomen welke verantwoordelijkheden en taken op basis van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg⁴ (ZIG) bij de samenwerkingsverbanden wordt belegd. Dit is vastgelegd in het Basiskader voor VSV's. Vervolgens is in nauwe samenwerking met integrale spelers in de geboortezorg (de Federatie van VSV's, het Netwerk Regionale Geboortezorg Consortia (NRCG) en het College Perinatale Zorg (CPZ)), een stimuleringsprogramma Versterking VSV's opgezet door ZonMw. Het programma richt zich op de verdere professionalisering en versterking van (de kwaliteit van) de samenwerking in de VSV's en heeft als doel de VSV's te ondersteunen bij de (verdere) implementatie van het basiskader. De stappen die VSV's zetten, worden gemonitord om zo de professionaliseringsslag met elkaar te kunnen volgen en VSV's ook op regionaal niveau hiervan kunnen leren. Vanaf eind april kunnen VSV's subsidie aanvragen voor projecten die lopen tot en met 2026. Met deze aanpak, die ook op bestuurlijk niveau met de landelijke geboortezorgpartijen is afgesproken, geef ik invulling aan de motie van het lid Ellemeet⁵ om de samenwerking met betrokken partijen in de geboortezorg te verbeteren. Daarmee doe ik deze motie af.

Samenwerking met andere domeinen

Het is bekend dat naast medische en leefstijlfactoren ook sociale factoren, zoals laaggeletterdheid, taalachterstand, een slechte leefomgeving, huiselijk geweld, armoede, schulden en daarmee gepaard gaande chronische stress, invloed hebben op de geboorte. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om geboorte met een laag gewicht, vroeggeboorte en babysterfte. Maar ook na de geboorte zijn deze factoren van grote invloed op de ontwikkeling van het kind en hebben een levenslang effect. Een kind zonder goede start begint met een achterstand aan het leven en heeft later meer kans op fysieke, mentale en sociale problemen. Aandacht voor ouders in een kwetsbare situatie over de volle breedte van de geboortezorg en in verbinding met publieke gezondheidszorg en het sociaal domein, waaronder de jeugdgezondheidszorg, is daarom van groot belang. Met de vervolgaanpak Kansrijke Start 2022–2025⁶ wordt aan die samenwerking gewerkt. Op lokaal niveau in de lokale en regionale coalities Kansrijke Start en landelijk in het actieprogramma Kansrijke Start.

Uitdagingen in toegankelijkheid

De sector kampt met tekorten in capaciteit. Personeelskrapte speelt voornamelijk in het ziekenhuis (gespecialiseerde verpleegkundigen) en in

² Kamerstukken II 2021/2022, 32 279, nr. 236 en Kamerstukken II 2022/2023, 33 578, nr. 95

³ Het versterken van VSV's is inclusief de integrale geboortezorg organisaties (IGO's).

⁴ De Zorgstandaard wordt op dit moment herijkt door veldpartijen in de geboortezorg.

⁵ Kamerstukken II 2021/2022, 32 279, nr. 228

⁶ Kamerstukken II 2021/22, 32 279, nr. 233

de kraamzorg en heeft daarmee invloed op de verloskundige zorg in de eerste lijn. Het veld en ik werken daarom zowel aan een toekomstbestendige arbeidsmarkt, als de optimale inzet van mensen. Hieronder schets ik eerst wat er gebeurt in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) en in het IZA, ga ik vervolgens in op de landelijke aanpak van het veld gericht op geboortezorg en sluit ik af met afspraken van zorgaanbieders en verzekeraars over de kraamzorg.

Toekomstbestendige arbeidsmarkt en optimale inzet in TAZ en IZA

De capaciteit en toegankelijkheid van zorg is een zorgbreed vraagstuk. Samen met zorgpartijen adresseren we dit door enerzijds te werken aan een toekomstbestendige arbeidsmarkt met het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) en anderzijds aan een optimale inzet van die beschikbare capaciteit door afspraken uit het IZA te implementeren over bijvoorbeeld zorgcoördinatie van de acute zorg. Hier heeft ook de geboortezorg mee te maken. Zo is in het IZA afgesproken dat in de ROAZ'en de benodigde acute geboortezorg in een regio gecoördineerd wordt. Daarnaast wordt met het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) gewerkt aan het realtime inzichtelijk maken van de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen en geboortecentra. In afstemming met de geboortezorgpartijen wordt het dashboard door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) doorontwikkeld. Zo is het inmiddels mogelijk om ook het aantal weigeringen (wanneer een eerstelijnsverloskundige met een zwangere niet terecht kan in een (voorkeurs)ziekenhuis voor begeleiding of overdracht van een bevalling) te registreren en de beschikbare Neonatale Intensive Care Unit (NICU) capaciteit te zien.

Landelijke aanpak van het veld

Daarnaast coördineert het CPZ op mijn verzoek de landelijke aanpak van het veld. Deze aanpak gaat voornamelijk over systeemoptimalisatie binnen de geboortezorg, dus wat kunnen landelijke partijen doen om regio's te helpen de beschikbare capaciteit optimaal te benutten. Denk aan ontwikkelingen op het gebied van data en innovatie, zoals inzicht in hoe e-Health kan bijdragen. Maar ook anders organiseren en leren van elkaar, zoals andershalvelijnszorg in geboortecentra waardoor minder ziekenhuisbedden nodig zijn, en het uitwisselen van goede voorbeelden tussen regio's.

Toekomstbestendige kraamzorg

Ook de kraamzorg kampt met personeelskrapte, waardoor het niet altijd lukt om kraamvrouwen het geïndiceerde aantal uur (vaak 49 uur) volgens het Landelijk Indicatieprotocol (LIP) te leveren. Daarom hebben Bo Geboortezorg en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) afgelopen zomer een convenant gesloten om te werken aan een toekomstbestendige sector. Partijen hebben zich maximaal ingespannen om alle kraamvrouwen in Nederland te voorzien van in ieder geval 24 uur kraamzorg. Daar waar nodig worden meer uren zorg geboden. Momenteel wordt er hard gewerkt aan opvolging van het convenant. Ook werken beide partijen aan een gezamenlijke visie op de kraamzorg en aan verschillende projecten om de sector toekomstbestendig te maken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de ontwikkeling van de Kraamzorg Landelijke Indicatie Systematiek (KLIM) als opvolger van het LIP. De KLIM maakt het mogelijk meer passende kraamzorg te bieden. Hierdoor wordt het mogelijk om meer of minder uur kraamzorg te leveren afhankelijk van de situatie van de kraamvrouw en het jonge gezin. De verwachting is dat eind dit jaar de implementatie kan starten. Ik ondersteun de ontwikkeling en de huidige pilotfase van de KLIM met een subsidie.

Randvoorwaarden voor goede integrale geboortezorg

Randvoorwaarden in de geboortezorg dienen op orde te zijn, zodat het veld zich kan concentreren op de eerdergenoemde opgaven van toegankelijkheid en kwaliteit en de hiervoor benodigde samenwerking. Ik heb het dan over een goede (data) infrastructuur voor gegevensuitwisseling in het primaire proces, onderzoek en monitoring (secundair gebruik van data), de implementatie van kennis en gegevensuitwisseling, een optimale governance van landelijke spelers ter ondersteuning, een passende bekostiging, etc. Al deze aspecten zijn geen doel op zich, maar dienen ter ondersteuning aan de kwaliteit van zorg. Per onderwerp geef ik in deze brief kort de stand van zaken weer.

Duurzaam informatiestelsel geboortezorg

Sinds 2019 is via het programma Babyconnect geïnvesteerd in het mogelijk maken van gegevensuitwisseling tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en de aanstaande ouder(s). In totaal doen 60 VSV's in negen regionale partnerschappen mee aan dit programma en wordt er nu gewerkt aan de implementatie. Begin dit jaar heeft er bijvoorbeeld een eerste livegang plaatsgevonden met betrekking tot het beschikbaar stellen van verloskundige gegevens in de persoonlijke gezondheidsomgeving. Parallel werken de partnerschappen, het programmabureau en de landelijke geboortezorgpartijen aan een toekomstbestendige inrichting van het informatiestelsel geboortezorg. Dat wil zeggen dat zij een landelijke governance hebben ingericht volgens NEN 7522, waarbij expliciet de wensen en behoeftes van eindgebruikers voorop staat. Sinds januari wordt hiermee proefgedraaid. Dit zijn positieve ontwikkelingen.

Het programma is evenwel niet zonder uitdagingen gebleken. Zo is door mijn voorganger extra subsidie beschikbaar gesteld voor regio's voor ICT-implementatie en licentiekosten. Daarnaast verliepen de onderhandelingen tussen de regio's, het programmabureau en de leveranciers moeizaam, waardoor de implementatie later van start is gegaan. Ook nu ligt een aantal vraagstukken voor. Zo hebben de regionale partnerschappen aangegeven dat een extra subsidie nodig is in 2025 totdat per 2026 op basis van het kostenonderzoek van de NZa de nieuwe max-tarieven voor de geboortezorg zijn vastgesteld. Ik ben bereid om hier nog één keer middelen voor ter beschikking te stellen, indien de partijen zich committeren dat zij zich ook na 2025 met energie volledig blijven inzetten voor de implementatie en ook daarna voor de borging en doorontwikkeling. Daarnaast heeft het programmabureau mij zeer recent geïnformeerd dat de implementatie vertraging heeft opgelopen. Ik ga in gesprek met de regionale partnerschappen, het programmabureau en Nictiz welke vervolgstappen nu nodig en mogelijk zijn en zal uw Kamer hier na de zomer over informeren.

Secundair datagebruik

Beter inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheid van en zorg voor ouders en kind is gewenst. De informatie op het snijvlak van data, kennis en onderzoek kan beter worden benut. Ik ben daarom bezig met de inrichting van de monitoringsfunctie voor de eerste 1.000 dagen. In een Kamerbrief en in de beantwoording van het recente Schriftelijke Overleg van de vaste commissie voor VWS⁷ heb ik hierover al aangegeven dat ik de monitor stapsgewijs wil laten ontwikkelen, samen met het veld. Inmiddels heb ik het RIVM de opdracht gegeven om de werkagenda voor

⁷ Kamerstukken II 2023/2024, 32 279, nr. 250 en nr. 253

2025 vorm te geven en in het najaar van 2024 op te leveren. Op basis daarvan kan de monitoringsfunctie van start. Daarnaast zit in deze opdracht ook het ontwerp van een generieke duurzame onderzoeksomgeving. Er zijn nu vier lopende monitors rondom zwangerschap en geboorte⁸ die met data gericht op een specifieke populatie of doelgroep werken. Door de komst van een monitoringsfunctie met een generieke focus is het idee om een generieke data-infrastructuur bij het RIVM neer te zetten, waaruit de verschillende monitors vervolgens ook kunnen worden gefaciliteerd.

Door adviesbureau KPMG is een evaluatie gedaan naar de instellingssubsidie die Perined, de organisatie voor de perinatale registratie en audit, ontvangt. Het onderzoek laat zien dat het veld over het algemeen vertrouwen heeft in de relatie met Perined. Op basis van de resultaten concludeert KPMG dat Perined de verstrekte instellingssubsidie in de periode 2018–2022, afhankelijk van de diensten, deels effectief en doelmatig heeft besteed. Om Perined effectiever en doelmatiger in te zetten, wordt aanbevolen om de kerntaken van Perined te prioriteren, passend bij de rol als «databroker» binnen de geboortezorg. Daarnaast wordt geadviseerd om de onafhankelijk rol die Perined heeft, te behouden en te borgen. Om de kwaliteit en compleetheid van de data te vergroten beveelt KPMG aan om onderzoek te doen naar de knelpunten in de aanlevering en de mogelijkheden om de aanlevering van data te verbeteren. Het advies is om Perined hierin te ondersteunen. Ten slotte wordt aanbevolen om ook de governance en het besluitvormingsproces van Perined te herevalueren, zodat zij haar taken effectiever en efficiënter kunnen uitvoeren.

Ik onderken de aanbevelingen die KPMG doet. Zo loopt Perined al enige tijd tegen knelpunten aan ten aanzien van het aanleveren van gegevens voor hun kwaliteitsregistratie. Hierdoor zijn cijfers over 2022 en 2023 tot op heden incompleet gebleven. Over deze problematiek en uitkomsten van de evaluatie, ben ik in gesprek met Perined. Naar verwachting zal de opgezette infrastructuur in het programma Babyconnect en daarmee het duurzame informatiestelsel (deels) uitkomst bieden om de ervaren problemen op te lossen. Zij gaan op basis van de evaluatie aan de slag om te komen tot een verbeterplan. In dit verbeterplan zal Perined ingaan op de opvolging van de aanbevelingen en de wijze waarop zij zullen aansluiten op het eerdergenoemde duurzame informatiestelsel. Hierbij heb ik aangegeven dat voor dit verbeterplan zoveel mogelijk draagvlak is bij de betrokken geboortezorgpartijen. Over het plan blijf ik de komende tijd in gesprek met Perined, zodat zij hier snel mee van start kunnen gaan.

Kennis en onderzoek

Sinds 2011 wordt met het ZonMw-programma Zwangerschap en geboorte de kennisontwikkeling voor betere integrale zorg voor moeder en kind en voor screening rond zwangerschap en geboorte gestimuleerd. Najaar 2022 heeft mijn voorganger aan ZonMw gevraagd om het programma voort te zetten. Op basis van de onderzoeksagenda die is opgeleverd⁹, de evaluatie van het vorige programma en input uit het veld, is ZonMw gekomen tot drie programmalijnen gericht op preventie, samenwerking en screening rondom zwangerschap en geboorte. Dit zijn thema's die goed aansluiten op de opgaven in de sector waarmee ik deze brief ook begin. Het programma zal zich vooral richten op kennisverspreiding en

⁸ De landelijke monitor Kansrijke Start, de lerende lokale monitor Kansrijke Start, de monitor onbedoelde zwangerschappen en passende bekostiging van de geboortezorg.

⁹ <https://www.zonmw.nl/nl/nieuws/onderzoeksagenda-integrale-geboortezorg>

implementatie van de resultaten van de vorige programma's. Het programma gaat halverwege dit jaar van start en loopt tot en met 2030.

Landelijke governance en ondersteuning

Het CPZ is in 2011 opgericht om de geboortezorgsector te ondersteunen bij het bevorderen van een goede start van elk kind, door het bevorderen van de verbetering van de kwaliteit in de geboortezorg en de verbinding met andere domeinen. De activiteiten van het CPZ gaan de gehele geboortezorg aan en zij overstijgen de belangen en het ondersteuningsaanbod van de monodisciplinaire partijen in het geboortezorgveld. Deelnemende partijen in het CPZ zijn de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Bo Geboortezorg, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en ZN. De Federatie van VSV's is nauw betrokken bij de activiteiten van het CPZ.

CPZ ontvangt voor haar werk een instellingssubsidie van VWS. Het adviesbureau KPMG heeft een evaluatie gedaan naar de instellingssubsidie die het CPZ ontvangt. Uit het onderzoek komt naar voren dat het veld kritisch en verdeeld is over de effectiviteit en doelmatigheid van het CPZ. KPMG concludeert dat het CPZ met de verstrekte instellingssubsidie in de periode 2018–2022, afhankelijk van de diensten en activiteiten, een wisselende mate van effectiviteit en doelmatigheid vertoont. Deze beoordeling wordt beïnvloed door de uiteenlopende belangen van partijen en visies van deze partijen op de zorg.

In het rapport wordt aanbevolen om een duidelijke visie en strategie voor de integrale geboortezorg te formuleren. De opdracht voor het CPZ kan vervolgens afgeleid worden vanuit deze gemeenschappelijke doelstelling. Ook wordt aanbevolen om in te zetten op meer landelijke sturing, en om de inzet van het CPZ in te richten op basis van de gemeenschappelijke doelstelling met – waar mogelijk – bijbehorend mandaat. Ten slotte wordt aanbevolen om ook de huidige governance van het CPZ, vanuit de integrale geboortezorg en de benodigde verbetercyclus, te herevalueren. De overlegstructuur zou versimpeld kunnen worden en meer focussen op de behoeftes uit het veld.

De uitkomsten van het onderzoek zijn voor mij herkenbaar. Tegelijkertijd zie ik dat het CPZ zo effectief en doelmatig kan zijn als de deelnemende geboortezorgpartijen toelaten. Ik zie de evaluatie van het CPZ daarmee ook als een evaluatie van de samenwerking tussen de verschillende geboortezorgpartijen. Het is duidelijk dat deze beter moet. Herziening van landelijke integrale overlegtafels en herijking van de onderwerpen en samenwerkingsafspraken op deze tafels is nodig. Ik ben dan ook blij dat nu twee kwartiermakers (de bestuursvoorzitters van de Federatie van VSV's en CPZ) op persoonlijke titel en in opdracht van de landelijke partijen, aan de slag zijn om de governance met alle geboortezorgpartijen eenduidig neer te zetten. Afhankelijk van de uitkomsten van dit governance traject, zal ik bezien in hoeverre het nodig is om separaat nog aan het CPZ te vragen om te komen tot een verbeterplan.

Bekostiging

Eerdere adviezen¹⁰ geven in de context van het versterken van VSV's aan dat samen organiseren niet vrijblijvend kan zijn. In de geboortezorg is er sprake van een tweesporenbeleid¹¹, waarmee vanuit de twee sporen van monodisciplinaire bekostiging en integrale bekostiging naar beter passende bekostiging wordt gewerkt. Het verkennen van het bekostigen van samenwerking, dus een bekostiging voor VSV's, is onderdeel hiervan. Hierbij wordt aangesloten bij de aanpak van het versterken van VSV's door te kijken naar een structurele bekostiging van de taken en verantwoordelijkheden van een VSV. De NZa faciliteert een werkgroep met onder andere de betrokken integrale spelers van het stimuleringsprogramma voor VSV's, de zorgverzekeraars en ZN, het ZIN en VWS.

Het tweesporenbeleid wordt gemonitord door de NZa en het RIVM. In afstemming met het veld heeft de NZa zich de afgelopen periode op een aantal specifieke onderwerpen gericht. Zo is gekeken naar de ontwikkeling van het aantal verloskundige praktijken en kraamzorgaanbieders over de afgelopen jaren. Hieruit komt naar voren dat er geen aanleiding is om aan te nemen dat er een afname is van zelfstandige praktijken. Daarnaast is geconstateerd dat alle zorgverzekeraars zowel op basis van de monodisciplinaire bekostiging als de integrale bekostiging contracteren. Hieruit concludeer ik dat er geen sprake is van een ongelijk speelveld of «een uitsterfbeleid» van zelfstandige verloskundigenpraktijken sinds de start van het tweesporenbeleid. Hiermee doe ik de moties van het lid Agema¹² af.

Recent heeft het RIVM haar onderzoek naar vijf jaar¹³ integrale bekostiging opgeleverd. Het RIVM concludeert dat er geen grote veranderingen te zien zijn in zorggebruik, gezondheidsuitkomsten en zorguitgaven. Het RIVM licht toe dat dit te maken kan hebben met de opstartfase van de integrale geboortezorg organisaties (IGO's) in de eerste jaren en de «adempauze» binnen de IGO's door de onduidelijkheid over de toekomst van het experiment integrale bekostiging in de daaropvolgende jaren. Het RIVM adviseert daarom een periode van beleidsrust, dus minimale of geen beleidsverandering. Hier kan ik mij goed in vinden en ik sluit hier in mijn bekostigingsbeleid dus op aan. Daarnaast geeft het RIVM aan dat ook het huidige gebrek aan kennis over effectieve interventies en de lokale problematiek (inzicht in de eigen populatie) invloed heeft. Het RIVM beveelt aan om VSV's en IGO's hierin te helpen. Hiervoor is ruimte binnen het ZonMw programma Versterking VSV's. Daarnaast verken ik met het RIVM hoe zij, als onderdeel van hun monitoring, alle VSV's kunnen faciliteren in dat inzicht in de eigen populatie aan de hand van beschikbare data. Dit kan VSV's ook ondersteunen in hun verdere professionalisering. Ook heb ik met het RIVM afgesproken dat de geleerde (beleids)lessen van integrale bekostiging die juist zien op het brede geboortezorgbeleid, in kaart worden gebracht, zodat we deze lessen kunnen benutten voor toekomstige beleidsvorming. Naast het RIVM zal ook de NZa de ontwikkelingen rondom de bekostiging in de geboortezorg blijven volgen. Specifiek kijkt de NZa vanaf zomer 2024 naar de mate waarin zwangeren tevreden zijn over de samenwerking

¹⁰ Beter weten: een beter begin door RIVM (2020), Evaluatie zorgstandaard integrale geboortezorg door CPZ (2021), rapport Samen (net)werken in de zorg: doorbreken van patronen door Berenschot in opdracht van Zorginstituut Nederland (2021) en Stip op de horizon voor de geboortezorg door Common Eye (2021).

¹¹ Zowel monodisciplinaire als integrale bekostiging is mogelijk in de geboortezorg. Samenwerkingsverbanden kunnen zelf hun vorm kiezen. Zo'n 10% maakt nu gebruik van integrale bekostiging.

¹² Kamerstukken II 2021/2022, 32 279, nrs. 225 en 226

¹³ Tussen 2017 en 2022, dus de experimenteerperiode van integrale bekostiging.

tussen de geboortezorgprofessionals, de informatievoorziening vanuit zorgaanbieders om weloverwogen keuzes te maken en de door vrouwen ervaren keuzevrijheid voor een zorgaanbieder¹⁴. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie van de leden Van den Berg en Bikker¹⁵.

Tot slot

Deze brief beschrijft de stand van zaken van het geboortezorgbeleid en de uitvoering van de aanbevelingen uit het advies «Beter weten: een beter begin» van het RIVM uit 2020. De geboortezorg loopt voorop in de integrale samenwerking, zowel binnen het curatieve zorgdomein als met de publieke gezondheidszorg en het domein, waaronder de jeugdgezondheidszorg. Er zijn belangrijke stappen voorwaarts gezet om samen goede geboortezorg en een gezonde start voor ouder en kind vorm te geven en er zijn ook nog belangrijke stappen te zetten. Hierin is het veld primair aan zet en richt ik mij erop om de randvoorwaarden voor verdergaande samenwerking en kwaliteitsverbetering mogelijk te maken.

De Minister voor Medische Zorg,
P.A. Dijkstra

¹⁴ Kamerstukken II 2021/2022, 32 279, nr. 222

¹⁵ Kamerstukken II 2021/2022, 32 279, nr. 230