

Vergaderjaar 2022–2023

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 708

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 21 februari 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- de brief van 23 december 2022 inzake de reactie op het verzoek van de commissie over het besluit toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking (Kamerstuk 31 765, nr. 701) en over
- de brief van 16 januari 2023 inzake het proces rond de besluitvorming over de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen (Kamerstuk 31 765, nr. 703).

De vragen en opmerkingen zijn op 9 februari 2023 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 20 februari 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie	8
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie	9
	Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	10
II.	Reactie van de Minister	11

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie danken de Minister voor zijn brief met daarin zijn reactie op twee brieven van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) over de concentratie van kindhartchirurgie. Zij nemen deze brief voor kennisgeving aan en hebben nog enkele aanvullende vragen.

De aangenomen motie van de leden Ellemeets en Kuiken¹ verzoekt de regering een visie te ontwikkelen op alle (hoogcomplexe) zorg die ten behoeve van kwaliteitsverbetering geconcentreerd moet worden.

Genoemde leden hebben deze motie gesteund en hebben begrepen dat de Kamer deze visie het eerste kwartaal van 2023 kan verwachten. Kan de Minister bij deze visie aangeven op welke wijze hij deze visie gaat helpen realiseren?

De leden van de VVD-fractie delen de urgentie dat de huidige situatie te kwetsbaar is om die langere tijd te laten voortbestaan. Deze leden steunen daarom ook het besluit van de Minister om de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) te verzoeken te komen met een voorstel. In het verzoek van de Minister aan de NFU geeft hij aan dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport alle benodigde medewerking en ondersteuning zal bieden, juist ook in de transitie. De Minister benadrukt dat de samenwerking tussen de centra beter moet. Genoemde leden herkennen die oproep. Zij zijn benieuwd welke rol die Minister voor zichzelf ziet in het proces van afstemming en samenwerking. Wie is van dit proces de proceseigenaar en is de Minister bereid zelf regie te nemen om de afstemming en samenwerking op korte termijn tot eerste verbeteringen te helpen leiden?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief met hierin de reactie op het verzoek van de commissie over het besluit over toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Genoemde leden onderschrijven de insteek van de Minister en hebben hier geen verdere opmerkingen of vragen over.

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 626.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de brief van de Minister van VWS waarin hij reageert op twee brieven van de NVT. Deze leden hebben daarover nog enkele vragen. Zij maken zich net als de NVT en andere veldpartijen zorgen over de transparantie en communicatie inzake het proces om de kindhartcentra in Nederland te concentreren. De leden van de PVV-fractie maken zich ook zorgen over de grote mate van beïnvloeding en belangenverstrengeling bij betrokken partijen en het gelobby van onder andere een CDA-spindoctor. Op welke wijze borgt de Minister een zorgvuldig proces? Is de Minister bekend met het rapport «Evaluatie van de WBMV»² en de conclusie uit dit rapport dat: «Door het ontbreken van een transparant en duidelijk vastgelegd proces, ... ontstaat bij meerdere onderzochte verrichtingen ruimte voor een dynamiek waarin niet alleen medisch inhoudelijke overwegingen maar ook (financiële) belangen van de verschillende belanghebbers een rol gaan spelen.» Zo ja, wat is de reactie van de Minister op deze conclusie? Kan de Minister aangeven of en hoe dit rapport betrokken is geweest bij het proces sinds 2021 tot nu toe? Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

Genoemde leden willen weten hoe de objectiviteit van de Minister in deze kwestie geborgd is, aangezien hij eerder voorzitter was van de raad van bestuur van het Erasmus MC, een van de betrokken centra. Ook valt het deze leden op dat de Minister de samenwerking tussen het Erasmus MC en het Radboud MC vaak in positieve zin als voorbeeld noemt, ook in zijn opdrachtbrief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Is er ook een voorbeeld van samenwerking te benoemen waar de Minister niet bij betrokken was vanuit een eerdere functie? Wat vindt de Minister bijvoorbeeld van de samenwerking van het Centrum voor Aangeboren Hartafwijkingen Amsterdam-Leiden (CAHAL)?

De leden van de PVV-fractie vragen of de Minister de impactanalyse van de NZa wel serieus neemt. De Minister legt het risico op gezondheidsschade door concentratie, verlies van expertise, kwaliteit en continuïteit immers naast zich neer. Kan hij voor elk van deze onderdelen aangeven waarom? Zonder ook maar iets te wijzigen aan de criteria, verwijst de Minister het probleem terug naar de NFU, terwijl die er in 30 jaar tijd niet uitgekomen zijn. Waarom zou dat nu anders zijn? Is de Minister alvast aan het voorsorteren om zijn eigen visie door te drukken, wetende dat de NFU er ook dit keer niet uit zal komen?

Deze leden vrezen dat de Minister onvoldoende oog heeft voor het in de NZa-impactanalyse genoemde sneeuwbaaleffect voor andere delen van de spoedzorg (zoals kinderoncologie, kinder-intensive care (IC), traumacentrum) op de twee locaties waar de kindhartinterventies weg zouden gaan. Hoe borgt de Minister dat de concentratie van de kindhartinterventies niet leidt tot het omvallen van andere delen van de spoedzorg op die locaties waar de interventies weggaan?

De leden van de PVV-fractie begrijpen niet dat de Minister de personeelstekorten en het al dan niet willen meeverhuizen van IC-verpleegkundigen naar nieuwe locaties afdoet als een opleidingskwestie. Neemt de Minister de positie en bezwaren van de verpleegkundigen wel serieus? Wat gebeurt er als de gespecialiseerde kindhartverpleegkundigen niet meeverhuizen? Hoeveel jaar duurt het voordat de expertise van deze mensen op peil is van de kindhartverpleegkundigen die niet zijn meeverhuisd? Verliest de Minister naast opleiding praktijkervaring met de complexiteit van kindhartoperaties niet uit het oog? Centra slagen er nu al niet in om voldoende verpleegkundigen voor de kinder-IC-opleiding te vinden. Uit het Capaciteitsplan 2024–2027 blijkt dat voor kinder-IC-verpleegkundigen bijna drie keer zoveel opgeleid zouden moeten worden

² Significant, 19 december 2012, «Evaluatie van de WBMV».

als tot nu toe in de afgelopen jaren is gelukt. Hoe denkt de Minister dit te realiseren? Mochten de centra tegen alle verwachting in er toch in slagen genoeg kinder-IC-verpleegkundigen aan te trekken, wat betekent dit dan voor de kinder-IC-bedden in de rest van het land? De Minister geeft verder aan dat hij IC-verpleegkundigen breed wil inzetten. Heeft hij nagevraagd of de verpleegkundigen dat wel willen? IC-zorg is specialistische zorg, hoe strookt dat met breder en flexibeler inzetten? Graag ontvangen deze leden een reactie. De Minister geeft aan dat verpleegkundigen kunnen gaan werken bij de interventies. Op welke interventies doelt de Minister? Is de Minister ermee bekend dat bijvoorbeeld de opleiding tot operatieassistent dan wel hartkatheterisatie-assistent een heel andere opleiding is dan die van verpleegkundige? Heeft de Minister informatie over de bereidheid van verpleegkundigen om een andere opleiding te gaan volgen?

Genoemde leden willen graag weten wat de Minister verstaat onder regionale spreiding. Is de reisafstand van de patiënt tot een interventiecentrum hier bepalend in of niet? Des te minder centra, des te groter de afstand tussen centra die afgelegd moet worden, des te langer is een IC-team en ambulance per dienst niet beschikbaar. Momenteel is er al een tekort aan beschikbare ambulances. Wat gaat de Minister hieraan doen? Hoe borgt de Minister dat acuut zieke kinderen op tijd vervoerd en geholpen kunnen worden vanuit welke locatie dan ook in Nederland? Graag ontvangen deze leden een feitelijke onderbouwing. Erkent de Minister verder, zoals ook de NZa aangeeft, dat ongeveer 12.000 patiënten vanwege hun hartafwijking voor al hun interventies (dus ook de niet-cardiale) naar een interventiecentrum moeten? Heeft de Minister ook contact gehad met volwassen patiënten met een aangeboren hartafwijking? Is deze groep niet onderbelicht gebleven bij het concentratievraagstuk? De NZa geeft juist in het belang van de patiënten aan dat er «risico's op gezondheidsschade» ontstaan door toename van transporten en schakelmomenten. Kan de Minister aangeven welke mitigerende maatregelen hij voor zich ziet tegen minder transporten en minder schakelmomenten?

De leden van de PVV-fractie constateren dat de kindhartchirurgie in Nederland heel goed scoort ten opzichte van de landen om Nederland heen. De NZa geeft ook aan dat het niet te verwachten is dat het sterftecijfer voor de kindhartchirurgie zal verbeteren aangezien de centra in Nederland al tot de beste centra ter wereld behoren. Toch meent de Minister dat nog verbetering mogelijk is door concentratie. Kan hij aangeven aan welke verbeteringen hij dan denkt? Wat is zijn oordeel over het commentaar van de internationaal gerenommeerde validatie commissie ten aanzien van de mortaliteit? Voorts vragen deze leden waarom de Minister de urgentie van concentratie zo benadrukt. Als men al dertig jaar met deze kwestie bezig is, kan er toch wel gewacht worden op een integrale visie van het academische zorglandschap, zoals de NZa adviseert? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting.

Deze leden constateren dat de Minister in de pers zei dat hij veel gesprekken over de concentratie van de kindhartchirurgie voerde. Met welke organisatie heeft hij gesproken? Sprak hij met alle vier de kindhartcentra? De Minister zei dat hij met patiënten heeft gesproken. Met welke patiëntenorganisaties sprak hij? Welk deel van de patiënten vertegenwoordigen zij? De Minister geeft in het media-optreden aan dat de patiëntenorganisaties verheugd hebben gereageerd op zijn brief. Kan de Minister aangeven of de patiëntenorganisaties ook ingestemd hebben met het besluit om te blijven bij het aantal van twee interventiecentra voor kindhartchirurgie? Zo ja: is de Minister zich bewust van het feit dat de patiëntenorganisaties op hun websites aangeven dat ze geen voorkeur voor concentratie naar twee of drie centra hebben? Is de Minister bekend met het feit dat in de NZa-rapportage 68% van de meer dan 3600 respondenten die een interventie hebben ondergaan of waarvan het kind een interventie heeft ondergaan, tegen concentratie is? Realiseert de

Minister zich dat dit meer dan tien keer zoveel respondenten zijn dan die hebben bijgedragen aan het rapport van de patiëntenorganisaties najaar 2021? Zou de Minister naar aanleiding van de antwoorden op vragen van het lid Agema concreet met een datum kunnen aangeven wanneer ambtenaren zijn langs geweest in het Erasmus MC en in het CAHAL, locatie Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in 2021? Begrijpen genoemde leden goed dat de Hartstichting zijn recente standpunt baseert op een patiëntenraadpleging uit 2021? Waarom heeft de Minister in aanloop naar het versturen van zijn brief op 16 januari 2023 niet gesproken met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Stichting Pulmonale Hypertensie? De leden van de PVV-fractie missen een onderbouwing voor de concentratie van vier naar twee kindercentra voor de interventies. Zij begrijpen dat er zo'n 200 denkbare kindercinterventies zijn, dat er een aantal zijn die in alle vier de centra regelmatig worden uitgevoerd en dat er een aantal zijn die zeldzaam zijn en waarvoor nu al patiënten naar een andere interventielocatie reizen. Waarom is het niet mogelijk om de veel voorkomende interventies op vier locaties te blijven doen en de minder vaak voorkomende te verdelen over de expertise van de kindercinterventurgen van de vier locaties? Dan zijn we er toch ook? Zo nee, waarom niet? Deze leden vragen waarom elk van de vier kindercentra niet kan doorgaan met die interventies waarvoor zij voldoen aan de frequentie- en kwaliteitseisen. Graag zien zij een feitelijke onderbouwing. De kwaliteit van deze interventies is toch vooral gekoppeld aan een specifieke arts, niet aan een specifieke locatie?

Genoemde leden hebben nog wat vragen over de Wet open overheid (Woo)-documenten³. Kan de Minister aangeven waarom in Woo-document 875064 zoveel vraagtekens staan bij «ICU/PICU/ volwassenIC capaciteit», terwijl dit een van de criteria is waarop de ambtsvoorganger van de Minister heeft besloten? Kan de Minister aangeven waarom dit de verbazing van de ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wekt (Woo 875065)? Kan de Minister aangeven waarom de bezetting kindercinterventiecardiologie, zowel in Woo-document 875064 en de presentatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2022 foutief vermeld staat en dat dit in de brief van 11 februari 2022 van de Minister pas wordt aangepast?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op het verzoek van de commissie over het besluit toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Hoewel er nog een debat zal plaatsvinden over de toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking en een technische briefing van de NZa op hun onlangs uitgebrachte impactanalyse, hebben de betreffende leden al wel enkele vragen en opmerkingen.

Zij lezen dat de voormalig Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 9 december 2021 ruwweg «getoetst» heeft op basis van welke criteria hij het besluit tot concentratie en de keuze voor de interventiecentra wilde nemen. De criteria voor een dergelijk ingrijpend besluit zijn – ondanks dat een andere indruk werd gewekt – dus alleen ruwweg in een gesprek «getoetst» waarbij geen sprake was van formele advisering/

³ Rijksoverheid, 4 november 2022, «Documenten deel 1 bij 3e deelbesluit Wob-verzoek concentratie zorg kindercinterventiechirurgie» (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/11/04/documenten-deel-1-bij-3e-deelbesluit-wob-verzoek-concentratie-zorg-kindercinterventiechirurgie>).

wetenschappelijke toetsing. Hoe reflecteert de Minister hierop? Vindt de Minister zonder formele wetenschappelijke toetsing en alleen ruwweg advies inwinnen voor de totstandkoming van de criteria waarop in eerste instantie het besluit tot concentratie werd genomen goed? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? Vindt de Minister met de kennis van nu en de recent verschenen impactanalyse van de NZa dat het toenmalige besluit verantwoord was?

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie vinden, nog los van de inhoudelijke appreciatie, dat het proces tot nog toe niet goed is verlopen. Er kwam een besluit tot concentratie zonder de consequenties te kennen. Het besluit werd teruggedraaid en de consequenties van concentratie werden in beeld gebracht in een impactanalyse van de NZa. Op fundamentele punten wijkt de Minister af van dit advies van de NZa. Kan de Minister schematisch aangeven welke punten hij overneemt en welke niet en waarom? Genoemde leden zijn benieuwd in hoeverre de Minister na het eerste besluit tot concentratie van vier naar twee locaties open heeft gestaan voor een andere uitkomst dan de concentratie naar twee locaties. Met andere woorden: was er een kans dat de impactanalyse van de NZa de mate waarin geconcentreerd wordt zou veranderen? De betreffende leden vinden kwaliteit van zorg net als de Minister van groot belang. Tegelijkertijd is ook nabijheid en bereikbaarheid van goede zorg essentieel. Kan de Minister aangeven hoe hij deze zaken tot elkaar verhoudt in zijn besluitvorming over de concentratie? Ook zijn deze leden benieuwd in hoeverre de impactanalyse, de beschreven gevolgen van concentratie en mate waarin mitigerende maatregelen wel/niet haalbaar zijn, meewegen in de besluitvorming over concentratie.

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de vraag die de Minister bij de NFU, de koepelorganisatie voor de academische ziekenhuizen, heeft neergelegd. De Minister vraagt een laatste keer de ziekenhuizen onderling de knoop door te hakken in welke twee van de vier ziekenhuizen de kinderhartchirurgie geconcentreerd moet worden. Heeft de Minister voorafgaand aan deze vraag contact gehad met alle vier de ziekenhuizen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de Minister aangeven of en welke ziekenhuizen op voorhand hebben aangegeven uit de voeten te kunnen met deze opdracht/vraag van de Minister? In hoeverre acht(te) de Minister een positieve uitkomst op zijn vraag kansrijk? Waarop is deze inschatting gebaseerd? Mocht de NFU de opdracht/vraag niet aannemen en/of de ziekenhuizen er onderling niet uitkomen, zijn de betreffende leden benieuwd naar het proces en afwegingskader dat de Minister gebruikt om tot een besluit te komen, zoals aangekondigd in zijn brief van 16 januari jongstleden. Kan de Minister het proces dat hij gaat doorlopen, eventuele betrokkenen waarmee gesproken gaat worden en het afwegingskader dat hij gebruikt om tot een besluit te komen in detail met de Kamer delen?

Genoemde leden lezen dat de Minister bij concentratie naar twee locaties de gevolgen voor de andere twee locaties met mitigerende maatregelen wil opvangen. De betreffende leden vragen de Minister of hij heeft getoetst en zichzelf voorafgaand aan dit besluit tot concentratie naar twee locaties heeft verzekerd van de haalbaarheid van mitigerende maatregelen. Waarom heeft de Minister ervoor gekozen om de NFU eerst om een advies te vragen over de concentratielocaties en pas een paar maanden later te laten komen met een voorstel voor mitigerende maatregelen? Zou dit niet gelijk op moeten gaan? Kan de Minister aangeven op welke wijze de haalbaarheid van mitigerende maatregelen is getoetst? Is de Minister van opvatting dat de ook door hem nodig geachte mitigerende maatregelen haalbaar zijn en waarop baseert de Minister dit? Kan de Minister aangeven in hoeverre deze opvatting strookt met de conclusies van de

NZa over niet op te vangen en onomkeerbare consequenties? Is de Minister bereid om voorafgaand aan zijn definitieve besluit tot concentratie in kaart te brengen welke mitigerende maatregelen voor elk van de locaties genomen moeten worden om de mede door de NZa beschreven nadelige gevolgen van concentratie op te vangen? Is de Minister bereid deze op haalbaarheid te toetsen? Indien de nodig geachte mitigerende maatregelen onhaalbaar blijken te zijn, kan dat wat de Minister betreft van invloed zijn op de besluitvorming tot concentratie?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. Zij vragen de Minister waar hij de aannahme op baseert dat het voldoende zou zijn om enkele mitigerende maatregelen te nemen om de hevige negatieve effecten van de concentratie van de medische ingrepen waar de NZa voor waarschuwde te voorkomen. De NZa adviseerde immers zelf om vanuit een integraal perspectief te kijken. Genoemde leden vragen de Minister daarnaast wie volgens hem precies deze mitigerende maatregelen moet nemen en wie deze bovendien moet financieren.

Deze leden constateren dat de Minister, door niet mee te gaan in het advies van de NZa om vanuit een integraal perspectief te kijken, in principe de universitair medisch centra (UMC's) dezelfde vraag voorlegt als waar zij eerder niet uit kwamen. Waarom heeft de Minister er vertrouwen in dat zij hier nu wel gezamenlijk uitkomen?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom hij de optie van concentratie naar drie centra wederom uitsluit, ook na de conclusies van de NZa over de grote negatieve effecten van het verdwijnen van de interventies in bepaalde centra. Concentratie naar drie centra zou immers deze negatieve effecten beperken tot één centrum, waardoor het ook makkelijker zou zijn om deze effecten te mitigeren. Waarom geeft de Minister de NFU niet de ruimte om deze optie ook mee te wegen? Zij vragen de Minister daarbij waarom hij nu de optie van concentratie naar drie centra voor het overleg tussen de UMC's uitsluit, terwijl hij als hoofd van het Erasmus MC juist actief pleitte voor een model met drie centra. Genoemde leden constateren dat de NZa verwacht dat «het totaal aantal patiënten met een hartafwijking nog verder zal toenemen tot tenminste 120.000 in 2025» en daarnaast constateert dat 12.000 mensen momenteel «ook voor alle niet-cardiale interventies (bijvoorbeeld een galblaasoperatie) [zijn] aangewezen op expertise van een interventiecentrum (bijvoorbeeld voor cardioanesthesie)». Heeft de Minister deze punten uit het NZa-rapport ook meegewogen bij zijn besluit om de optie van drie interventiecentra uit te sluiten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om de Minister enkele vragen te stellen over het proces rond het besluit over de toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Deze leden vinden het van groot belang dat de interventiezorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking toekomstbestendig wordt gemaakt. Het kleine aantal medisch specialisten, de zeer hoge dienstbelasting, de zeldzaamheid van de aandoeningen terwijl juist voor deze kwetsbare patiënten de allerbeste zorg moet worden geboden, maken het in stand houden van de huidige organisatie onhoudbaar. Deze leden zien in een vorm van concentratie van zorg een manier om deze zorg toekomstbestendig en passend te maken, waarbij altijd gekeken moet worden naar de neveneffecten. Genoemde leden zien in de impactanalyse die de NZa heeft uitgevoerd een waardevolle analyse van de bredere effecten van concentratie van zorg, voor de acute zorg, de

patiënten, de opleidingsmogelijkheden en zeker ook de impact op de regio. Zij gaan ervan uit dat het veld dit zal betrekken en op basis hiervan een beslissing kan nemen over de concentratie van zorg die waarborgt dat deze zeer specialistische zorg toekomstbestendig wordt, patiënten zich ook in de toekomst verzekerd weten van de zorg die zij nodig hebben en het acute zorglandschap in het algemeen in alle regio's in Nederland goed bereikbaar en toegankelijk blijft. Want iedereen in Nederland moet verzekerd zijn van kwalitatief goede en toegankelijke zorg.

Genoemde leden vragen of de Minister kan toelichten op welke wijze en momenten in de besluitvorming hij de impactanalyse wil betrekken. Interpreteren zij het schrijven van de Minister goed als zij menen dat de Minister de resultaten van de impactanalyse alleen wil gebruiken om de negatieve effecten van een besluit te mitigeren? Deze leden brengen in herinnering dat een jaar geleden het voorgenomen besluit op veel weerstand kon rekenen omdat de bredere impact op regio, totale ziekenhuis en verplegend personeel niet duidelijk was. Zij vragen wat het betekent voor het besluit dat deze impact nu wel bekend is. Zij brengen onder de aandacht dat naast de impact die de NZa benoemt ook bredere gevolgen meegewogen moeten worden, zoals de verhuisbereidheid van zorgpersoneel en de mogelijkheden om zich al dan niet op een nieuwe plek te vestigen.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in de impactanalyse dat de NZa niet adviseert tot twee of drie interventiecentra. De Minister kiest voor twee locaties en vraagt de NFU om daar een gedragen voorstel voor te doen. Kan de Minister nader toelichten waarom hij op dit moment opnieuw kiest voor twee locaties en deze keuze niet bij de NFU laat? Ziet de Minister ook ruimte voor groei naar zo'n situatie en hoe beschouwt hij «*shared care*»-constructies in dit verband? Kan de Minister het proces tot een definitief besluit schetsen?

Deze leden zien dat de Minister duidelijkheid wil bieden aan patiënten en naaste familie. Zij vragen tegelijk ook hoe de Minister de risico's inschat voor de rest van het academische zorglandschap, nu hij een geïsoleerd besluit wil nemen voor de hartinterventies en daarbij nog geen zicht heeft of andere concentratiebewegingen noodzakelijk zijn om de kwaliteit van zorg op duurzaam goed niveau te laten functioneren. Herkent de Minister dat een besluit voor de hartinterventies onomkeerbare gevolgen heeft voor de interventiecentra die deze specialisatie moeten overdragen als het gaat om zorgpersoneel, de regionale functie van een UMC, de verwevenheid met andere academische zorg, centrumspecifieke expertise, de huidige bezetting van patiënten met een aangeboren hartafwijking op de IC en verpleegafdelingen, zoals de NZa beschrijft? Welke consequenties verbindt de Minister hieraan? De NZa benoemt dat het weghalen van de hartinterventies bij het LUMC het risico met zich meebrengt of de kinder-IC open kan blijven en dat het weghalen bij het UMC Groningen het risico met zich meebrengt dat de acute zorg in de regio veel minder toegankelijk wordt. Kan de Minister nader toelichten hoe hij deze gevolgen weegt, wat hij daarin van de NFU vraagt en welk effect de Minister in elk geval wil voorkomen? Is de Minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat deze risico's meegenomen moeten worden in een besluit tot concentratie, of deze nu door de NFU of door de Minister zelf zal worden gemaakt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister inzake het besluit over de toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Zij zijn allesbehalve gerust op zorgvuldige besluitvorming op basis van inhoudelijke criteria. Een werkelijk gedragen besluit over de concentratie van centra voor patiënten met een aangeboren hartafwijking is een besluit dat werkelijk, dus niet alleen in naam,

berust op inhoudelijke criteria. Genoemde leden zijn echter bezorgd dat een transparant en zorgvuldig proces domweg neerkomt op het cosmetisch wegpoetsen van wat hobbels in het gevolgde traject. Kan de Minister bevestigen dat een grondige heroverweging aan de hand van inhoudelijke criteria zal plaatsvinden, in het licht ook van de zwaarwegende argumenten die in het afgelopen jaar op tafel zijn gekomen?

De Minister voert gesprekken met patiëntenorganisaties, wetenschappelijke verenigingen van de zorgprofessionals en de bestuurders van universitaire medische centra over de reorganisatie van de hartzorg. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de inzichten en invalshoeken die mede tijdens deze gesprekken naar boven komen serieus meetellen in de afweging over de concentratie van hartzorg? De leden van de JA21-fractie willen dat de bevindingen en indrukken uit de gesprekken expliciet worden genoteerd. Deze vraag stellen deze leden omdat ze willen voorkomen dat de inbreng wordt weggeschreven om vast te houden aan het voornemen van de toenmalig demissionair Minister om de chirurgie voor aangeboren hartafwijkingen in Nederland in Rotterdam en Utrecht te concentreren.

Vertegenwoordigers van belanghebbenden beklemtonen de noodzaak van een objectief besluit op basis van transparante en toetsbare criteria. Daarbij wordt ook gewezen op onjuiste beeldvorming die zou worden gevoed door onder meer het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Als voorbeeld wordt genoemd de onjuiste informatie dat het expertisecentrum van AMC en LUMC voor de diagnose en behandeling van aangeboren hartafwijkingen (CAHAL) complexe operaties op twee locaties zou uitvoeren. Genoemde leden onderstrepen de grote waarde van transparantie en toetsbaarheid. Zij verzoeken de Minister het proces van besluitvorming zo in te richten dat over de objectiviteit, anders dan tot nog toe in dit traject, geen enkele twijfel meer kan bestaan.

De leden van de JA21-fractie vragen of de Minister kan aangeven wat op basis van het artikel van Kansy et al⁴ de te verwachte winst in mortaliteit percentage en aantal overlevende neonaten is in het scenario met twee centra tegenover het scenario met drie centra. Kan de Minister deze winst in mortaliteit en aantal overlevende neonaten ook aangeven in een scenario dat een centrum 60 neonaten opereert?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het proces rond besluitvorming over de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Zij hebben hierover enkele vragen. Deze leden constateren dat de Minister de impactanalyse van de NZa feitelijk naast zich neerlegt. De NZa adviseert om een pas op de plaats te maken en voorafgaand aan verdere besluitvorming eerst een integraal perspectief op de toekomst van het gehele academisch zorglandschap uit te werken. Volgens de NZa zou de NFU vóór de zomer van 2023 dit perspectief moeten opstellen, in opdracht van de Minister. De Minister vernauwt deze aanbeveling zodanig dat hij stelt dat de NZa adviseert de NFU nog één keer de gelegenheid te geven om zelf met een voorstel tot concentratie van de interventies bij aangeboren hartafwijkingen te komen en wel voor 1 april 2023. Dat is niet wat de NZa adviseert. De NZa adviseert een breder perspectief en een langere termijn en pas daarna een besluit. Verder adviseert de NZa om op korte termijn tot twee clusters van interventiecentra te komen. Ook dit wijst de Minister af.

⁴ Kensity et al., mei 2018, «Higher Programmatic Volume in Neonatal Heart Surgery Is Associated With Lower Early Mortality».

De leden van de SGP-fractie vinden dit opmerkelijk. De Minister heeft immers zélf de NZa om een impactanalyse gevraagd. Waarom legt hij de conclusies en heldere aanbevelingen van de NZa naast zich neer en kiest hij voor een eigen route? Waarom kiest hij voor een zeer korte tijdsplanning? Heeft hij werkelijk de verwachting dat de ziekenhuizen er in een paar maanden nu wél uitkomen, terwijl hen dit in de afgelopen jaren niet is gelukt? Hoe realistisch is dat? Waarom vraagt hij de ziekenhuizen om nu éérst een keuze te maken voor twee centra en daarna mitigerende maatregelen uit te werken, terwijl de NZa precies het tegenovergestelde heeft geadviseerd?

Kan de Minister aangeven hoe het proces eruit komt te zien als de NFU er niet uitkomt of zelfs al voor 15 februari aangeeft dat het niet in staat is om met een voorstel te komen? De Minister geeft aan dat hij zich genoodzaakt ziet om, als de NFU er niet uitkomt, «op korte termijn» zelf een besluit te nemen. Hoe snel na 1 april 2023 gaat hij dan dat besluit nemen? Neemt hij dan ook zelf verantwoordelijkheid voor het uitwerken van mitigerende maatregelen of laat hij dat dan over aan de ziekenhuizen? Hoe wordt de Kamer bij dit proces betrokken?

Onderschrijft de Minister de conclusie van de NZa dat het «risicovol is om dit concentratiebesluit te nemen zonder zicht te hebben op andere noodzakelijke concentratiebewegingen»? Is de Minister bereid om alsnog een breed perspectief op de toekomst van het academisch zorglandschap uit te werken? Erkent de Minister dat zo'n perspectief nodig is?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister op de twee brieven van de NVT over de concentratie van kinderhartchirurgie. Genoemd lid is zeer bezorgd over het hele proces om te komen tot concentratie van de kinderhartchirurgie. Het proces is niet transparant, beslissingen lijken niet logisch en er zijn grote misverstanden tussen Minister en betrokken partijen, zoals in dit geval de thoraxchirurgen. De Minister heeft de beslissing over concentratie nu teruggelegd bij de NFU. Gezien de dramatische wijze waarop dit proces verloopt en de onrust die dit met zich meebrengt, denkt het lid van de BBB-fractie dat de enige manier om dit proces weer vlot te trekken bestaat uit het opvolgen van de adviezen van de NZa zoals beschreven in de Rapportage impactanalyse concentratie interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking, en dan met name het advies om te komen tot een Integraal Perspectief op een toekomstbestendig academisch zorglandschap.

Genoemd lid ziet in de bovengenoemde brief en de bijlagen bij dit schriftelijk overleg een bevestiging van de chaotische wijze waarop dit proces verloopt. De NVT herkent zich niet in het beeld dat criteria afkomstig zijn uit het visierapport en dat deze zijn getoetst bij hun besturen. De Minister geeft aan dat de criteria niet één voor één zijn aangenomen. Het lid van de BBB-fractie constateert dat een verschil zit in zich niet herkennen in criteria en letterlijk overnemen. Kennelijk wijken de criteria dermate af dat de NVT ze ook niet herkent. Dit is zorgelijk, want dit betekent simpelweg dat de Minister het beeld schetst dit proces in overleg in afstemming met de betrokken te doorlopen, terwijl daar in de praktijk geen sprake van is. Graag ontvangt genoemd lid een reactie van de Minister hierop.

Het lid van de BBB-fractie constateert dat de huidige Minister niet van plan lijkt om te komen tot een daadwerkelijk zorgvuldig proces om te komen tot concentratie van de hartzorg in Nederland. De zorgvuldigheid van dit proces heeft onder zijn ambtsvoorganger immers al veel schade

opgelopen. De schijn van handjeklap, onder andere door de inzet van een CDA-prominent als lobbyist door één van de centra en vervolgens de merkwaardige keuze voor twee vlak naast elkaar gelegen centra, is op zijn minst aanwezig. Het lid van de BBB-fractie vindt dan ook dat er alles aan gedaan moet worden om het vertrouwen in de overheid op dit dossier te herstellen. Is de Minister dat eens met het lid? Zo ja, wat gaat hij daar dan concreet aan doen? Zo nee, waarom niet?

Het lid van de BBB-fractie is van mening dat het rendementsdenken van dit kabinet uiteindelijk leidt tot uitholling van de zorgketen. Vandaag gaat het om de hartzorg, morgen is de longafdeling aan de beurt en zo worden ziekenhuizen volledig uitgekleeft, totdat er één of twee superziekenhuizen overblijven in het midden of Westen van Nederland. En dat alles onder de noemer van het containerbegrip «efficiënt». De patiënt wordt daarbij volledig uit het oog verloren. De ziekenhuizen worden leidend gemaakt en niet de patiënt. Uiteraard wil de patiënt de beste zorg, maar in Nederland is de kwaliteit van de zorg al van een hoog niveau. De discussie over kwaliteit goede zorg is dan een discussie over een rapportcijfer 9,9 of 10. Het zijn dan juist andere aspecten van zorg die voor de patiënt ook een rol spelen, zoals toegankelijkheid en bereikbaarheid. Bovendien is het niet perse nodig om daarbij zorg te concentreren, in plaats van de patiënt naar de zorg toe te laten komen, kan de zorg ook naar de patiënt toe. Dan wordt de patiënt echt centraal gesteld. Dit gebeurt al, er zijn bijvoorbeeld spreekuren in ziekenhuizen van specialisten die niet in dat ziekenhuis werken. Waarom zou dit niet kunnen met hoogcomplexere chirurgie? Graag ontvangt genoemd lid een reactie van de Minister.

Zoals gezegd maakt het lid van de BBB-fractie zich grote zorgen over dit dossier. Niet alleen gaat het hier om mensenlevens, maar ook om het voortbestaan van met name het UMC Groningen als academisch ziekenhuis, inclusief alle gevolgen die dat heeft voor de regio. Ondanks een aangenomen motie vanuit de Kamer om regionale spreiding mee te nemen in de beslissing, legt de Minister de keuze toch weer terug bij de centra zelf. Hoe moeten de centra zelf deze afweging dan maken, inclusief het criterium van regionale spreiding? Elk centrum heeft immers veel te verliezen. Bovendien kwamen de centra er eerder zelf al niet uit. Het lijkt een middel van de Minister om zo meteen onder hoge druk, opnieuw een dubieuze keuze te maken. Het is vreemd dat de Minister daarbij naar tijdsdruk verwijst. Immers: een verkeerde beslissing zal grote gevolgen hebben, ook letterlijk voor overlevingskansen van mensen. De centra opnieuw vragen om een beslissing werkt bovendien vertragend in de tijd, des te meer omdat de kans groot is dat dit wederom niet lukt. In die tijd had de Minister ook een start kunnen maken met het Integrale perspectief. Zoals het lid van de BBB-fractie het ziet, laat de Minister nu de tijdsdruk oplopen om straks met de tijdsdruk als argument een knoop door te hakken en dat is onacceptabel. Genoemd lid wil verzoeken om de verdere procesgang te herzien en te komen tot een proces wat vertrouwen geeft in een afgewogen beslissing om te komen tot een toekomstig bestendige hartzorg. Graag ontvangt zij een reactie.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie danken de Minister voor zijn brief met daarin zijn reactie op twee brieven van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) over de concentratie van kindhartzorg. Zij nemen deze brief voor kennisgeving aan en hebben nog enkele aanvullende vragen.

De aangenomen motie Ellemeet-Kuiken⁵ verzoekt de regering een visie te ontwikkelen op alle (hoogcomplex) zorg die ten behoeve van kwaliteitsverbetering geconcentreerd moet worden. Genoemde leden hebben deze motie gesteund en hebben begrepen dat de Kamer deze visie het eerste kwartaal van 2023 kan verwachten. Kan de Minister bij deze visie aangeven op welke wijze hij deze visie gaat helpen realiseren?

Het klopt dat ik u eerder heb toegezegd in het eerste kwartaal van 2023 een brief te sturen met de een visie op alle (hoogcomplex) zorg die ten behoeve van kwaliteitsverbetering geconcentreerd moet worden. Bij het ontwikkelen van deze visie wil ik aansluiten bij de concentratie van de interventies voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen en de impactanalyse daarover van de NZa breder benutten. Daarbij zal ik waar relevant gebruik maken van het kader dat de NZa voor deze impactanalyse heeft opgesteld. Omdat de impactanalyse uiteindelijk pas december 2022 beschikbaar was, zal ik de bredere visie rond de zomer aan uw Kamer toesturen. Daarbij zal ik ingaan op de wijze waarop ik de realisatie van die visie ondersteun.

De leden van de VVD-fractie delen de urgentie dat de huidige situatie te kwetsbaar is om die langere tijd te laten voortbestaan. Deze leden steunen daarom ook het besluit van de Minister om de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) te verzoeken te komen met een voorstel. In het verzoek van de Minister aan de NFU geeft hij aan dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport alle benodigde medewerking en ondersteuning zal bieden, juist ook in de transitie. De Minister benadrukt dat de samenwerking tussen de centra beter moet. Genoemde leden herkennen die oproep. Zij zijn benieuwd welke rol die Minister voor zichzelf ziet in het proces van afstemming en samenwerking. Wie is van dit proces de proceseigenaar en is de Minister bereid zelf regie te nemen om de afstemming en samenwerking op korte termijn tot eerste verbeteringen te helpen leiden?

De NFU heeft aangeboden de leiding te nemen in het transitieproces en daar ben ik blij om. Daar waar nodig zal ik dat proces faciliteren. Daarnaast zal ik een onafhankelijke commissie van deskundigen instellen die ik zal vragen het proces te ondersteunen en te volgen en mij daar ook over te adviseren. Wat de samenwerking tussen de centra betreft zal ik overigens verbetering en formalisering van de samenwerking, bijvoorbeeld in het kader van het vormgeven van shared care en kwaliteitszorg, als voorwaarde verbinden aan de vergunning die de interventiecentra krijgen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief met hierin de reactie op het verzoek van de commissie over het besluit over toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Genoemde leden onderschrijven de insteek van de Minister en hebben hier geen verdere opmerkingen of vragen over.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de brief van de Minister van VWS waarin hij reageert op twee brieven van de NVT. Deze leden hebben daarover nog enkele vragen. Zij maken zich net als de NVT en andere veldpartijen zorgen over de transparantie en communicatie inzake het proces om de kindhartcentra in Nederland

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 626.

te concentreren. De leden van de PVV-fractie maken zich ook zorgen over de grote mate van beïnvloeding en belangenverstrengeling bij betrokken partijen en het gelobby van onder andere een CDA-spindoctor. Op welke wijze borgt de Minister een zorgvuldig proces? Is de Minister bekend met het rapport «Evaluatie van de WBMV»⁶ en de conclusie uit dit rapport dat: «Door het ontbreken van een transparant en duidelijk vastgelegd proces, ... ontstaat bij meerdere onderzochte verrichtingen ruimte voor een dynamiek waarin niet alleen medisch inhoudelijke overwegingen maar ook (financiële) belangen van de verschillende belanghebbers een rol gaan spelen.» Zo ja, wat is de reactie van de Minister op deze conclusie? Kan de Minister aangeven of en hoe dit rapport betrokken is geweest bij het proces sinds 2021 tot nu toe? Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

Ik ben bekend met dit rapport, dat de toenmalig Minister van VWS in 2016 met een beleidsreactie aan de Kamer heeft gestuurd. Uit de evaluatie kwam naar voren dat de doelstellingen en het uitvoeringsproces van de Wbmv scherper konden worden ingevuld. De toenmalig Minister heeft in de beleidsreactie aangegeven welke verbeteringen in de uitvoeringspraktijk van de Wbmv zijn doorgevoerd. Meer recent heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over de toepassing van de Wbmv. Dit advies is in het voorjaar van 2021 aan uw Kamer gestuurd. Zoals ik eerder aan uw Kamer heb laten weten, kom ik voor de zomer met een beleidsreactie op dit advies. In deze beleidsreactie zal ik ook de lessen en inzichten uit dit besluitvormingstraject meenemen.

Het proces dat ten grondslag ligt aan het thans voorliggende voorgenomen besluit is transparant geweest. Ik heb over alle stappen niet alleen met de Tweede Kamer gecommuniceerd maar ook de betrokken partijen zijn steeds op de hoogte gebracht, onder andere in gesprekken die ik met hen heb gevoerd.⁷

Genoemde leden willen weten hoe de objectiviteit van de Minister in deze kwestie geborgd is, aangezien hij eerder voorzitter was van de raad van bestuur van het Erasmus MC, een van de betrokken centra. Ook valt het deze leden op dat de Minister de samenwerking tussen het Erasmus MC en het Radboud MC vaak in positieve zin als voorbeeld noemt, ook in zijn opdrachtbrief aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Is er ook een voorbeeld van samenwerking te benoemen waar de Minister niet bij betrokken was vanuit een eerdere functie? Wat vindt de Minister bijvoorbeeld van de samenwerking van het Centrum voor Aangeboren Hartafwijkingen Amsterdam-Leiden (CAHAL)?

Ik ben op geen enkele manier betrokken geweest bij het besluit van de voormalig Minister van VWS over de concentratie van de zorg voor aangeboren hartafwijkingen, anders dan als gesprekspartner op ambtelijk niveau in mijn functie als voorzitter van de Raad van Bestuur van het Erasmus MC. Daarnaast kijken de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mee met de besluitvorming in dit dossier.

Er zijn ook andere voorbeelden te noemen. CAHAL is inderdaad een ander voorbeeld van samenwerking tussen ziekenhuizen. Wat de samenwerking tussen Erasmus MC en het Radboud MC in Nijmegen goed illustreert, is dat patiënten voor interventies erg kort-maximaal enkele dagen- naar het Erasmus MC gaan voor de interventie en direct daarna weer naar hun eigen omgeving – Radboud MC- gaan voor de nazorg.

⁶ Significant, 19 december 2012, «Evaluatie van de WBMV».

⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 707, Kamerstuk 31 765, nr. 703, Kamerstuk 31 765 nr. 696.

CAHAL is een mooi voorbeeld van samenwerking in de zorg. Echter wanneer we specifiek kijken naar deze zorg, verdeelt CAHAL de interventies zelf over twee locaties (waarbij in Leiden het accent ligt op operaties bij kinderen en in Amsterdam op volwassenen). Zoals de beroepsgroepen en patiënten hebben aangegeven is het van belang voor patiënten dat ze alle interventies op één locatie kunnen krijgen. De zorg voor deze aandoeningen is immers steeds meer levensloopzorg. Ook is het nodig dat er rond het interventiecentrum een breed kinderziekenhuis beschikbaar is dat alle specialismen in huis heeft om complicaties of comorbiditeit te kunnen opvangen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de Minister de impactanalyse van de NZa wel serieus neemt. De Minister legt het risico op gezondheidsschade door concentratie, verlies van expertise, kwaliteit en continuïteit immers naast zich neer. Kan hij voor elk van deze onderdelen aangeven waarom? Zonder ook maar iets te wijzigen aan de criteria, verwijst de Minister het probleem terug naar de NFU, terwijl die er in 30 jaar tijd niet uitgekomen zijn. Waarom zou dat nu anders zijn? Is de Minister alvast aan het voorsorteren om zijn eigen visie door te drukken, wetende dat de NFU er ook dit keer niet uit zal komen?

Het proces van concentratie van de interventies bij aangeboren hartafwijkingen bij kinderen en de complexe interventies bij volwassenen, is juist bedoeld om risico's te voorkomen. De wijze waarop deze vorm van zorg nu is georganiseerd is kwetsbaar, zeker op de langere termijn. Concentratie van de interventies leidt tot betere zorg. De verenigingen van betrokken artsen hebben vastgesteld dat concentratie nodig is om deze patiënten de beste kansen op een goede kwaliteit van leven te geven.⁸ Er zijn geen aanwijzingen dat door concentratie gezondheidsschade optreedt, omdat de kwaliteit van zorg juist zal toenemen. Alle niet-interventiezorg, zoals voor-en nazorg, controles, poliklinische behandelingen, vindt in het eigen ziekenhuis plaats voor de patiënt. Expertise neemt toe door de teams in groter verband bij elkaar te brengen; intensievere samenwerking, meer continuïteit en meer (super-)specialisatie is dan mogelijk. De beroepsgroepen geven aan de kwaliteit en continuïteit van zorg belangrijke redenen zijn juist om wel te concentreren.⁹

De patiëntenorganisaties geven aan blij te zijn dat dit eindelijk gebeurt. De discussie hierover loopt al dertig jaar. Het transitieproces zal zorgvuldig en beheerst moeten verlopen zodat kinderen of volwassenen geen belangrijke zorg mislopen als gevolg van concentratie. Het is van belang dat er duidelijkheid komt voor patiënten en zorgverleners, om de beste zorg te kunnen bieden in Nederland.

De reden om wederom de umc's te vragen zelf met een voorstel te komen was tweeledig. Ten eerste gaven de umc's eind 2021 aan er zelf niet uit te komen maar was het argument ook dat de coronapandemie hen zou beletten om er voldoende tijd aan te besteden om met een gedegen en gedragen voorstel te komen. Inmiddels zijn we ruim een jaar verder. De tweede reden is dat er nu een impactanalyse van de NZa ligt. Die maakt het mogelijk voor de centra gemeenschappelijk, passende maatregelen te

⁸ Rapport onder voorzitterschap van mevrouw dr. B. Bartelds opgesteld door een werkgroep samengesteld door de wetenschappelijke verenigingen van kinderartsen en -cardiologen (NVK), cardiothoracaal chirurgen (NVT) en interventiecardiologen (NVVC): «Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking; scenario's voor de toekomst» (2021)

⁹ Rapport onder voorzitterschap van mevrouw dr. B. Bartelds opgesteld door een werkgroep samengesteld door de wetenschappelijke verenigingen van kinderartsen en -cardiologen (NVK), cardiothoracaal chirurgen (NVT) en interventiecardiologen (NVVC): «Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking; scenario's voor de toekomst» (2021)

nemen om ongewenste effecten te mitigeren. Deze twee redenen brachten mij er toe de vraag nogmaals aan de umc's voor te leggen.

Overigens heb ik de criteria wel bijgesteld. Op basis van de impactanalyse van de NZa heb ik het aspect van toegankelijkheid van de zorg en regionale spreiding toegevoegd aan de elementen die wat mij betreft zouden moeten worden meegewogen.

De impactanalyse van de NZa wijst terecht op mogelijke onwenselijke gevolgen van concentratie bij de centra die niet aangewezen worden. Die gevolgen zullen aandacht krijgen in het transitieproces dat volgt. Daarom heb ik daar tweeëneenhalf jaar voor uitgetrokken.

Deze leden vrezen dat de Minister onvoldoende oog heeft voor het in de NZa-impactanalyse genoemde sneeuwbaaleffect voor andere delen van de spoedzorg (zoals kinderoncologie, kinder-intensive care (IC), traumacentrum) op de twee locaties waar de kinderhartinterventies weg zouden gaan. Hoe borgt de Minister dat de concentratie van de kinderhartinterventies niet leidt tot het omvallen van andere delen van de spoedzorg op die locaties waar de interventies weggaan?

Voor mij staat de beste kwaliteit van zorg voor patiënten voorop. Dat betekent dat de zorg zo wordt ingericht dat kinderen (en volwassenen) toegang hebben en ook blijven hebben tot zorg die hen de beste kansen biedt op een goede kwaliteit van leven. Door deze interventies te concentreren krijgen kinderen met een aangeboren hartafwijking, zoals gezegd, betere kansen op een goede kwaliteit van leven, ook op de langere termijn. De (kinder)IC en acute zorg moeten altijd voor iedereen toegankelijk zijn, in alle regio's. Daarover zullen dan dus ook goede afspraken moeten worden gemaakt. Het is niet mogelijk nu al precieze uitspraken te doen over óf er maatregelen nodig zijn om ic's open te houden en hoe die vorm krijgen. Datzelfde geldt voor kinderoncologie en traumacentra. Dat is maatwerk en moet aansluiten bij de precieze situatie van de umc's en de wensen en mogelijkheden van betrokken zorgverleners en patiënten. Dit zal uitgebreid in het transitieproces aan de orde komen.

De leden van de PVV-fractie begrijpen niet dat de Minister de personeelstekorten en het al dan niet willen meeverhuizen van IC-verpleegkundigen naar nieuwe locaties afdoet als een opleidingskwestie. Neemt de Minister de positie en bezwaren van de verpleegkundigen wel serieus? Wat gebeurt er als de gespecialiseerde kinderhartverpleegkundigen niet meeverhuizen? Hoeveel jaar duurt het voordat de expertise van deze mensen op peil is van de kinderhartverpleegkundigen die niet zijn meeverhuisd? Verliest de Minister naast opleiding praktijkervaring met de complexiteit van kinderhartoperaties niet uit het oog? Centra slagen er nu al niet in om voldoende verpleegkundigen voor de kinder-IC-opleiding te vinden. Uit het Capaciteitsplan 2024–2027 blijkt dat voor kinder-IC-verpleegkundigen bijna drie keer zoveel opgeleid zouden moeten worden als tot nu toe in de afgelopen jaren is gelukt. Hoe denkt de Minister dit te realiseren? Mochten de centra tegen alle verwachting in er toch in slagen genoeg kinder-IC-verpleegkundigen aan te trekken, wat betekent dit dan voor de kinder-IC-bedden in de rest van het land? De Minister geeft verder aan dat hij IC-verpleegkundigen breed wil inzetten. Heeft hij nagevraagd of de verpleegkundigen dat wel willen? IC-zorg is specialistische zorg, hoe strookt dat met breder en flexibeler inzetten? Graag ontvangen deze leden een reactie. De Minister geeft aan dat verpleegkundigen kunnen gaan werken bij de interventies. Op welke interventies doelt de Minister? Is de Minister ermee bekend dat bijvoorbeeld de opleiding tot operatieassistent dan wel hartkatheterisatie-assistent een heel andere opleiding is dan die

van verpleegkundige? Heeft de Minister informatie over de bereidheid van verpleegkundigen om een andere opleiding te gaan volgen?

Vanzelfsprekend is de positie van zorgverleners één van de centrale punten bij het vormgeven van de transitie. Het is van groot belang dat zij plezier in hun werk houden en dat bij hun wensen en mogelijkheden wordt aangesloten. Daarover gaan we uiteraard vooral in gesprek met de zorgverleners die het betreft bij deze umc's, zodat we concreet kunnen spreken over de opties die voor hen relevant zijn. Dit is ook aan de orde gekomen in het gesprek dat ik in december 2022 heb gevoerd met de beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN). De NFU heeft in haar advies aangeboden daar met mij over in gesprek te gaan. In mijn brief van 13 februari¹⁰ heb ik daar naar verwezen en heb ik ook aan gegeven dat ik in overleg met de NFU een commissie van onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen zal instellen om deze transitie te begeleiden.

Genoemde leden willen graag weten wat de Minister verstaat onder regionale spreiding. Is de reisafstand van de patiënt tot een interventiecentrum hier bepalend in of niet? Des te minder centra, des te groter de afstand tussen centra die afgelegd moet worden, des te langer is een IC-team en ambulance per dienst niet beschikbaar. Momenteel is er al een tekort aan beschikbare ambulances. Wat gaat de Minister hieraan doen? Hoe borgt de Minister dat acuut zieke kinderen op tijd vervoerd en geholpen kunnen worden vanuit welke locatie dan ook in Nederland? Graag ontvangen deze leden een feitelijke onderbouwing. Erkent de Minister verder, zoals ook de NZa aangeeft, dat ongeveer 12.000 patiënten vanwege hun hartafwijking voor al hun interventies (dus ook de niet-cardiale) naar een interventiecentrum moeten? Heeft de Minister ook contact gehad met volwassen patiënten met een aangeboren hartafwijking? Is deze groep niet onderbelicht gebleven bij het concentratievraagstuk? De NZa geeft juist in het belang van de patiënten aan dat er «risico's op gezondheidsschade» ontstaan door toename van transporten en schakelmomenten. Kan de Minister aangeven welke mitigerende maatregelen hij voor zich ziet tegen minder transporten en minder schakelmomenten?

Met regionale spreiding bedoel ik dat de toegang tot goede zorg in dit specifieke geval van de aangeboren hartafwijkingen qua geografische afstand gelijkmatig verdeeld is over het land. Daarbij gaat het voor een belangrijk deel over de reisafstand. De NZa heeft dat in kaart gebracht. Door in te zetten op toegankelijkheid en regionale spreiding wordt het ook in acute situaties makkelijker om snel de best mogelijke zorg te leveren. De NZa impactanalyse gaf aan dat het UMC Groningen een unieke positie heeft voor de toegankelijkheid van de acute zorg voor deze patiënten in Noordoost-Nederland. De precieze wijze waarop acuut zieke kinderen getransporteerd moeten worden zal voorwerp van gesprek zijn bij het vormgeven van de transitie. Dat hangt natuurlijk samen met de precieze lokale en regionale mogelijkheden en aandachtspunten.

De groep patiënten met een aangeboren hartafwijking heeft volgens de NZa voor zorg soms specifieke expertise nodig, zoals kennis van de kindercardioanesthesie. Het is dus van belang dat in de organisatie van zorg en met name de shared care deze kennis en expertise goed gedeeld wordt. Shared care ziekenhuizen worden specifiek toegerust om deze patiënten te kunnen ondersteunen, zonder dat ze de interventies zelf verzorgen. Het Radboud heeft momenteel al een soortgelijke functie en geeft aan dat het aantal patiënten dat van interventiecentra afhankelijk is een stuk lager is. Overigens wijst de validatiecommissie van de NZa

¹⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 707

impactanalyse er in dit verband op dat kindercardiologische praktijkvoering en dus expertise in ieder centrum zal blijven bestaan.

Ik heb contact gehad met vertegenwoordigers van verschillende patiëntengroepen, waaronder volwassenen. Deze groep heb ik specifiek meegenomen en is dus bij mijn beslissing niet onderbelicht gebleven. Omdat we nu weten welke umc's de interventies voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen gaan verzorgen, kunnen we concreet met de betrokken zorgverleners en organisaties om tafel om te kijken hoe de zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking het beste georganiseerd kan worden. Onderdeel daarvan zal zeker zijn hoe transport in concrete situaties vorm gegeven kan worden.

De leden van de PVV-fractie constateren dat de kindercardiologie in Nederland heel goed scoort ten opzichte van de landen om Nederland heen. De NZa geeft ook aan dat het niet te verwachten is dat het sterftecijfer voor de kindercardiologie zal verbeteren aangezien de centra in Nederland al tot de beste centra ter wereld behoren. Toch meent de Minister dat nog verbetering mogelijk is door concentratie. Kan hij aangeven aan welke verbeteringen hij dan denkt? Wat is zijn oordeel over het commentaar van de internationaal gerenommeerde validatie commissie ten aanzien van de mortaliteit? Voorts vragen deze leden waarom de Minister de urgentie van concentratie zo benadrukt. Als men al dertig jaar met deze kwestie bezig is, kan er toch wel gewacht worden op een integrale visie van het academische zorglandschap, zoals de NZa adviseert? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting.

In het rapport «Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking»¹¹ geven de opstellers aan, op basis van internationaal wetenschappelijk statistisch onderzoek, dat met name bij hoog risico ingrepen een groter centrumvolume bij kindercardiologie samen hangt met minder sterfgevallen (mortaliteit). Dat lijkt volgens het onderzoek met name te komen doordat in een groter centrum met meer ervaring complicaties eerder herkend en adequaat behandeld worden. Daarnaast blijkt volgens dit rapport, uit internationaal statistisch wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van 90 centra, dat teams met meer ervaring (hoger volume) bij pasgeborenen eveneens minder kans hebben op (vermijdbare) sterfgevallen. Los van andere factoren blijkt het aantal interventies dat een team uitvoert te voorspellen wat de kans op overlijden van een patiënt is. Een team zou daarom volgens het onderzoek en de commissie minstens 60 pasgeborenen met een aangeboren hartafwijking moeten opereren per jaar om dit risico zo klein mogelijk te maken.

De validatiecommissie van de NZa geeft aan dat verschillen in mortaliteit moeilijk te meten zijn. Wel zal concentratie door meer exposure en ervaring het verschil maken volgens de commissie, ook al is dat nu niet altijd meetbaar. De kwaliteit en uitkomsten van zorg van deze interventies in Nederland kennen een gebrekkige en niet consistente registratie. Dat is één van de redenen waarom ik als voorwaarde aan de vergunning verbind dat die kwaliteitsregistratie wordt verbeterd.

De urgentie zit er in dat de druk op zorgverleners nu groot is, met 24/7 diensten in zeer kleine teams verdeeld over vier centra, waarbij een substantieel deel van de gespecialiseerde chirurgen de pensioengerechtigde leeftijd nadert of voorbij is. Dat alles maakt de continuïteit van zorg kwetsbaar. Door de voortdurende discussie en onduidelijkheid over het toekomstperspectief staan bovendien de verhoudingen en de samen-

¹¹ Commissie samengesteld door NVK, NVVC en NVT, onder leiding van dr. Bartelds (2021), *Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, scenario's voor de toekomst*, p. 24

werking onder druk en dus de kwaliteit van zorg voor patiënten, met potentieel verstrekkende gevolgen voor patiënten en hun ouders. Daarom hebben patiëntvertegenwoordigers aangedrongen op snelle besluitvorming. Voor mij staat het belang van patiënten in deze kwestie voorop. Ik heb mij daarom genoodzaakt gezien de knoop door te hakken.

Deze leden constateren dat de Minister in de pers zei dat hij veel gesprekken over de concentratie van de kinderhartchirurgie voerde. Met welke organisatie heeft hij gesproken? Sprak hij met alle vier de kinderhartcentra? De Minister zei dat hij met patiënten heeft gesproken. Met welke patiëntenorganisaties sprak hij? Welk deel van de patiënten vertegenwoordigen zij? De Minister geeft in het media-optreden aan dat de patiëntenorganisaties verheugd hebben gereageerd op zijn brief. Kan de Minister aangeven of de patiëntenorganisaties ook ingestemd hebben met het besluit om te blijven bij het aantal van twee interventiecentra voor kinderhartchirurgie? Zo ja: is de Minister zich bewust van het feit dat de patiëntenorganisaties op hun websites aangeven dat ze geen voorkeur voor concentratie naar twee of drie centra hebben? Is de Minister bekend met het feit dat in de NZa-rapportage 68% van de meer dan 3600 respondenten die een interventie hebben ondergaan of waarvan het kind een interventie heeft ondergaan, tegen concentratie is? Realiseert de Minister zich dat dit meer dan tien keer zoveel respondenten zijn dan die hebben bijgedragen aan het rapport van de patiëntenorganisaties najaar 2021? Zou de Minister naar aanleiding van de antwoorden op vragen van het lid Agema concreet met een datum kunnen aangeven wanneer ambtenaren zijn langs geweest in het Erasmus MC en in het CAHAL, locatie Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) in 2021? Begrijpen genoemde leden goed dat de Hartstichting zijn recente standpunt baseert op een patiëntenraadpleging uit 2021? Waarom heeft de Minister in aanloop naar het versturen van zijn brief op 16 januari 2023 niet gesproken met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Stichting Pulmonale Hypertensie?

Ik heb gesproken met de patiëntenorganisaties (Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijking, Stichting Hartekind, Harteraad en Hartstichting). Ook heb ik gesproken met de meest betrokken beroepsgroepen, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) en de Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen (V&VN). Verder heb ik gesprekken gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland en de voorzitters van de umc's. Daarnaast heb ik tal van brieven van vertegenwoordigers van het openbaar bestuur ontvangen met veelal pleidooien voor het ene of andere centrum. Tot slot heb ik nogmaals de patiëntvertegenwoordigers gesproken om mijn indrukken uit deze gesprekken als laatste bij hen te verifiëren.

De patiëntenorganisaties zijn inderdaad verheugd dat deze zoals zij zeggen «belangrijke stap» is gezet naar meer duidelijkheid. Zij geven daarbij aan het advies van de commissie «Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking» te onderschrijven.¹² Het klopt dat de patiëntenorganisaties zich niet hebben uitgesproken over of concentratie in twee of drie centra wenselijk is.

Van de respondenten die als patiënt hebben gereageerd op de vragenlijst in het kader van de impactanalyse van de NZa, geeft de NZa aan dat bij hen het beeld heerst dat alle zorg (en dus niet alleen de interventies) geconcentreerd zouden worden. Dat heeft de beantwoording volgens de

¹² <https://www.hartekind.nl/nieuws/update-13-02-concentratie-kinderhartchirurgie>, <https://aangeborenhartafwijking.nl/qa-besluit-concentratie-hartcentra/> 16 februari 2023

NZa beïnvloed.¹³ Overigens valt wel op dat meer dan 80% van de patiënten die door de NZa zijn bevraagd, aangeeft bereid te zijn naar een ander centrum te gaan als de kwaliteit van de interventie dan beter is.¹⁴

De leden van de PVV-fractie missen een onderbouwing voor de concentratie van vier naar twee kinderhartcentra voor de interventies. Zij begrijpen dat er zo'n 200 denkbare kinderhartinterventies zijn, dat er een aantal zijn die in alle vier de centra regelmatig worden uitgevoerd en dat er een aantal zijn die zeldzaam zijn en waarvoor nu al patiënten naar een andere interventielocatie reizen. Waarom is het niet mogelijk om de veel voorkomende interventies op vier locaties te blijven doen en de minder vaak voorkomende te verdelen over de expertise van de kinderhartchirurgen van de vier locaties? Dan zijn we er toch ook? Zo nee, waarom niet? Deze leden vragen waarom elk van de vier kinderhartcentra niet kan doorgaan met die interventies waarvoor zij voldoen aan de frequentie- en kwaliteitseisen. Graag zien zij een feitelijke onderbouwing. De kwaliteit van deze interventies is toch vooral gekoppeld aan een specifieke arts, niet aan een specifieke locatie?

Voor de beantwoording verwijs ik naar de bijlage bij mijn brief over het voorgenomen besluit van 13 februari 2023.¹⁵

Genoemde leden hebben nog wat vragen over de Wet open overheid (Woo)-documenten¹⁶. Kan de Minister aangeven waarom in Woo-document 875064 zoveel vraagtekens staan bij «ICU/PICU/ volwassen IC capaciteit», terwijl dit een van de criteria is waarop de ambtsvoorganger van de Minister heeft besloten? Kan de Minister aangeven waarom dit de verbazing van de ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wekt (Woo 875065)? Kan de Minister aangeven waarom de bezetting kinderinterventiecardiologie, zowel in Woo-document 875064 en de presentatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2022 foutief vermeld staat en dat dit in de brief van 11 februari 2022 van de Minister pas wordt aangepast?

Het betreffende Woo-document is opgesteld in de fase van informatieverzameling. De vraagtekens die hierin staan, zijn slechts een indicatie dat gegevens op het moment nog niet beschikbaar waren en nog dienden te worden opgevraagd.

Gegevens over de personele capaciteit per centrum zijn aanvankelijk verkregen via de Visiecommissie Zorg voor de toekomst voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen. Naar aanleiding van de bijeenkomst die het Ministerie van VWS op 20 januari 2021 heeft georganiseerd met de umc's hebben zij de gelegenheid gekregen om aanvullingen of correcties te geven op de door VWS gehanteerde gegevens. Dit heeft op onderdelen geleid tot een herziening van de gegevens.

¹³ NZa impactanalyse, p. 56

¹⁴ Bijlage NZa impactanalyse p. 151

¹⁵ Kamerstukken II, 2022/2023, 31 765, nr. 707

¹⁶ Rijksoverheid, 4 november 2022, «Documenten deel 1 bij 3e deelbesluit Wob-verzoek concentratie zorg kinderhartchirurgie» (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/11/04/documenten-deel-1-bij-3e-deelbesluit-wob-verzoek-concentratie-zorg-kinderhartchirurgie>).

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op het verzoek van de commissie over het besluit toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Hoewel er nog een debat zal plaatsvinden over de toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking en een technische briefing van de NZa op hun onlangs uitgebrachte impactanalyse, hebben de betreffende leden al wel enkele vragen en opmerkingen.

Zij lezen dat de voormalig Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 9 december 2021 ruwweg «getoetst» heeft op basis van welke criteria hij het besluit tot concentratie en de keuze voor de interventiecentra wilde nemen. De criteria voor een dergelijk ingrijpend besluit zijn – ondanks dat een andere indruk werd gewekt – dus alleen ruwweg in een gesprek «getoetst» waarbij geen sprake was van formele advisering/wetenschappelijke toetsing. Hoe reflecteert de Minister hierop? Vindt de Minister zonder formele wetenschappelijke toetsing en alleen ruwweg advies inwinnen voor de totstandkoming van de criteria waarop in eerste instantie het besluit tot concentratie werd genomen goed? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? Vindt de Minister met de kennis van nu en de recent verschenen impactanalyse van de NZa dat het toenmalige besluit verantwoord was?

Het besluit van destijds is door de toenmalig Minister van VWS genomen met de informatie die toen ter beschikking stond. De criteria waren mede ingegeven door het rapport van de commissie «Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking», dat was geformeerd door de drie wetenschappelijke verenigingen van meest betrokken artsen¹⁷. In gesprekken met de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen zijn deze vervolgens ruwweg getoetst in de zin dat is gevraagd of er overwegingen werden gemist en of in hun optiek dergelijke criteria relevant zouden zijn om het besluit mede op te baseren.

Het rapport van de wetenschappelijke commissie «Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking» komt op basis van de hen ter beschikking staande wetenschappelijke inzichten niet tot eenduidige conclusies over het aantal centra, daar werd verschillend over gedacht. Ook waren er blijkbaar geen wetenschappelijke criteria die onomstotelijk leidden naar de keuze voor bepaalde centra. Geen van de rapporten de afgelopen drie decennia heeft dus klip en klaar kunnen vaststellen op basis van welke criteria welke locaties van concentratie zouden moeten worden aangewezen. Ook de NFU is er recent niet uitgekomen.

Voor mijn reflectie op de eerdere besluitvorming verwijs ik ook naar mijn brieven aan uw Kamer van 11 februari 2022¹⁸ en 16 februari 2023¹⁹.

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie vinden, nog los van de inhoudelijke appreciatie, dat het proces tot nog toe niet goed is verlopen. Er kwam een besluit tot concentratie zonder de consequenties te kennen. Het besluit werd teruggedraaid en de consequenties van concentratie werden in beeld gebracht in een impactanalyse van de NZa. Op fundamentele punten wijkt de Minister af van dit advies van de NZa. Kan de Minister schematisch aangeven welke punten hij overneemt en welke niet

¹⁷ Commissie samengesteld door NVK, NVVC en NVT, onder leiding van dr. Bartelds (2021), Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, scenario's voor de toekomst

¹⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 618

¹⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 707

en waarom? Genoemde leden zijn benieuwd in hoeverre de Minister na het eerste besluit tot concentratie van vier naar twee locaties open heeft gestaan voor een andere uitkomst dan de concentratie naar twee locaties. Met andere woorden: was er een kans dat de impactanalyse van de NZa de mate waarin geconcentreerd wordt zou veranderen? De betreffende leden vinden kwaliteit van zorg net als de Minister van groot belang. Tegelijkertijd is ook nabijheid en bereikbaarheid van goede zorg essentieel. Kan de Minister aangeven hoe hij deze zaken tot elkaar verhoudt in zijn besluitvorming over de concentratie? Ook zijn deze leden benieuwd in hoeverre de impactanalyse, de beschreven gevolgen van concentratie en mate waarin mitigerende maatregelen wel/niet haalbaar zijn, meewegen in de besluitvorming over concentratie.

Voor de beantwoording van de vragen over welke elementen ik wel en niet overneem van de impactanalyse verwijs ik naar mijn brief van 16 februari 2023.²⁰ In mijn bovengenoemde brief zet ik uiteen waarom op basis van alle nu voorliggende informatie concentratie op twee locaties noodzakelijk is. Leidend daarbij is vooral ook de norm van de beroepsgroep zelf voor het aantal operaties dat per jaar uitgevoerd moet worden, met name bij neonaten, om hier de minste complicaties en risico's in te hebben. Zoals vermeld in mijn brief van 16 januari 2023 weegt het belang van patiënten voor mij in het zwaarst.²¹ De impactanalyse geeft aan welke gevolgen de concentratie zal hebben en hoe die in goede banen te leiden zijn.

De leden van de PvdA- en GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van de vraag die de Minister bij de NFU, de koepelorganisatie voor de academische ziekenhuizen, heeft neergelegd. De Minister vraagt een laatste keer de ziekenhuizen onderling de knoop door te hakken in welke twee van de vier ziekenhuizen de kindhartchirurgie geconcentreerd moet worden. Heeft de Minister voorafgaand aan deze vraag contact gehad met alle vier de ziekenhuizen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de Minister aangeven of en welke ziekenhuizen op voorhand hebben aangegeven uit de voeten te kunnen met deze opdracht/vraag van de Minister? In hoeverre acht(te) de Minister een positieve uitkomst op zijn vraag kansrijk? Waarop is deze inschatting gebaseerd? Mocht de NFU de opdracht/vraag niet aannemen en/of de ziekenhuizen er onderling niet uitkomen, zijn de betreffende leden benieuwd naar het proces en afwegingskader dat de Minister gebruikt om tot een besluit te komen, zoals aangekondigd in zijn brief van 16 januari jongstleden. Kan de Minister het proces dat hij gaat doorlopen, eventuele betrokkenen waarmee gesproken gaat worden en het afwegingskader dat hij gebruikt om tot een besluit te komen in detail met de Kamer delen?

Voorafgaand aan het verzoek aan de NFU heb ik, zoals vermeld, gesproken met de voorzitters van alle umc's. Voor de beantwoording verwijs ik naar mijn brief van 16 februari 2023.²²

Genoemde leden lezen dat de Minister bij concentratie naar twee locaties de gevolgen voor de andere twee locaties met mitigerende maatregelen wil opvangen. De betreffende leden vragen de Minister of hij heeft getoetst en zichzelf voorafgaand aan dit besluit tot concentratie naar twee locaties heeft verzekerd van de haalbaarheid van mitigerende maatregelen. Waarom heeft de Minister ervoor gekozen om de NFU eerst om een advies te vragen over de concentratielocaties en pas een paar maanden later te laten komen met een voorstel voor mitigerende maatregelen? Zou

²⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 707

²¹ Kamerstuk 31 765, nr. 703

²² Kamerstuk 31 765, nr. 703

dit niet gelijk op moeten gaan? Kan de Minister aangeven op welke wijze de haalbaarheid van mitigerende maatregelen is getoetst? Is de Minister van opvatting dat de ook door hem nodig geachte mitigerende maatregelen haalbaar zijn en waarop baseert de Minister dit? Kan de Minister aangeven in hoeverre deze opvatting strookt met de conclusies van de NZa over niet op te vangen en onomkeerbare consequenties? Is de Minister bereid om voorafgaand aan zijn definitieve besluit tot concentratie in kaart te brengen welke mitigerende maatregelen voor elk van de locaties genomen moeten worden om de mede door de NZa beschreven nadelige gevolgen van concentratie op te vangen? Is de Minister bereid deze op haalbaarheid te toetsen? Indien de nodig geachte mitigerende maatregelen onhaalbaar blijken te zijn, kan dat wat de Minister betreft van invloed zijn op de besluitvorming tot concentratie?

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik naar mijn brief van 16 februari 2023.²³ Ik volg het advies van de NZa, maar in een andere volgorde. Om te komen tot een integraal perspectief moet iemand een eerste puzzelstukje leggen. De kinderhartchirurgie is een belangrijk stuk, maar steeds weer blijkt dat de betrokken individuele umc's dat niet uit zichzelf loslaten. We hebben meerdere keren hen gevraagd wel tot een gedragen advies te komen, maar dat is steeds niet gelukt. Ondertussen stond de kwaliteit en continuïteit van deze chirurgische interventies onder druk. Daarom heb ik de knoop moeten door hakken. Door helderheid te verschaffen over het toekomstperspectief op dit onderwerp, kunnen we nu ook concreet in overleg met de patiënten, zorgverleners en umc's over de benodigde maatregelen om de gevolgen in goede banen te leiden. Zonder deze eerste stap met een duidelijk toekomstperspectief blijft dat teveel een theoretische exercitie, die ook voortdurend verandert in de tijd. Onderdeel van het gesprek met de betrokken partijen over de mitigerende maatregelen zal ook zijn dat we kijken naar andere specialistische zorg die Erasmus MC en UMC Groningen in de toekomst aan andere umc's moeten laten.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen. Zij vragen de Minister waar hij de aannahme op baseert dat het voldoende zou zijn om enkele mitigerende maatregelen te nemen om de hevige negatieve effecten van de concentratie van de medische ingrepen waar de NZa voor waarschuwde te voorkomen. De NZa adviseerde immers zelf om vanuit een integraal perspectief te kijken. Genoemde leden vragen de Minister daarnaast wie volgens hem precies deze mitigerende maatregelen moet nemen en wie deze bovendien moet financieren.

Dát een concentratie gevolgen heeft die deels ook onwenselijk zijn, laat de impactanalyse zien. Overigens hebben eerder ook de Gezondheidsraad, de commissie Lie en de commissie «Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking» al gewezen op de transitie die met concentratie gepaard gaat en de mogelijke gevolgen voor de umc's. Dat betekende ook volgens hen niet dat de stap naar concentratie niet gezet moest worden. Zij concludeerden allen, vanwege de betere kansen voor de patiënt die er mee samen hangen, dat concentratie wél moest plaatsvinden en dat die urgent was.

De NZa heeft nu in samenwerking met de umc's concreet in kaart gebracht welke gevolgen waar verwacht kunnen worden. Dat maakt het juist ook mogelijk veel van die gevolgen in goede banen te leiden en

²³ Kamerstuk 31 765, nr. 703

daardoor te verzachten. Daar zet ik dan ook op in. Mitigerende maatregelen zijn maatwerk. Ik wil concreet met de betrokken patiënten, zorgverleners en umc's in gesprek om precies na te gaan wat voor hen nodig is in hun situatie. Zoals vermeld zal van de kant van het Ministerie van VWS ondersteuning worden geboden.

Verder verwijs ik ook naar mijn brief van 16 februari 2023.²⁴

Deze leden constateren dat de Minister, door niet mee te gaan in het advies van de NZa om vanuit een integraal perspectief te kijken, in principe de universitair medisch centra (UMC's) dezelfde vraag voorlegt als waar zij eerder niet uit kwamen. Waarom heeft de Minister er vertrouwen in dat zij hier nu wel gezamenlijk uitkomen?

De reden om wederom de umc's te vragen zelf met een voorstel te komen was tweeledig. Ten eerste gaven de umc's eind 2021 aan er zelf niet uit te komen maar was het argument ook dat de coronapandemie hen zou beletten om er voldoende tijd aan te besteden om met een gedegen en gedragen voorstel te komen. Inmiddels zijn we ruim een jaar verder. De tweede reden is dat er nu een impactanalyse van de NZa ligt. Die maakt het mogelijk voor de centra gemeenschappelijk, passende maatregelen te nemen om ongewenste effecten te mitigeren. Deze twee redenen brachten mij er toe de vraag nogmaals aan de umc's voor te leggen.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom hij de optie van concentratie naar drie centra wederom uitsluit, ook na de conclusies van de NZa over de grote negatieve effecten van het verdwijnen van de interventies in bepaalde centra. Concentratie naar drie centra zou immers deze negatieve effecten beperken tot één centrum, waardoor het ook makkelijker zou zijn om deze effecten te mitigeren. Waarom geeft de Minister de NFU niet de ruimte om deze optie ook mee te wegen? Zij vragen de Minister daarbij waarom hij nu de optie van concentratie naar drie centra voor het overleg tussen de UMC's uitsluit, terwijl hij als hoofd van het Erasmus MC juist actief pleitte voor een model met drie centra.

Volgens de commissie van de beroepsgroepen heeft een transitie naar twee centra meer gevolgen voor de umc's. Maar de voordelen qua kwaliteit en continuïteit van zorg zijn uiteindelijk ook groter.²⁵ Daarnaast verwijs ik voor het antwoord naar bovengenoemde vragen van de leden van de SP fractie.

Het is voor mij altijd duidelijk geweest dat concentratie op twee locaties het beste zou zijn voor de kwaliteit van zorg. Als voorzitter van het Erasmus MC lag het echter niet binnen de mogelijkheden om met de andere umc's tot een gedragen voorstel voor twee locaties te komen. Drie locaties bleek op dat moment wél een haalbaar plan dat ook door enkele andere umc's gedragen kon worden. Daarmee zetten we in elk geval een stap in de goede richting zo was de gedachte, binnen de mogelijkheden die we op dat moment zelf hadden als umc's. Dat plan werd echter niet door alle umc's gesteund.

Genoemde leden constateren dat de NZa verwacht dat «het totaal aantal patiënten met een hartafwijking nog verder zal toenemen tot tenminste 120.000 in 2025» en daarnaast constateert dat 12.000 mensen momenteel «ook voor alle niet-cardiale interventies (bijvoorbeeld een galblaasoperatie) [zijn] aangewezen op expertise van een interventiecentrum (bijvoorbeeld voor cardioanesthesie)». Heeft de Minister deze punten uit

²⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 703

²⁵ Commissie samengesteld door NVK, NVVC en NVT, onder leiding van dr. Bartelds (2021), Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, scenario's voor de toekomst

het NZa-rapport ook meegewogen bij zijn besluit om de optie van drie interventiecentra uit te sluiten?

Hier is belangrijk nogmaals te markeren dat alleen de interventies worden geconcentreerd. Alle andere vormen van zorg, zoals voor-en nazorg, controles, behandelingen met medicijnen, blijven beschikbaar in het eigen ziekenhuis. De groeiende groep volwassenen met een aangeboren hartafwijking kan dus voor de meeste zorg in het eigen ziekenhuis terecht.

Daar staat tegenover dat het aantal pasgeborenen met een aangeboren hartafwijking, voor wie het aantal operaties dat een team uitvoert het meest relevant is voor de complicaties en risico's, eerder zal dalen dan zal stijgen. Terwijl de trend qua volumenormen op basis van voortschrijdend wetenschappelijk inzicht eerder stijgend is. Die spanning tussen het aantal operaties dat minimaal nodig is voor goede kwaliteit en het aantal pasgeborenen neemt dus alleen maar toe. Daarom is nu een stap naar twee centra voor een duidelijk en toekomstbestendig perspectief noodzakelijk.

Overigens benoemt de validatiecommissie van de NZa impactanalyse dat het hen opvalt dat de diverse centra denken dat alle expertise op het gebied van aangeboren hartafwijkingen verloren gaat, wanneer zij de interventies moeten loslaten. De validatiecommissie zet daar vervolgens enkele sterke kanttekeningen bij. Zo kan aortachirurgie gewoon blijven bestaan in een niet-interventiecentrum, kunnen buikoperaties bij kinderen met een aangeboren hartafwijking plaatsvinden zonder specifieke kennis van de kindercardioanesthesioloog (een kinderanesthesioloog kan dit begeleiden) en kan iedere kinderintensivist kinderen met een slechte hartfunctie begeleiden op een picu. Ook kunnen naar de mening van de validatiecommissie intrathoracale tumoren worden behandeld door kinderchirurgen, eventueel bijgestaan door een cardiothoracaal chirurg.²⁶ Het is kortom niet zo dat patiënten met een aangeboren hartafwijking voor alle zorg alleen nog terecht kunnen in het interventiecentrum. In tegendeel, alleen de interventies vinden daar plaats. In het transitieproces moeten geformaliseerde samenwerkingsverbanden worden gevormd zodat alle andere zorg in het eigen ziekenhuis kan plaatsvinden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om de Minister enkele vragen te stellen over het proces rond het besluit over de toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Deze leden vinden het van groot belang dat de interventiezorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking toekomstbestendig wordt gemaakt. Het kleine aantal medisch specialisten, de zeer hoge dienstbelasting, de zeldzaamheid van de aandoeningen terwijl juist voor deze kwetsbare patiënten de allerbeste zorg moet worden geboden, maken het in stand houden van de huidige organisatie onhoudbaar. Deze leden zien in een vorm van concentratie van zorg een manier om deze zorg toekomstbestendig en passend te maken, waarbij altijd gekeken moet worden naar de neveneffecten. Genoemde leden zien in de impactanalyse die de NZa heeft uitgevoerd een waardevolle analyse van de bredere effecten van concentratie van zorg, voor de acute zorg, de patiënten, de opleidingsmogelijkheden en zeker ook de impact op de regio. Zij gaan ervan uit dat het veld dit zal betrekken en op basis hiervan een beslissing kan nemen over de concentratie van zorg die waarborgt dat deze zeer specialistische zorg toekomstbestendig wordt, patiënten zich ook in de toekomst verzekerd weten van de zorg die zij nodig hebben en

²⁶ NZa impactanalyse, bijlagen p. 240

het acute zorglandschap in het algemeen in alle regio's in Nederland goed bereikbaar en toegankelijk blijft. Want iedereen in Nederland moet verzekerd zijn van kwalitatief goede en toegankelijke zorg.

Genoemde leden vragen of de Minister kan toelichten op welke wijze en momenten in de besluitvorming hij de impactanalyse wil betrekken. Interpreteren zij het schrijven van de Minister goed als zij menen dat de Minister de resultaten van de impactanalyse alleen wil gebruiken om de negatieve effecten van een besluit te mitigeren? Deze leden brengen in herinnering dat een jaar geleden het voorgenomen besluit op veel weerstand kon rekenen omdat de bredere impact op regio, totale ziekenhuis en verplegend personeel niet duidelijk was. Zij vragen wat het betekent voor het besluit dat deze impact nu wel bekend is. Zij brengen onder de aandacht dat naast de impact die de NZa benoemt ook bredere gevolgen meegewogen moeten worden, zoals de verhuisbereidheid van zorgpersoneel en de mogelijkheden om zich al dan niet op een nieuwe plek te vestigen.

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik naar mijn Kamerbrief van 13 februari 2023.²⁷ Hierin heb ik aangegeven op welke punten ik het advies van de NZa volg en hoe ik dat doe.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in de impactanalyse dat de NZa niet adviseert tot twee of drie interventiecentra. De Minister kiest voor twee locaties en vraagt de NFU om daar een gedragen voorstel voor te doen. Kan de Minister nader toelichten waarom hij op dit moment opnieuw kiest voor twee locaties en deze keuze niet bij de NFU laat? Ziet de Minister ook ruimte voor groei naar zo'n situatie en hoe beschouwt hij «shared care»-constructies in dit verband? Kan de Minister het proces tot een definitief besluit schetsen?

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik u naar mijn Kamerbrief van 13 februari 2023.²⁸

Er is een transitiefase ingebouwd van 2,5 jaar om de nieuwe situatie met concentratie van interventies zorgvuldig vorm te geven, inclusief geformaliseerde samenwerkingsverbanden en een gezamenlijke kwaliteitssystematiek.

Deze leden zien dat de Minister duidelijkheid wil bieden aan patiënten en naaste familie. Zij vragen tegelijk ook hoe de Minister de risico's inschat voor de rest van het academische zorglandschap, nu hij een geïsoleerd besluit wil nemen voor de hartinterventies en daarbij nog geen zicht heeft of andere concentratiebewegingen noodzakelijk zijn om de kwaliteit van zorg op duurzaam goed niveau te laten functioneren. Herkent de Minister dat een besluit voor de hartinterventies onomkeerbare gevolgen heeft voor de interventiecentra die deze specialisatie moeten overdragen als het gaat om zorgpersoneel, de regionale functie van een UMC, de verwevenheid met andere academische zorg, centrumspecifieke expertise, de huidige bezetting van patiënten met een aangeboren hartafwijking op de IC en verpleegafdelingen, zoals de NZa beschrijft? Welke consequenties verbindt de Minister hieraan? De NZa benoemt dat het weghalen van de hartinterventies bij het LUMC het risico met zich meebrengt of de kinder-IC open kan blijven en dat het weghalen bij het UMC Groningen het risico met zich meebrengt dat de acute zorg in de regio veel minder toegankelijk wordt. Kan de Minister nader toelichten hoe hij deze gevolgen weegt, wat hij daarin van de NFU vraagt en welk effect de Minister in elk geval wil voorkomen? Is de Minister het met de leden van de ChristenUnie-fractie eens dat deze risico's meegenomen moeten

²⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 707

²⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 707

worden in een besluit tot concentratie, of deze nu door de NFU of door de Minister zelf zal worden gemaakt?

Er moet altijd voldoende ic capaciteit beschikbaar zijn en de acute zorg moet wanneer dat nodig is toegankelijk zijn. Dit heeft zoals ik heb beschreven nadrukkelijk meegewogen in de besluitvorming en is een belangrijk uitgangspunt voor de transitiefase. Verder verwijst ik u naar mijn Kamerbrief van 13 februari 2023.²⁹

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister inzake het besluit over de toekomstige zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Zij zijn allesbehalve gerust op zorgvuldige besluitvorming op basis van inhoudelijke criteria. Een werkelijk gedragen besluit over de concentratie van centra voor patiënten met een aangeboren hartafwijking is een besluit dat werkelijk, dus niet alleen in naam, berust op inhoudelijke criteria. Genoemde leden zijn echter bezorgd dat een transparant en zorgvuldig proces domweg neerkomt op het cosmetisch wegpoetsen van wat hobbels in het gevolgde traject. Kan de Minister bevestigen dat een grondige heroverweging aan de hand van inhoudelijke criteria zal plaatsvinden, in het licht ook van de zwaarwegende argumenten die in het afgelopen jaar op tafel zijn gekomen?

Ja dat kan ik bevestigen, hoe dat proces precies is gelopen en loopt verwijst ik u naar mijn Kamerbrief van 13 februari 2023.³⁰

De Minister voert gesprekken met patiëntenorganisaties, wetenschappelijke verenigingen van de zorgprofessionals en de bestuurders van universitaire medische centra over de reorganisatie van de hartzorg. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de inzichten en invalshoeken die mede tijdens deze gesprekken naar boven komen serieus meetellen in de afweging over de concentratie van hartzorg? De leden van de JA21-fractie willen dat de bevindingen en indrukken uit de gesprekken expliciet worden genoteerd. Deze vraag stellen deze leden omdat ze willen voorkomen dat de inbreng wordt weggeschreven om vast te houden aan het voornemen van de toenmalig demissionair Minister om de chirurgie voor aangeboren hartafwijkingen in Nederland in Rotterdam en Utrecht te concentreren.

Ik heb in mijn brief waarin ik mijn verzoek aan de NFU om een advies aan uw Kamer heb toegestuurd toegelicht hoe de inhoud van de gevoerde gesprekken is meegewogen in de stappen die ik daarna zet.³¹ Ook heb ik dit toegelicht in mijn brief waarin ik mijn voorgenomen besluit toelicht.³²

Vertegenwoordigers van belanghebbenden beklemtonen de noodzaak van een objectief besluit op basis van transparante en toetsbare criteria. Daarbij wordt ook gewezen op onjuiste beeldvorming die zou worden gevoed door onder meer het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Als voorbeeld wordt genoemd de onjuiste informatie dat het expertisecentrum van AMC en LUMC voor de diagnose en behandeling van aangeboren hartafwijkingen (CAHAL) complexe operaties op twee locaties zou uitvoeren. Genoemde leden onderstrepen de grote waarde van transparantie en toetsbaarheid. Zij verzoeken de Minister het proces

²⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 707

³⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 707

³¹ Kamerstuk 31 765, nr. 703

³² Kamerstuk 31 765 nr. 707

van besluitvorming zo in te richten dat over de objectiviteit, anders dan tot nog toe in dit traject, geen enkele twijfel meer kan bestaan.

Ik heb in februari 2022 de bereidheid aangegeven het besluit van de toenmalig Minister van VWS te heroverwegen indien daartoe aanleiding bestond.³³ Vervolgens heb ik in aanloop naar het voorgenomen besluit een zorgvuldig proces doorlopen en uw Kamer over iedere stap in dat proces geïnformeerd. Voor een verder toelichting verwijs ik u naar mijn Kamerbrief van 13 februari 2023.³⁴

Ik baseer mij op de impactanalyse van de NZa die met medewerking en instemming van de betrokken umc's is opgesteld. Daarin staat onder andere «de operaties en katheterinterventies bij kinderen met aangeboren hartafwijkingen binnen CAHAL vinden plaats in het Leids UMC. De operaties en katheterinterventies bij volwassenen met een aangeboren hartafwijking vinden plaats bij zowel het Leids UMC als het Amsterdam UMC.»³⁵

De leden van de JA21-fractie vragen of de Minister kan aangeven wat op basis van het artikel van Kasey et al³⁶ de te verwachte winst in mortaliteit percentage en aantal overlevende neonaten is in het scenario met twee centra tegenover het scenario met drie centra. Kan de Minister deze winst in mortaliteit en aantal overlevende neonaten ook aangeven in een scenario dat een centrum 60 neonaten opereert?

Mijn antwoord op deze vraag baseer ik op een citaat uit het rapport van de commissie³⁷:

«Kasey et al publiceerden in 2018 een artikel toegespitst op neonatale hartchirurgie in relatie tot centrumvolume. Ruim 27.556 neonatale procedures tussen 1999–2015, verricht in 90 centra werden geanalyseerd. Via multilevel logistische regressie konden zij geboortegewicht, leeftijd, niet cardiale genetische anomalieën en centrumvolume identificeren als onafhankelijke voorspellers van mortaliteit. Het risico op overlijden nam af met de toename van het volume. De afkapwaarde ligt bij 60 neonatale ingrepen per jaar, dat wil zeggen boven de 60 ingrepen per jaar is er geen significante verbetering meer waar te nemen.»

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over het proces rond besluitvorming over de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Zij hebben hierover enkele vragen. Deze leden constateren dat de Minister de impactanalyse van de NZa feitelijk naast zich neerlegt. De NZa adviseert om een pas op de plaats te maken en voorafgaand aan verdere besluitvorming eerst een integraal perspectief op de toekomst van het gehele academisch zorglandschap uit te werken. Volgens de NZa zou de NFU vóór de zomer van 2023 dit perspectief moeten opstellen, in opdracht van de Minister. De Minister vernauwt deze aanbeveling zodanig dat hij stelt dat de NZa adviseert de NFU nog één keer de gelegenheid te geven om zelf met een voorstel tot concentratie van de interventies bij aangeboren hartafwijkingen te komen en wel voor 1 april 2023. Dat is niet wat de NZa adviseert. De NZa adviseert een breder perspectief en een langere termijn en pas daarna een

³³ Kamerstuk 31 765, nr. 618.

³⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 707

³⁵ NZa impactanalyse p. 126

³⁶ Kasey et al., mei 2018, «Higher Programmatic Volume in Neonatal Heart Surgery Is Associated With Lower Early Mortality».

³⁷ Commissie samengesteld door NVK, NVVC en NVT, onder leiding van dr. Bartelds (2021), Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, scenario's voor de toekomst

besluit. Verder adviseert de NZa om op korte termijn tot twee clusters van interventiecentra te komen. Ook dit wijst de Minister af.

De leden van de SGP-fractie vinden dit opmerkelijk. De Minister heeft immers zélf de NZa om een impactanalyse gevraagd. Waarom legt hij de conclusies en heldere aanbevelingen van de NZa naast zich neer en kiest hij voor een eigen route? Waarom kiest hij voor een zeer korte tijdsplanning? Heeft hij werkelijk de verwachting dat de ziekenhuizen er in een paar maanden nu wél uitkomen, terwijl hen dit in de afgelopen jaren niet is gelukt? Hoe realistisch is dat? Waarom vraagt hij de ziekenhuizen om nu éérs een keuze te maken voor twee centra en daarna mitigerende maatregelen uit te werken, terwijl de NZa precies het tegenovergestelde heeft geadviseerd?

Zoals aangegeven in mijn Kamerbrief van 13 februari 2023, volg ik wel degelijk grotendeels het advies van de NZa, maar in een andere volgorde.³⁸ Dit vanwege mijn inschatting dat het opvolgen van het advies van de NZa aanzienlijk meer tijd zal vergen dan de NZa voorziet. Vanwege de in diezelfde brief beschreven urgentie kies ik er voor om nu dit besluit te nemen.

Kan de Minister aangeven hoe het proces eruit komt te zien als de NFU er niet uitkomt of zelfs al voor 15 februari aangeeft dat het niet in staat is om met een voorstel te komen? De Minister geeft aan dat hij zich genoodzaakt ziet om, als de NFU er niet uitkomt, «op korte termijn» zelf een besluit te nemen. Hoe snel na 1 april 2023 gaat hij dan dat besluit nemen? Neemt hij dan ook zelf verantwoordelijkheid voor het uitwerken van mitigerende maatregelen of laat hij dat dan over aan de ziekenhuizen? Hoe wordt de Kamer bij dit proces betrokken?

Ook voor het antwoord op deze vragen verwijs ik naar mijn brief van 13 februari 2023.³⁹ De NFU heeft aangegeven het voortouw te willen nemen in de transitie en daar ben ik blij om. Daarnaast zal ik in overleg met de NFU een commissie van onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen instellen om deze transitie te ondersteunen. Daarbij heb ik aangegeven dat ik bereid ben binnen al mijn mogelijkheden bij te dragen aan het vormgeven van de transitie.

Onderschrijft de Minister de conclusie van de NZa dat het «risicovol is om dit concentratiebesluit te nemen zonder zicht te hebben op andere noodzakelijke concentratiebewegingen»? Is de Minister bereid om alsnog een breed perspectief op de toekomst van het academisch zorglandschap uit te werken? Erkent de Minister dat zo'n perspectief nodig is?

Zoals aangegeven in mijn Kamerbrief van 13 februari 2023, volg ik het advies van de NZa, maar in omgekeerde volgorde.⁴⁰ Juist door nu een keuze te maken die een helder beeld van de eindsituatie geeft, is de invulling van de mitigerende maatregelen mogelijk en kan ook verder gewerkt worden aan het brede perspectief op de toekomst van het academisch zorglandschap.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister op de twee brieven van de NVT over de concentratie van kinderhartchirurgie. Genoemd lid is zeer bezorgd over het hele

³⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 707

³⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 707

⁴⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 707

proces om te komen tot concentratie van de kinderhartchirurgie. Het proces is niet transparant, beslissingen lijken niet logisch en er zijn grote misverstanden tussen Minister en betrokken partijen, zoals in dit geval de thoraxchirurgen. De Minister heeft de beslissing over concentratie nu teruggelegd bij de NFU. Gezien de dramatische wijze waarop dit proces verloopt en de onrust die dit met zich meebrengt, denkt het lid van de BBB-fractie dat de enige manier om dit proces weer vlot te trekken bestaat uit het opvolgen van de adviezen van de NZa zoals beschreven in de Rapportage impactanalyse concentratie interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking, en dan met name het advies om te komen tot een Integraal Perspectief op een toekomstbestendig academisch zorglandschap.

Genoemd lid ziet in de bovengenoemde brief en de bijlagen bij dit schriftelijk overleg een bevestiging van de chaotische wijze waarop dit proces verloopt. De NVT herkent zich niet in het beeld dat criteria afkomstig zijn uit het visierapport en dat deze zijn getoetst bij hun besturen. De Minister geeft aan dat de criteria niet één voor één zijn aangenomen. Het lid van de BBB-fractie constateert dat een verschil zit in zich niet herkennen in criteria en letterlijk overnemen. Kennelijk wijken de criteria dermate af dat de NVT ze ook niet herkent. Dit is zorgelijk, want dit betekent simpelweg dat de Minister het beeld schetst dit proces in overleg in afstemming met de betrokken te doorlopen, terwijl daar in de praktijk geen sprake van is. Graag ontvangt genoemd lid een reactie van de Minister hierop.

Voor een toelichting op hoe de criteria tot stand zijn gekomen, verwijs ik naar mijn brief van 23 december 2022.⁴¹ Ook verwijs ik u naar mijn brief van 16 januari 2023 waarin ik toelicht welke gesprekken ik heb gevoerd en met welke partijen, in aanloop naar mijn voorgenomen besluit.⁴² Tot slot verwijs ik u naar mijn brief van 13 februari 2023 waarin het voorgenomen besluit is toegelicht.⁴³

Het lid van de BBB-fractie constateert dat de huidige Minister niet van plan lijkt om te komen tot een daadwerkelijk zorgvuldig proces om te komen tot concentratie van de hartzorg in Nederland. De zorgvuldigheid van dit proces heeft onder zijn ambtsvoorganger immers al veel schade opgelopen. De schijn van handjeklap, onder andere door de inzet van een CDA-prominent als lobbyist door één van de centra en vervolgens de merkwaardige keuze voor twee vlak naast elkaar gelegen centra, is op zijn minst aanwezig. Het lid van de BBB-fractie vindt dan ook dat er alles aan gedaan moet worden om het vertrouwen in de overheid op dit dossier te herstellen. Is de Minister dat eens met het lid? Zo ja, wat gaat hij daar dan concreet aan doen? Zo nee, waarom niet?

Ik ben het met het betreffende lid eens dat vertrouwen in de overheid belangrijk is. Dat geldt voor ieder dossier en dus ook voor dit dossier. Ik heb in februari 2022 de bereidheid aangegeven het besluit van de toenmalig Minister van VWS te heroverwegen indien daartoe aanleiding bestond.⁴⁴ Vervolgens heb ik in aanloop naar het voorgenomen besluit een zorgvuldig proces doorlopen en uw Kamer over iedere stap in dat proces geïnformeerd.

Het lid van de BBB-fractie is van mening dat het rendementsdenken van dit kabinet uiteindelijk leidt tot uitholling van de zorgketen. Vandaag gaat het om de hartzorg, morgen is de longafdeling aan de beurt en zo worden

⁴¹ Kamerstuk 31 765, nr. 701.

⁴² Kamerstuk 31 765, nr. 703

⁴³ Kamerstuk 31 765, nr. 707

⁴⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 618.

ziekenhuizen volledig uitgekleeft, totdat er één of twee superziekenhuizen overblijven in het midden of Westen van Nederland. En dat alles onder de noemer van het containerbegrip «efficiënt». De patiënt wordt daarbij volledig uit het oog verloren.

De ziekenhuizen worden leidend gemaakt en niet de patiënt. Uiteraard wil de patiënt de beste zorg, maar in Nederland is de kwaliteit van de zorg al van een hoog niveau. De discussie over kwaliteit goede zorg is dan een discussie over een rapportcijfer 9,9 of 10. Het zijn dan juist andere aspecten van zorg die voor de patiënt ook een rol spelen, zoals toegankelijkheid en bereikbaarheid. Bovendien is het niet perse nodig om daarbij zorg te concentreren, in plaats van de patiënt naar de zorg toe te laten komen, kan de zorg ook naar de patiënt toe. Dan wordt de patiënt echt centraal gesteld. Dit gebeurt al, er zijn bijvoorbeeld spreekuren in ziekenhuizen van specialisten die niet in dat ziekenhuis werken. Waarom zou dit niet kunnen met hoogcomplexere chirurgie? Graag ontvangt genoemd lid een reactie van de Minister.

Rendementsdenken is niet de drijvende kracht geweest achter de wens om deze specifiek vorm van zorg te concentreren, de drijvende kracht is wel de kwetsbaarheid van de huidige organisatie van deze vorm van interventiezorg en de kwaliteit van zorg, zoals ook de NZa benoemt in de impactanalyse. Zoals aangegeven, gaat het om de concentratie van interventies bij kinderen en complexe interventies bij volwassenen. Het betreft hier een kleine beroepsgroep van zo'n twaalf medisch-specialisten. De zorg over meerdere locaties verdelen is kwetsbaar. Daarom heb ik besloten de interventies te concentreren op twee locaties. Voor een uitgebreidere toelichting op dit aspect verwijs ik u naar mijn brief van 13 februari 2023 en het voorgenomen besluit dat daaraan als bijlage is toegevoegd.⁴⁵

Zoals gezegd maakt het lid van de BBB-fractie zich grote zorgen over dit dossier. Niet alleen gaat het hier om mensenlevens, maar ook om het voortbestaan van met name het UMC Groningen als academisch ziekenhuis, inclusief alle gevolgen die dat heeft voor de regio. Ondanks een aangenomen motie vanuit de Kamer om regionale spreiding mee te nemen in de beslissing, legt de Minister de keuze toch weer terug bij de centra zelf. Hoe moeten de centra zelf deze afweging dan maken, inclusief het criterium van regionale spreiding? Elk centrum heeft immers veel te verliezen. Bovendien kwamen de centra er eerder zelf al niet uit. Het lijkt een middel van de Minister om zo meteen onder hoge druk, opnieuw een dubieuze keuze te maken. Het is vreemd dat de Minister daarbij naar tijdsdruk verwijst. Immers: een verkeerde beslissing zal grote gevolgen hebben, ook letterlijk voor overlevingskansen van mensen. De centra opnieuw vragen om een beslissing werkt bovendien vertragend in de tijd, des te meer omdat de kans groot is dat dit wederom niet lukt. In die tijd had de Minister ook een start kunnen maken met het Integrale perspectief. Zoals het lid van de BBB-fractie het ziet, laat de Minister nu de tijdsdruk oplopen om straks met de tijdsdruk als argument een knoop door te hakken en dat is onacceptabel. Genoemd lid wil verzoeken om de verdere procesgang te herzien en te komen tot een proces wat vertrouwen geeft in een afgewogen beslissing om te komen tot een toekomstig bestendige hartzorg. Graag ontvangt zij een reactie.

Zoals aangegeven ben ik van mening dat ik in aanloop naar het voorgenomen besluit een zorgvuldig proces heb doorlopen, waarbij ik uw Kamer over iedere stap in dat proces heb geïnformeerd. Voor een inhoudelijke toelichting verwijs ik u naar mijn brief van 13 februari 2023 en het als bijlage daaraan toegevoegde voorlopige besluit.

⁴⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 707