

Vergaderjaar 2021–2022

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 633

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 4 maart 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 17 februari 2022 overleg gevoerd met de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening d.d. 20 december 2021 inzake toekomstige organisatie van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen (Kamerstuk 31 765, nr. 612);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 januari 2022 inzake concentratie van de zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen (Kamerstuk 31 765, nr. 615);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 februari 2022 inzake concentratie van interventies voor patiënten met een aangeboren hartafwijking en interventiecentra voor aangeboren hartafwijkingen en beschikbaarheid van zorg in de regio Noord-Nederland (Kamerstuk 31 765, nr. 618).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Peters
Griffier: Krijger

Aanwezig zijn dertien leden der Kamer, te weten: Agema, Arib, Van den Berg, Bikker, Ellemeet, Hijink, Van den Hil, Van Houwelingen, Paulusma, Peters, Van der Plas, Pouw-Verweij en Van der Staaij,

en de heer Kuipers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen, dames en heren. Wij gaan een aanvang nemen. Welkom. Hierbij open ik het commissiedebat over de toekomstige organisatie van de hartzorg. Ik heet iedereen van harte welkom: de leden, de Minister van VWS en alle anderen die in dit debat een rol spelen. De spreektijd per fractie is vijf minuten. Ik had van tevoren bedacht om niet meteen te beginnen met zeggen dat er heel weinig interrupties zijn toegestaan. Als het debat loopt, gaan we verder. Dat kan prima, denk ik zo. Dan is allereerst het woord aan mevrouw Paulusma, die spreekt namens D66.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u wel, voorzitter. De afgelopen weken is er heel veel onrust ontstaan bij patiënten met aangeboren hartafwijkingen, maar zeker ook bij hun ouders en dierbaren en bij alle professionals die werkzaam zijn bij de verschillende hartcentra in Nederland. Laat ik vooropstellen dat de zorg die geboden wordt in de verschillende hartcentra in Nederland, van hoog niveau is. Die zorg wordt niet alleen elke dag geboden door de beste mensen, maar die wordt ook gedaan met heel veel liefde, met compassie en met oog voor de vaak hele jonge patiënt en zijn of haar radeloze familie. Het is ontzettend waardevol dat in dit land zulke bevlogen en betrokken specialisten en verpleegkundigen aan het werk zijn op de vaak meest donkere en kwetsbare momenten in het leven van gezinnen. Daar moeten wij zorgvuldig mee omgaan.

Juist vanwege die zorgvuldigheid, maar ook vanwege de eerder beschreven onrust, zit ik hier met enig ongemak, omdat er de afgelopen 30 jaar met regelmaat duidelijk is gemaakt dat het de zorg en daarmee de patiënt ten goede komt als de hoogcomplexiteit hartzorg wordt geconcentreerd. Dat dit tot op heden niet gelukt is, betreurt ik. Ik heb er dan ook enig begrip voor dat de Minister op een zeker moment de knoop doorhakt. Echter, ik zie ook dat het proces in de besluitvorming anders, beter en vooral transparanter had gemoeten. Daarom is mijn eerste vraag aan de Minister om op het besluitvormingsproces te reflecteren en dit te evalueren.

Voorzitter. Wat D66 betreft gaat zorg altijd om de kwaliteit ervan en de impact op patiënten en hun naasten. Ik vind het dan ook essentieel dat patiënten worden betrokken bij het besluitvormingsproces. Kan de Minister aangeven welke stappen hij gaat zetten om de stem van patiënten te waarborgen, zowel nog in dit proces als ook in de volgende concentratievraagstukken?

Voorzitter. In de brief van de Minister van afgelopen vrijdag wordt aangegeven dat de NZa om een impactanalyse is gevraagd. Ik vind het belangrijk dat bij de concentratie van zorg de impact op alle vlakken wordt meegenomen. Zorg moet voor iedereen toegankelijk en bereikbaar zijn. De plek waar de zorg geleverd wordt, de impact op en de toegang tot andere specialistische en acute zorg, spelen hierbij een rol. Het is daarom belangrijk dat deze argumenten worden meegewogen in de besluitvorming. Ook vraag ik de Minister hoe het verdergaat als er na de impactanalyse een keuze is gemaakt. Kan de Minister aangeven welke stappen hij zet om een optimale transitie te waarborgen? Kan hij wellicht

ook aangeven wat we doen aan de relatie tussen de verschillende ziekenhuizen? Want daar zat afgelopen maandag ook ongemak. Dan heb ik het ook over de waarborging van kennis. Denk daarbij aan aanpalende specialismen en bijvoorbeeld aan de hele relevante kennis van de verpleegkundigen in de betreffende ziekenhuizen.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, u heeft een interruptie van de heer Hijink namens de SP.

De heer Hijink (SP):

Die vraag gaat over de impactanalyse die nog gaat komen. Het heeft de SP verbaasd dat de Minister de impactanalyse aankondigt, maar dat de conclusie eigenlijk al vaststaat, namelijk dat er twee centra moeten overblijven. Ik wil van mevrouw Paulusma van D66 graag weten: vindt zij dat ook? Want dat is natuurlijk ergens een beetje vreemd als je een analyse gaat doen van de impact van zo'n besluit. Misschien komt daar wel uit dat het helemaal niet verstandig is om over te gaan naar twee locaties. Deelt mevrouw Paulusma de analyse van de SP? Wil zij er met ons voor zorgen dat we zo'n impactanalyse open gaan doen in plaats van dat de conclusie van twee locaties al vooraf besloten is?

Mevrouw Paulusma (D66):

Als de heer Hijink het mij toestaat, dan ga ik verder met mijn woordvoering, want ik kom exact op dit punt terug. Dan kan ik u ook antwoord geven, als u dat geduld kunt opbrengen.

De voorzitter:

Geduld is nou net z'n sterke eigenschap. Gaat uw gang.

Mevrouw Paulusma (D66):

Dank u, voorzitter. Ten aanzien van dit laatste – ik had het over de kennis van verpleegkundigen – heb ik begrepen dat verpleegkundigen met ontzettend veel ervaring uit de zorg zijn weggegaan na de concentratie van de kankeroncologie. De verpleegkundigen die achterbleven, worden overvraagd. Wat hebben we hiervan geleerd? Hoe kunnen we dit voorkomen bij de concentratie van de kinderhartcentra? Want zoals we door corona ook hebben geleerd, gaat het niet alleen om de bedden zelf, maar ook om de handen aan datzelfde bed.

Voorzitter. Afgelopen maandag, en ook tijdens de bezoeken aan alle kinderhartcentra, hebben we het veelvuldig gehad over het DC3-scenario. Dat is het scenario waarbij er van vijf naar drie geconcentreerd wordt. Zoals de IGJ aangeeft, levert het DC3-plan een suboptimale situatie op. Het komt daarmee volgens de IGJ niet ten goede aan de zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Ik ben heel benieuwd of de impactanalyse ook andere inzichten geeft. Als uit de impactanalyse blijkt dat het hebben van twee locaties voor deze hoogspecialistische zorg het beste is voor de kwaliteit van de zorg en daarmee voor de patiënt, dan vind ik dat we het aan de patiënt verplicht zijn om dat te leveren. Ik doe een dringend verzoek aan het zorgveld om dat dan ook te doen.

Voorzitter.

De voorzitter:

Ik denk dat meneer Hijink het precies andersom bedoelde.

De heer Hijink (SP):

Ik denk dat er hierover niets meer komt, dus dan is dit wel een goed moment om de vraag te stellen. Het is natuurlijk een beetje gek als je zegt dat twee centra over moeten blijven, onafhankelijk van de nevenschade die je daarmee veroorzaakt. Denk bijvoorbeeld aan andere vormen van

intensieve, complexe zorg, of dat nou transplantaties zijn in Groningen of operaties die al in de baarmoeder plaatsvinden in Leiden. Je zou toch zeggen dat als die impactanalyse gedaan is, je dan niet alleen door het rietje van de kinderhartchirurgie gaat kijken, maar dat je in de volle breedte moet kijken wat de impact is van het sluiten van meerdere locaties. Je kunt jezelf dus ook niet vooraf al vastpinnen op het overblijven van twee locaties. Dat kan misschien wel als je alleen naar de hartchirurgie kijkt, maar dat is nou juist het fundamentele probleem. We zien nu dat alleen dat is gedaan en dat de analyse van de nevenschade helemaal niet gemaakt is. Dat moet dan toch eerst gedaan worden? Daarna kun je toch pas zeggen wat het optimale aantal locaties is?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Volgens mij zag de heer Hijink mij al knikken, want ik ben dat helemaal met hem eens. Dat betoogde ik net ook in mijn woordvoering. Voor ons is het heel erg belangrijk dat de impactanalyse over het hele aanpalende gedeelte gaat, dus niet alleen over kinderhartchirurgie. Wat gebeurt er nou nog meer in zo'n ziekenhuis? Ook regionale spreiding is daarin van belang. Ik zei net dat ik benieuwd ben of de impactanalyse dezelfde uitkomst biedt als wat nu het voorgenomen besluit zou kunnen zijn. Op basis daarvan wil ik graag een afweging maken.

De **voorzitter**:

Afrondend op dit punt, meneer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):

Daarbij staat dus bij D66 ook de optie nog open dat je meer dan twee locaties overhoudt waar deze zorg uitgevoerd kan worden?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Maandag tijdens de rondetafel zei ik al: ik vind het vrij ongemakkelijk dat wij – het zou wel fijn zijn als ik mijn verhaal nog even kan afmaken – locaties gaan kiezen in deze setting. Daar zijn we nu wel. Ik vind die impactanalyse ontzettend belangrijk. De uitkomst daarvan ga ik zwaar wegen. Als dat betekent dat er in het belang van de regio of van de aanpalende specialismen een andere uitkomst is, dan hebben we daar weer een debat over.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Ik probeer heel aandachtig te luisteren naar mevrouw Paulusma, maar het is mij niet helemaal helder. D66 zegt nu: twee locaties zijn voor ons belangrijk en de impactanalyse kan misschien met een andere uitkomst komen. Dat vind ik onduidelijk, ook voor al die ouders en zorgverleners die dit debat van dichtbij volgen. Waar staat D66 eigenlijk precies?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mevrouw Arib luistert heel zorgvuldig, maar ik heb niet gezegd dat D66 wil dat het twee locaties zijn. Ik heb gezegd dat de impactanalyse met daarin een aantal voorwaarden die voor ons belangrijk zijn, uitgevoerd moet worden om tot een goed besluit te komen. De uitkomst daarvan neem ik zeer ter harte. Ik deed ook een oproep aan het zorgveld, want ik vind dat we ouders toe moeten zeggen dat we niet nog maanden in de onrust zitten waar we nu met elkaar in gekomen zijn.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Het gaat er eigenlijk om dat als er een impactanalyse komt, we die open en transparant moeten laten plaatsvinden. Want het besluit zoals dat tot nu toe is genomen, roept heel veel vragen op. Juist nu de kans bestaat om een impactanalyse te laten doen, is het heel fijn als dat gewoon eerlijk

gebeurt, dat die serieus wordt genomen, wat de uitkomst ook zal zijn, en dat daarin niet wordt gerommeld. Dat wil ik meegeven.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Toch nog een kleine reactie daarop, want volgens mij heeft de NZa al de opdracht gekregen voor die impactanalyse. Ik zou niet in de lucht willen laten hangen dat die wellicht niet transparant of niet eerlijk is. Ik heb veel vertrouwen in de kwaliteiten van de Nederlandse Zorgautoriteit. Voorzitter.

De **voorzitter**:

Excuus. U trekt nogal interrupties aan. Mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Nog even op dit punt. Het grote gevaar is natuurlijk – dat hebben we tot nu toe in het proces gezien – dat er gestuurd wordt op een uitkomst. Ik denk dat we met z'n allen, ook D66, willen voorkomen dat dat gebeurt. Daarom is het zo belangrijk om de Minister mee te geven dat er een brede impactanalyse gedaan moet worden die open is en verschillende scenario's toetst. Ik denk dat we daar nog niet van uit kunnen gaan en dat het heel belangrijk is dat wij als Kamer de volgende boodschap aan de Minister meegeven. Voorkom dat er gestuurd wordt op een specifieke uitkomst. Toets dan ook verschillende scenario's. Doe een brede impactanalyse van verschillende scenario's.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoorde geen vraag, voorzitter. Wellicht kan ik mijn betoog afronden, want daarin kom ik ook op dit punt terug.

De **voorzitter**:

Excuus. Er was inderdaad geen vraag, maar meneer Van Houwelingen heeft nu wel een vraag namens Forum.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik heb een hele korte vraag, hoor. Die kan u eventueel met ja of nee beantwoorden. Zou wat u betreft de impactanalyse ertoe kunnen leiden dat er toch weer kindhartchirurgiecentra openblijven, dus dat we er geen sluiten? Zou dat wat D66 betreft een uitkomst kunnen zijn? Dit is eigenlijk een ja-nee-vraag.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben heel blij dat we die impactanalyse gaan doen. Daar kunt u wat schamper over doen, maar dan weten we meer dan waar we nu in getrokken zijn met een brief die heel veel onduidelijkheid gaf. Ik ben er wel een groot voorstander van, en het hele zorgveld trouwens ook, dat we dit gaan concentreren, omdat het te kwetsbaar is. Ik ga geen uitspraken doen over vier, drie, twee, één, vijf of in Europa. Ik wil die impactanalyse afwachten. Daarbij staat bij ons voorop dat de zorg te allen tijde van de beste kwaliteit moet zijn.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

U hoeft van mij nergens op vooruit te lopen; dat vraag ik u niet. Maar laat ik het dan zo vragen: sluit u het niet uit dat er wellicht vier centra zouden kunnen openblijven naar aanleiding van de impactanalyse?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Maar dan vraagt meneer Van Houwelingen mij wel om vooruit te lopen op een scenario. Ik wil graag die impactanalyse afwachten. Voorzitter. Dan ...

De **voorzitter**:

Excuses. Mevrouw Van der Plas namens BBB.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik zou mevrouw Paulusma graag willen vragen wat de impact is op mevrouw Paulusma van de petitie die 260.000 keer is getekend, de mensen die de petitie komen aanbieden en de verhalen van ouders en betrokkenen. Heeft dat effect op haar standpunt? Of is het standpunt eigenlijk al bepaald?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Volgens mij hoorde ik twee vragen van mevrouw Van der Plas. Laat ik, als Groninger, beginnen om wat te zeggen over de petitie en wat die teweeg heeft gebracht. Ja, die raakt mij. Ik denk dat die ons allemaal raakt als mens. Het is hét gespreksonderwerp in Groningen als ik zaterdagochtend bij de voetbalkantine kom met mijn kinderen en als ik 's avonds de laatste boodschappen doe in de supermarkt. Maar mensen moeten er bij mij ook van opaan kunnen dat we een besluit nemen dat patiënten uiteindelijk het meest ten goede komt. Dus ja, ik ben heel erg onder de indruk van wat er gebeurt. Ik denk ook dat het laat zien hoe erg dit in de samenleving leeft. De tweede vraag ben ik even kwijt, excuus.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Mijn tweede vraag was of de impact die het op mevrouw Paulusma heeft, ook iets doet met het standpunt. Of is het standpunt eigenlijk al bepaald, verwoordt u dat standpunt hier en toont u daarbij een hele hoop medeleven? Dat siert u overigens. Verandert die impact iets aan het standpunt?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, mevrouw Van der Plas, want ik hoorde volgens mij een klein compliment. Toen wij vlak voor kerst de brief kregen, was ik de eerste die via een e-mailprocedure vragen ging stellen, omdat ik het standpunt heel opmerkelijk vond. Ik snapte niet waarom dit besluit was genomen en ik kon het ook niet uitleggen. Ik heb dus niet een vooringenomen standpunt. Ik ben al weken bezig om ervoor te zorgen, ofwel in mijn eigen achterban ofwel in Groningen – ik ben trouwens in alle ziekenhuizen geweest – om meer informatie op te halen om een standpunt te kunnen formuleren. Daarbij is voor mij die impactanalyse ook bijzonder relevant. Ik heb dus geen vooringenomen standpunt. Ik ben juist heel kritisch en nieuwsgierig geweest naar dit moment toe. Daarna gaan we ons standpunt bepalen.

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw betoog.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Weet u het zeker?

De **voorzitter**:

Ik weet niks zeker, maar de leden van de Kamer wel, dus gaat uw gang.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter. De kindhartchirurgie is niet de eerste, maar ook niet de laatste vorm van hoogcomplexiteit die geconcentreerd zal moeten worden, juist omwille van de kwaliteit en de toegankelijkheid. Wat mij betreft is er voor dit vraagstuk een integrale aanpak nodig met heldere kwaliteitseisen en een transparant besluitvormingsproces waarin de patiënt vooropstaat, maar waar ook het veld een actieve bijdrage aan kan leveren. Daarbij moeten wat ons betreft concentratie en regionale spreiding in balans zijn. Ook moeten we oog hebben voor Europa en de

mogelijkheden die grensoverschrijdende samenwerking wellicht in de toekomst op het vraagstuk van hoogcomplex zorg kan bieden. Graag ook hierop een reactie van de Minister.

Voorzitter. We moeten niet alleen een besluit nemen, nadat we ons goed hebben laten informeren. We zullen ons ook moeten inzetten om het vertrouwen van patiënten en hun ouders terug te krijgen. De afgelopen weken hebben stress opgeleverd bij mensen die al leven in een ontzettend onzekere tijd. Ik doe dan ook een oproep aan mijn collega's hier en aan alle betrokkenen om hen in gedachten te houden bij iedere volgende stap die we moeten nemen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ouders van zeer kwetsbare kinderen en mensen met een hartprobleem zijn ernstig ongerust over het besluit over kinderkathartchirurgie. Dat bleek bij de aanbieding van twee petitie's. Die heb ik ook meegenomen. Het blijkt ook uit de vragen en de toelichting die ik heb gekregen bij de werkbezoeken aan Leiden en Groningen dit jaar en aan Rotterdam en Utrecht vorig jaar.

Voorzitter. Het CDA is verbijsterd over het proces. Veel ouders zijn nu namelijk onnodig ongerust, terwijl concentratie van zorg juist gericht is op het borgen van de kwaliteit van zorg. Als eerste reactie heeft het CDA gesteld dat er vier zaken ontbreken. In de brief van 20 december is er geen kwantitatieve onderbouwing van de keuze. De brief van 11 februari en de bijlage daarbij geven daarvoor een eerste aanzet. Het is buitengewoon jammer dat dat niet eerder is gebeurd. De Minister heeft in ieder geval gezegd dat de NZa dit verder gaat oppakken.

Tevens benoemt de brief het tweede CDA-punt. Dat is een reactie op de vraag waarom het zogenoemde DC3-plan, van Rotterdam, Leiden en Groningen, niet toereikend zou zijn. Is de Minister bereid om de voor- en nadelen van twee dan wel drie centra in beeld te brengen?

Het derde punt dat het CDA telkens heeft benoemd, is dat een impactanalyse ontbreekt. Wat betekent dit besluit voor andere zorg op die locaties? Het is heel goed dat de Minister de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gevraagd zo'n impactanalyse te doen en bereid is op basis daarvan het besluit te heroverwegen. Het is ook goed dat er in die analyse breed wordt gekeken, niet alleen naar kinderkathartchirurgie, maar ook naar de gevolgen voor de hoogcomplex, academische kindergeneeskunde in het algemeen in de verschillende regio's.

Ik wil aansluiten bij mevrouw Paulusma door te zeggen dat de effecten op de werkgelegenheidsproblematiek daarin meegenomen moeten worden. Personele capaciteit is op dit moment namelijk vaak nog belangrijker dan het verschuiven van bedden of apparatuur. Zoals we ook aangaven in de meer dan 80 vragen die het CDA heeft ingediend, is een ziekenhuis vaak de grootste lokale werkgever. Een verschuiving heeft ook effect op opleidings- en onderzoeksmogelijkheden.

Voorzitter. Deze drie punten zijn alle drie aangeraakt in de brief, maar het vierde punt, het criterium regionale verdeling, ontbreekt nog steeds. Concentreren is wat anders dan centraliseren. Het CDA steunt het principe dat hoogcomplex laagvolume zorg geconcentreerd moet worden om de kwaliteit van de zorg te kunnen borgen en om die zorg beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar te houden. Dat is niet alleen omdat dat in het regeerakkoord staat. Ik heb dat punt al sinds 2019 ingebracht. Bij de besluiten over concentratie – we hebben het nu over kinderkathartchirurgie, maar we gaan het nog over allerlei zeldzame ziektes en andere specia-

lismen hebben – moeten Groningen, Nijmegen en Maastricht een volwaardige rol krijgen.

Buiten de Randstad woont 50% van de Nederlandse bevolking. Vier provincies zien het UMCG als moederziekenhuis. Groningen heeft last van de aardbevingen, omdat wij met z'n allen het gas gebruiken. Ze hebben overlast bij de opvang van asielzoekers. Ze zorgen voor de opvang van coronapatiënten uit de rest van Nederland. Het ontbreken van het criterium regio is te meer onbegrijpelijk omdat er in het regeerakkoord 29 keer het woord «regio» staat. Hoe gaat de Minister borgen dat de regio vanaf heden een criterium bij besluiten wordt?

Voorzitter. Dit moet niet nog een keer gebeuren. Hoe gaat de Minister een adequaat proces inrichten voor dergelijke besluiten en zorgen dat er daarna ook goed wordt samengewerkt? Het CDA wil een steviger rol voor de inspectie, de Nederlandse Zorgautoriteit en, waar nodig, het Zorginstituut.

Voorzitter. Tot slot moet me toch iets van het hart. Ik heb dat maandag ook gezegd bij het rondetafelgesprek. Dat betreft de onderlinge verhoudingen. Ik zat 50 jaar geleden op het vwo, in een tijd waarin nog niet iedereen de kans kreeg, ook al had je de capaciteiten. De boodschap die ik meekreeg was: jullie hebben het privilege dat jullie deze kans krijgen. En dat verplicht: mensen mogen verwachten dat jullie het goede voorbeeld geven. Ik vind het dan ook erg treurig en toch eigenlijk ook wel beschamend dat artsen en bestuurders met een academische opleiding vechtend over straat gaan en met modder naar elkaar gooien. Dat heeft wat mij betreft voor heel veel onnodige onrust gezorgd. Dat wou ik toch even naar voren brengen.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan mevrouw Ellemeet.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Op dat laatste punt. Ik denk dat we ons op de rondetafelbijeenkomst allemaal wel wat ongemakkelijk voelden bij de concurrentie tussen de betrokken specialisten. Maar daar zou ik wel bij willen zeggen dat wij die mede hebben veroorzaakt. Ik vind dit dus wel ingewikkeld. Mevrouw Van den Berg legt dat verwijt, om het zo maar te zeggen, nu eigenlijk bij de specialisten, maar ik vind dat we ook naar onszelf moeten kijken en naar hoe wij het hele proces hebben georganiseerd. Dat leidt natuurlijk tot heel veel onderlinge spanningen. Erkent mevrouw Van den Berg dat?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Mevrouw Ellemeet zegt dat er ook een stuk competitie is tussen de verschillende medische centra. Ik zie best dat dat een stuk is in het systeem. Het CDA pleit er al lang voor dat er veel meer gericht moet worden op samenwerking; dat moet de uitkomst zijn. Je moet een prikkel houden tot innovatie, ook om een systeem effectief en efficiënt te houden, maar men moet naar samenwerking gaan. Aan de ene kant snap ik de opmerking van mevrouw Ellemeet dat dit misschien toch ook wel een beetje in het systeem zit, maar het is niet zo dat dit overnight is gebeurd. Men spreekt hier al tien, twintig jaar over, zo niet langer. Dat er concentratie moet komen wordt in het veld trouwens breed erkend. En dan zeg ik dat je dan ook een keer bereid moet zijn om over je eigen schaduw heen te stappen. Wat mij vanaf dag één heeft verbaasd – op kerstmiddag heb ik zelfs nog de voorzitter van de raad van bestuur van Groningen gesproken – is dat alleen maar naar dat kleine stukje van kinderhartchirurgie is gekeken, want dan ligt er maar één ding op tafel. En als er maar één ding op tafel ligt, dan gaat u het krijgen of dan ga ik het krijgen, maar dan krijgt een van de twee dus niks. Als je breder kijkt naar kindergeneeskunde of misschien ook nog naar veel andere specialismen, kun je tot een

veel eerlijker verdeling komen. Dat is ook waarom ik de Minister vraag om dit breed te bezien: los dit nu eerst op voor de kinderhartchirurgie, maar besteed daar ook in een totaalproces aandacht aan, want dit zal niet de laatste discussie zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mevrouw Van den Berg geeft aan dat het goed zou zijn om een integrale, brede visie te hebben op complexe kindzorg. Onder anderen de heer Verhagen riep daartoe tijdens de rondetafel op. Dat is natuurlijk ook een taak voor de politiek. Het is een taak voor de specialisten, maar het is ook onze taak om een visie uit te werken waaruit blijkt hoe wij die complexe zorg zien. Ik ben blij dat mevrouw Van den Berg erkent dat het systeem dat we nu in de zorg hebben, namelijk het systeem van marktwerking en onderlinge concurrentie, duidelijke nadelen heeft. Maar mijn punt ging eigenlijk meer over dit specifieke proces, over de manier waarop de politiek dit proces heeft ingericht, met criteria die onduidelijk zijn. Ik kom er zo meteen in mijn inbreng op terug. Er kwam een voorstel uit het veld zelf, maar dat werd vervolgens terzijde geschoven. De politiek heeft in dit proces natuurlijk ook naar zichzelf te kijken. Wij kunnen niet alleen maar met het vingertje naar de specialisten wijzen. Dat is eigenlijk mijn punt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Daar geef ik dan toch nog graag even een reactie op. Toen ik de brief van 20 december las, had ik zelf zo'n gevoel van: waarom ontbreekt bijvoorbeeld zo'n kwantitatieve onderbouwing met gewoon één Excel-sheet, waarop de vier centra en de scores staan? Dat had toch heel verduidelijkend kunnen zijn. Het kan zijn dat er pijnlijke cijfers bij zitten, maar ja, in the end komt dat toch op tafel. Dat krijg je dan nu. Maandag heb ik ook gezegd: God verhoede dat we hier als Kamer gaan besluiten welke zorg waar geleverd moet worden. Dat is echt iets waarvan ik hoop dat de specialisten dat samen met de Zorgautoriteit, het Zorginstituut en de inspectie doen. Wij moeten inderdaad wel een kader stellen waarnaar gekeken moet worden. Nou, de regionale spreiding vinden wij daarbij een enorm belangrijk punt. Maar het helpt niet inderdaad ... Of je komt er al aan de voorkant met elkaar uit en alle cijfers liggen op tafel, of je krijgt iets wat we nu hebben: we zijn hier weken mee bezig, er komen petitie's, rondetafelgesprekken en een apart debat. Ik hoop echt dat we dat in de toekomst kunnen voorkomen. Dus daar moeten we zeker als politiek zelf een kader voor stellen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

In aanvulling op de vraag van mevrouw Ellemeet: moet mevrouw Van den Berg niet erkennen dat het Ministerie van VWS er een stoelendans van heeft gemaakt met vier deelnemers en twee stoelen, dat je dan natuurlijk ruzie krijgt en dat wij als politiek eigenlijk 100% verantwoordelijk zijn voor de slechte sfeer die we de afgelopen week zagen? Zou dat mes niet van tafel moeten? VWS heeft een mes op tafel gelegd. Het is een soort dodelijke stoelendans geworden. Moet dat mes niet van tafel? Erkent zij niet dat dat voor die slechte sfeer heeft gezorgd? Dat is nogal begrijpelijk.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Als meneer Van Houwelingen zegt «het mes op tafel is dat we naar concentratie toe moeten», dan zeg ik: nee, dat is misschien een scherp punt, maar daar moeten we het wel met elkaar over hebben en daarbij zal dit niet het eerste dossier zijn. Dan is het ook nog zo dat men twintig jaar bezig is geweest. Het hele veld erkent dat je naar concentratie toe moet. Voor de manier waarop het dan wordt georganiseerd – dat heb ik net ook tegenover mevrouw Ellemeet aangegeven – kunnen we meer kaders aangeven. Daardoor heb je dan ook niet het gevoel dat meneer Van Houwelingen noemt: er zijn maar twee stoelen over en er zijn vier mensen

aan het dansen. Nee, dan zeg je: er zijn meer stoelen, met andere specialismen, waardoor ieder wel een stoel heeft, maar misschien een wat andere stoel dan hij nu heeft.

De voorzitter:

Akkoord. Mevrouw Ellemeet, dan uw betoog.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Toen ik zorgwoordvoerder werd, wist ik dat de zorgportefeuille een uiterst precaire portefeuille was, omdat die raakt aan wat mensen iedere dag bezighoudt. Hij raakt aan een heel complex systeem dat wij hebben gebouwd en waar mijn fractie nogal wat kritiek op heeft. Hij raakt aan grote belangen. Dat moeten wij allemaal in de politiek wegen, en dat moeten we zorgvuldig doen.

Ik vind dit nou weer een voorbeeld van hoe het mis kan gaan, van hoe het uit de bocht kan vliegen. Het heeft me echt aangegrepen om te zien dat de rommel die wij ervan gemaakt hebben, leidt tot zo veel onrust bij mensen, tot slapeloze nachten, tot ouders die zich grote zorgen maken over hun kinderen.

Ik sluit mij aan bij wat mevrouw Van den Berg zegt, namelijk dat het zo belangrijk blijft dat wij zorg voor héél Nederland organiseren en dat het zo begrijpelijk is. Vrijdag was ik op werkbezoek bij een aantal verpleeghuizen in Groningen. Dat betrof een ander thema, maar ook daar zeiden verpleegkundigen tegen mij: wij voelen ons soms een kolonie van Nederland; wij worden uitgebuit, wij worden met problemen opgezadeld die deze uitbuiting veroorzaken en mogen de rommel zelf opruimen. Als je ziet wat er nu weer gebeurt, wat er nu weer dreigt voor Groningen, dan vind ik in dat licht dat we daar niet, op geen enkele manier, lichtzinnig mee om moeten gaan. We moeten ook echt naar onszelf kijken: wat heeft de politiek deze mensen aangedaan? Ik noem nu Groningen, maar het heeft natuurlijk betrekking op heel veel delen in Nederland.

Zeg ik daarmee dat we alleen moeten denken aan regionale belangen?

Uiteraard niet, uiteraard niet. Zeg ik daarmee dat GroenLinks tegen concentratie van complexe zorg is? Nee, helemaal niet. Ik denk dat wij altijd moeten kijken naar de kwaliteit van zorg, dat we daarbij heel zorgvuldige besluiten moeten nemen en dat dat niet altijd makkelijk is. Dat vraagt dus ook om een zekere moed van de politiek. Maar wat het ook van de politiek vraagt, is zorgvuldigheid. Als er iets is misgegaan, dan is het dat het proces niet zorgvuldig is. Als ik alle brieven langsloop die geschreven zijn, dan zie ik dat er heel veel vragen zijn over de criteria op basis waarvan is gekomen tot de selectie van de twee centra. Ik noem een criterium als «de huidige behandelcapaciteit» of een criterium als «het aantal artsen dat er per locatie is». Ik vraag mij toch af of dit dan de criteria zijn waar je uiteindelijk op toetst als je toe wilt naar concentratie. Ook is mij niet duidelijk hoe men nou op basis van deze criteria ertoe is gekomen om te kiezen voor Erasmus en Utrecht. Ik vraag dus aan de Minister of hij nog een toelichting kan geven op dat proces.

Een andere vraag van mijn fractie is: zijn we niet te veel met deelonderwerpjes bezig? Dat kwam ook al tijdens de rondetafel aan bod. Je hebt het dan bijvoorbeeld over complexe oncologische kindzorg en complexe hartchirurgische zorg. De gevolgen van de keuzes die wij nu maken, werken door op andere terreinen. De heer Verhagen had het over schotje springen, maar het is niet zo dat we van het ene schot naar het andere kunnen springen zonder dat we oog hebben voor de gevolgen daarvan voor de complexe kindzorg in zijn geheel. Mijn vraag aan de Minister is dan ook of hij het niet ook zijn taak vindt om – uiteraard samen met de specialisten, met de verpleegkundigen en met het veld – een integrale visie op die complexe kindzorg uit te werken om te voorkomen dat we voor voldongen feiten gesteld worden waar we eigenlijk helemaal niet tegen aan willen lopen.

Voorzitter. Een andere vraag die ik aan de Minister heb, gaat over het plan waar hijzelf aan heeft bijgedragen, DC3. Het heeft mij toch wel enigszins bevreemd, eerlijk gezegd, dat hij als bestuurder duidelijke keuzes heeft gemaakt en een voorstel heeft ingediend, en dat hij daar nu zijn handen van aftrekt. Ik hoor graag van de Minister hoe ik dit precies moet plaatsen. Ook hoor ik graag of de Minister het met mij eens is dat het voorbarig is om nu al tot een besluit te komen, ook wat de impactanalyse betreft, en dat we moeten uitkomen op twee locaties. Als ik het goed heb begrepen, wordt in de impactanalyse nu alleen gekeken naar de gevolgen voor Leiden en Groningen. Ik vind dat onlogisch. Ik zou het graag breder willen zien. Ik zou graag zien dat we uitgaan van verschillende scenario's en de impactanalyse toepassen op die verschillende scenario's. Graag daar een reactie op van de Minister.

Voorzitter. Ik heb ten slotte nog een aantal vragen. Ik wil graag weten hoe de vijf criteria uit het eerdere kader bijdragen aan de kwaliteit van de complexe hartchirurgische zorg.

Ik wil graag van de Minister weten welke volumenormen worden gehanteerd bij de kindhartchirurgie in het buitenland.

Ik wil graag van de Minister weten of het niet wenselijk en verstandig zou zijn om ook een internationaal onderzoek te doen en internationale specialisten te betrekken bij de impactanalyse. Ik hoor graag van de Minister welke zorg hij nog meer wil gaan concentreren in deze periode en of wij daar voldoende op voorbereid zijn. Hebben we een voldoende brede visie als het gaat om die concentratie?

Kan de Minister binnen een jaar een plan maken voor alle hoogcomplexere laagvolumezorg die moet worden geconcentreerd? Op basis waarvan gaan we dan die keuze maken? Ik sluit me aan bij de twee vorige sprekers die zeggen dat het van groot belang is dat we een helder en scherp kader hebben op basis waarvan wij keuzes maken. Uiteraard moet het gaan om de kwaliteit van zorg. Maar het moet ook gaan om zaken als bereikbaarheid en regionale spreiding. Het kan niet zo zijn dat de Randstad in veel opzichten iedere keer weer voorrang krijgt op de rest van Nederland. Daar is GroenLinks echt geen voorstander van.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. U heeft een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Volgens mij hadden we veel gelijkenissen in ons verhaal, maar ik was nog wel even benieuwd. Ik zat maandag te luisteren naar het advies van de IGJ en wat verder gepubliceerd is. Wat is uw reflectie op dat advies van de IGJ, die keuze voor twee, en de argumentatie die ze daarvoor aandraagt?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik heb een aantal vragen over de criteria op basis waarvan er is gekomen tot die selectie. Mijn vragen aan de Minister hebben dus in die zin ook betrekking op het oordeel van de inspectie. Ik vraag mij of de criteria die gesteld zijn de juiste zijn om te komen tot de selectie van deze twee centra.

De voorzitter:

Akkoord. Dan is het woord aan de heer Van der Staaij namens de SGP.

De heer Van der Staaij (SGP):

Voorzitter. Ik wil positief beginnen met de zegeningen te tellen. Eerlijk gezegd zijn we door dit dossier, door dit vervelende onderwerp dat nu aan de orde is over welke centra nu doorgaan, allemaal even met de neus op de feiten gedrukt: wat een prachtig werk wordt er verricht door zo veel

mensen in de zorg. Het is echt top wat er op al die plekken wordt gedaan in de zorg voor kinderen, en trouwens ook voor volwassenen met een aangeboren hartafwijking. Petje af voor al dat werk dat wordt verricht. Het gaat hier om een zekere concentratie waarvan breed wordt gezegd dat die nodig is. Maar het is zeker niet zo, zoals weleens de suggestie is, dat men 30 jaar stil heeft gezeten. Ik zie dat Leiden en Amsterdam intensief samenwerken, net als Rotterdam en Nijmegen. Dus er zijn ook wel degelijke bewegingen als het gaat om de noodzakelijke concentratie. Dat wilde ik even vooropgesteld hebben.

We kregen die brief op 20 december, kort voor de kerst. Je merkte meteen wat voor deining dat gaf. Een bijzonder moment voor zo'n ingrijpend besluit, dat ook nog een omstreden besluit was. Eerlijk gezegd kan ik me niet zo makkelijk een tweede voorbeeld herinneren dat door een demissionair kabinet op de valreep zo'n ingrijpend besluit werd neergelegd. Je merkt dat dat vervolgens ook weer allerlei wantrouwen voedt. Daarom in alle openheid de vraag: hoe kwam het nu dat het op dat moment gebeurde? Wij vinden het als SGP-fractie schadelijk dat dit besluit onvoldoende draagvlak had en de verhoudingen op scherp stelde. Het had ook direct consequenties. Ik hoorde bijvoorbeeld in ziekenhuizen terug dat buitenlandse artsen, die regelmatig voor een tijdje naar die centra komen, nu zeggen: wij houden onze handen even daarvan af, want dit is nu allemaal even te veel. Dat is niet goed. Daarom is het zo ontzettend belangrijk dat dit een zorgvuldig bestuurlijk proces is, dat wij geen gevaar mogen laten lopen.

Het is al genoemd: er was in 2021 een plan van de UMC's van Rotterdam, Leiden en Groningen. Voor zover wij weten is daar nooit formeel op gereageerd. Waarom niet? Waarom is niet het initiatief genomen om alle betrokken partijen aan één tafel te krijgen? Ik mis ook nog de effecten voor de verpleegkundigen. Is ook met hen gesproken, om te voorkomen dat kennis en ervaringen van gespecialiseerde verpleegkundigen verloren gaan?

Dat op grond van inhoudelijke argumenten gekozen moet worden voor twee behandelcentra in plaats van drie heeft de SGP niet overtuigd. Wij hebben ook naar de berg rapporten uit het verleden gekeken, van de commissie-Lie en de commissie-Bartelds. Daar kom ik veel meer tegen dat er ruimte is voor twee of drie interventiecentra. Waarom wordt nu zo stellig aan die twee vastgehouden? Voor mij is dat een kernpunt in dit debat. De Minister geeft in zijn brief eigenlijk al aan dat hij bereid is tot een impactanalyse en dat hij bereid is om de keuze voor locaties opnieuw te overwegen. Hij zegt er wel duidelijk bij: de randvoorwaarde is dat er concentratie op twee locaties plaatsvindt. Ik denk dat dat inderdaad een kernpunt in dit debat is: wordt dit inderdaad door de Kamer gedeeld of niet? Mijn fractie zegt dan: nee, het gaat ons te ver om dat nu op die manier te trechteren en te zeggen «dat punt is gepasseerd». Juist omdat we het niet overtuigend vinden wat er tot nu toe ligt, vinden we dat we heel open moeten kijken of twee of drie de uitkomst moet zijn.

Wat is er nodig? Wat de SGP betreft een open en brede heroverweging. We kennen dat uit het bestuursrecht ook. Er wordt een besluit genomen en daar komt veel tegen op. Dan moet je bereid zijn om dat nog eens goed van alle kanten te wegen. Dat is wat wij vragen: een open en brede heroverweging. Het moet duidelijk zijn dat de data waar de Minister van uitgaat, goed getoetst zijn en dat daar niet allerlei ruis en discussie over blijft als het gaat om het aantal locaties waar de operaties plaatsvinden en om de aantallen. Dat moet goed worden geverifieerd. Er moet ook oog zijn voor de regionale bereikbaarheid en voor de specifieke zorg. Ik noem de prenatale chirurgie in Leiden. Mijn fractie vindt het zeer belangrijk dat die hoogcomplexen, zeer zeldzame zorg voor het ongeboren leven niet uit Nederland verdwijnt. Ik ben dus benieuwd welke factoren en belangen de Nederlandse Zorgautoriteit precies gaat bekijken. Ik gaf al aan dat wij het van belang vinden dat alle opties open gehouden worden, ook de optie

van concentratie bij drie ziekenhuizen, en dat glashelder is op welke kwaliteitscriteria getoetst wordt. Ook vinden wij het belangrijk dat dit voor iedereen inzichtelijk is. Dus een open, transparant proces van brede heroverweging: dat is wat wij graag als uitkomst van dit debat zouden zien.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Van der Staaij. Dan is het woord aan de heer Hijink. Hij spreekt namens de Socialistische Partij.

De heer **Hijink** (SP):

Dank, voorzitter. De vorige Minister heeft net voor de kerst de centra, de ouders en de patiënten zelf verrast met in een onze ogen heel onzorgvuldig, heel rommelig, chaotisch en slecht onderbouwd besluit. Dat heeft tot heel veel schade geleid. Daar is net al heel veel over gezegd. Wij vinden de timing vreemd, wij vinden het vreemd dat het besluit inderdaad is genomen door een demissionair kabinet, terwijl het vergaande consequenties heeft voor de regio, voor de patiënten en voor de mensen die werken in deze centra. Wij zien ook veel kritiek op de criteria die de vorige Minister genoemd heeft in zijn eerste brief. Van de week kwam er nog een brief binnen van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie, die dus zegt dat in de gesprekken waarvan de Minister zegt dat die zijn gevoerd met de vereniging, criteria zijn besproken waarvan de vereniging nou juist stelt dat je die helemaal niet kunt gebruiken als toets voor het al dan niet kiezen voor bepaalde centra om te concentreren. Ik vraag de Minister om daarop te reageren. Zij vragen zelfs om een correctie van de Minister.

Het is ook vreemd dat er helemaal geen analyse is gemaakt van wat nou precies de consequenties zijn. Wat is de impact van dit besluit? We hebben daar al veel over gehoord daarnet. Het heeft vergaande gevolgen voor de zorg en voor Leiden, als het gaat om operaties die al in de baarmoeder kunnen plaatsvinden, als het gaat over het al dan niet sluiten van de kinder-ic en als het gaat om de kinderorgaantransplantaties die in Groningen plaatsvinden. Het is toch eigenlijk raar dat al dat soort effecten niet zijn meegewogen en dat alleen is gekeken naar een vinklijstje, in de trant van: nou, dan vallen er twee af. Dat is onvoorstelbaar en het heeft tot heel veel in onze ogen onnodige onrust geleid. Voor de SP staat uiteindelijk gewoon voorop dat de best mogelijke zorg geleverd moet worden aan al die baby's en kinderen die een operatie nodig hebben. Dat staat volgens mij ook helemaal niet ter discussie, maar het geldt niet alleen als het gaat om de hartchirurgie; het geldt ook voor die vormen van zorg die mogelijk in gevaar komen als de concentratie op twee plekken zal doorgaan. Je kunt dat dus niet los van elkaar zien.

Nu heeft de Minister al toegezegd dat er een impactanalyse door de NZa gaat komen. Ik zag in de beantwoording dat hij daar wel twintig keer naar verwijst, dus daardoor kreeg ik de indruk dat hij het zelf ook wel een verstandig idee vindt, omdat heel veel vragen die wij hebben gesteld helemaal niet beantwoord konden worden. Als het over de effecten gaat, bijvoorbeeld, wordt twintig keer verwezen naar een impactanalyse die dus niet is gedaan. Ik wil dat de Minister daarop terugkijkt: hoe heeft dit nou zo kunnen gebeuren? Ik sluit me aan bij iedereen die zegt dat de randvoorwaarde van twee locaties niet in beton gegoten mag zijn. Als uit de analyse blijkt dat het misschien wel verstandiger is om naar drie locaties te gaan, of naar vier – we moeten de impactanalyse afwachten; je kunt daar niet op vooruitlopen – dan moeten alle opties wat de SP betreft op tafel liggen.

Ons gaat het er uiteindelijk om dat het om de samenwerking draait. Dat wordt door de patiëntenverenigingen ook heel nadrukkelijk gezegd. Ik snap wel dat het voor een kabinet waarvoor marktwerking belangrijker is

dan samenwerking ingewikkeld is om die mindset om te draaien, maar het gaat uiteindelijk om samenwerking. Als meerdere centra aangeven dat zij dit in samenwerking op meerdere locaties heel goed kunnen verzorgen, dan heeft dat wat de SP betreft de voorkeur. Dan moet je dus niet die deur nu al dichtgooien. Ik wil de Minister echt vragen om wat hij in zijn brief schrijft recht te zetten.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb een korte vraag over dat samenwerken. Volgens mij hebben wij beiden alle locaties bezocht en iedereen gesproken. Wat ik heel veel terug hoor, is dat het ook een capaciteitsvraagstuk is. Dan kun je je afvragen waarom er in 30 jaar niet meer is opgeleid. Nou ja, daar zijn we nu niet. Het gaat om een beperkt aantal professionals. Nu snap ik het bekende pleidooi van de SP over marktwerking, maar hoe ziet u dan die samenwerking in het licht van die beperkte capaciteit? Want dat vind ik zorgelijk.

De heer **Hijink** (SP):

Dat zie ik ook. Dat heeft natuurlijk te maken met het heel beperkte aantal chirurgen die deze operaties doen. Ik heb bij het rondetafelgesprek die vraag ook opgeworpen: hoe voorkomen we nou dat deze discussie over het concentreren van zorg vermengd raakt met een arbeidsmarktprobleem, namelijk dat er te weinig artsen zijn opgeleid en dat er misschien wel te weinig verpleegkundigen beschikbaar zijn? Het gaat erom dat we nu dus misschien in een situatie terechtkomen dat het kabinet zorg gaat concentreren, maar niet alleen omdat het nodig is om aan de normen te voldoen als het om aantallen gaat. Misschien ligt daar het probleem onder van opleiden en het aantrekken en behouden van artsen en verpleegkundigen. Dat moet niet door elkaar lopen. Als dat namelijk het probleem is, moet je dat probleem oplossen en niet de operaties van twee locaties schrappen. Dat is hoe wij erin staan.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Ik heb daarover een aanvullende vraag aan de heer Hijink, met name omdat hij het ook een arbeidsmarktprobleem noemt. Ik vraag me het volgende af. Stel dat we heel veel meer kinderhartchirurgen hadden opgeleid. Volgens mij is het probleem met name dat je bij die hele kwetsbare groep in de eerste drie maanden gewoon heel weinig patiëntjes hebt, terwijl het wel om heel complexe operaties gaat. Als we dat gaan spreiden over nog meer kinderhartchirurgen, dan gaan die nog minder uren maken. Mij lijkt dat je zo'n handeling heel vaak moet doen, want zo word je er goed in. Als je maar drie operaties per jaar doet, zal dat de kwaliteit niet ten goede komen. Ik vraag me af hoe de heer Hijink dat ziet.

De heer **Hijink** (SP):

Daar ben ik het uiteraard mee eens. Ik denk dat iedereen dat snapt. Ik denk zelfs dat heel veel ouders met een kind dat zo'n operatie nodig heeft, liever naar de andere kant van het land reizen als ze zeker weten dat daar de operatie kwalitatief zo goed mogelijk plaats kan vinden, dan dat ze willen dat er op iedere hoek van de straat geopereerd gaat worden. Ik denk dat we het daar allemaal wel over eens zijn. De discussie gaat over de criteria, die ook de inspectie hanteert. Mevrouw Ellemée maakte dat punt ook. Die criteria zijn discutabel. Het getal van 60 wordt vaak genoemd. Je moet 60 keer een operatie doen bij een kind dat jonger is dan 30 dagen. Daarvan zeggen de auteurs van die notitie, die al heel oud is: die 60, is dat nou een heilig aantal? Er wordt ook een aantal van 40 genoemd. Mijn zorg is dus, dat je je blind gaat staren op de aantallen, dat je op basis van die aantallen tot vergaande besluiten komt over concentratie en dat je ondertussen de neveneffecten, de nevenschade, van concentratie voor lief neemt, alleen omwille van dat ene getal. Dat

proefde ik de afgelopen week ook wel een beetje in het rondetafelgesprek. Ik hoop gewoon dat in de analyse die nu komt veel duidelijker wordt wat nou objectieve criteria zijn voor goede kwaliteit. Ik ben daar nog niet van overtuigd.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Meneer Hijink, u raakt aan een punt dat mij ook heel erg aan het hart gaat: de patiëntenverenigingen. Zij hebben maandag naar mijn idee heel duidelijk gezegd: wat ons betreft mag het er ook één zijn, met name voor die specialistische groep waar mevrouw Pouw-Verweij het over had, omdat het zo'n kleine groep is en je wilt dat daarvoor meer ervaring is. Ik vraag me af hoe meneer Hijink daar maandag naar gekeken heeft. Zij zeiden zelf ook: kijk vooral waar de kwaliteit het beste is en hoeveel je daarvoor nodig hebt.

De heer **Hijink** (SP):

Dat is natuurlijk zo, maar omgekeerd werkt het ook zo. Ik heb net gezegd: die aantallen doen ertoe, want je wordt beter als je een operatie vaker doet. Dat lijkt me heel erg logisch. Ik beweer helemaal niet dat er meer locaties moeten zijn, maar de discussie over twee of drie vind ik wel relevant. Wat ik ook relevant vind, is: waar draait het nou uiteindelijk in de kern om? Dat is wat mij betreft samenwerking en niet één volumegetal. Dat is denk ik waar het om gaat. Ik heb nou juist onthouden van het gesprek met de patiëntenverenigingen dat ze zeiden: het gaat ons om de samenwerking. Als de samenwerking goed is en als de uitwisseling tussen artsen onderling ook goed is, kan het misschien ook wel op drie locaties. Daar moet volgens mij in de analyse heel goed naar gekeken worden. Maar waar ik niet een aantal van vier locaties heilig ga verklaren, vind ik ook dat de Minister niet een aantal van twee locaties heilig moet verklaren. Dan ben je namelijk niet bezig met een open en objectief onderzoek.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ik ga toch even terug naar een antwoord dat de heer Hijink eerder gaf in reactie op mevrouw Pouw-Verweij over het aantal operaties, juist bij die hele kwetsbare kinderen die nog geen 30 dagen oud zijn, en over de volumecriteria die gesteld zijn. Ik voel heel goed met de heer Hijink mee dat wij die criteria hier niet moeten bepalen als politiek, want wij zijn er helemaal niet in geoefend om vast stellen wanneer je die hoge expertise verkrijgt. Ik zou wel aan de heer Hijink het volgende willen vragen. De specialisten zelf – de commissie-Bartelds heeft dat gedaan – benoemen met elkaar hoe belangrijk het is dat er toch wel 60 operaties per jaar worden uitgevoerd – binnen de centra, dus niet per persoon, maar als vakgroep – om die verbetering te zien in de kwaliteit van de uitkomst van de operaties. Is dat voor de heer Hijink dan wel een hard criterium? Wanneer wordt iets voor de heer Hijink hard wat betreft deze criteria?

De heer **Hijink** (SP):

Ik denk dat daarvoor nodig is dat hier internationaal nog eens naar gekeken wordt. Dat is ook voorgesteld afgelopen maandag. Dat aantal van 60 operaties is geen internationaal gebruikte norm, zoals ik het heb begrepen. Dat is iets wat hier nu gebruikt wordt en wat de inspectie ook aanhaalt, maar wat geen internationaal getoetste norm is. Dan vind ik het dus moeilijk dat zo'n getal uiteindelijk de doorslag zal geven. Als er een hele reeks andere argumenten zijn om te zeggen «je moet naar twee of drie locaties», dan ga ik daar heel bereidwillig naar kijken. Maar ik vind het moeilijk om te zeggen: «We pikken dit getal eruit en we kijken ook niet meer naar de andere getallen, als het gaat om hartchirurgie bij volwassenen en hartchirurgie bij oudere kinderen. We gaan niet kijken naar de neveneffecten en we gaan niet kijken naar wat er bijvoorbeeld in

Groningen nodig in acute situaties.» We hebben de discussie over de drenkelingen gezien. We hebben de discussie gehad over de vraag: wat nu als er een noodsituatie is en een kind met spoed die zorg nodig heeft? Als we dat allemaal gaan negeren en alleen naar die volumenorm gaan kijken, heb ik daar wel problemen mee.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter. Dank u wel dat ik hier nog even een vervolgvraag op mag stellen. Vanzelfsprekend heb ik niet gezegd dat de volumenorm de enige afweging is. Dat zei ik niet. In de commissie-Bartelds zaten specialisten uit alle universitaire centra. Zij hebben samen opgeschreven dat ten minste een bepaald aantal operaties belangrijk is voor de kwaliteit van de zorg aan deze hele kwetsbare kinderen. Het aantal van 60 is genoemd. Ik wil ervan afblijven of 58 dan ook goed is. Maar zij hebben met elkaar een afspraak gemaakt, en dan vind ik het belangrijk om als politiek op een gegeven moment te zeggen: specialisten leggen daarin iets neer. Natuurlijk heb ik er geen bezwaar tegen om dat te toetsen en wat dan ook, maar wij moeten dat aantal niet terugbrengen naar: ja maar 40 zou wel ook goed kunnen zijn. Dan denk ik: waarom laten we dan deze specialisten bij elkaar zitten en de universitair medisch centra met elkaar tot deze overeenkomst komen? Wat is dan de waarde van zo'n rapport? Ik zou het betreuren als de SP daarvan zou zeggen: omdat ik het niet heilig wil verklaren – wat ik dus ook niet wil – leg ik het rapport aan de kant. Dat hoor ik u toch niet zeggen.

De heer **Hijink** (SP):

Nee, maar ik leg dat rapport ook niet aan de kant. Wat ik wel ingewikkeld vind – en dat is maandag door meerdere aanwezigen gezegd – is dat wij, als wij naar twee locaties zouden overgaan, verder concentreren dan enig ander land in Europa. Dan denk ik: dan hebben we toch wel iets bij de kop, want blijkbaar zijn wij dan heel erg slim of die anderen heel erg dom. Dan zou ik dat graag iets beter onderbouwd willen hebben, voordat wij tot zulke rigoureuze maatregelen overgaan als het sluiten van twee centra. Daarvan heeft de inspectie nota bene afgelopen maandag gezegd: er wordt geweldig goede zorg geleverd. Waar zijn we dan precies mee bezig? Als je zoiets al doet, hoop ik dat het beter onderbouwd wordt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik wil toch even aansluiten bij wat mevrouw Pouw-Verweij zei. Ik denk dat iedereen liever wordt geopereerd door iemand die dat twee keer per week doet dan door iemand die dat twee keer per maand doet. Maar het punt dat meneer Hijink ook aanraakt, is samenwerking. Maandag kwam dat in een hele andere context naar voren, met name door de patiëntenorganisaties en onder anderen door een huisarts uit Terneuzen, die zei: als iemand in de tweede lijn wordt geopereerd, krijgt ik automatisch terugkoppeling, maar als iemand in de derde lijn wordt geopereerd, dan hoor ik vaak niks. Is meneer Hijink het met het CDA eens dat ook die samenwerking echt een onderdeel moet zijn van de impactanalyse, wil je tot goede shared care komen? Er werden een paar voorbeelden genoemd. De operatie vindt plaats. Iemand hoeft maar twee dagen in dat gespecialiseerde ziekenhuis te zijn en kan dan weer terug naar de eigen regio voor verdere behandeling. Maar dat kan alleen maar als er hele goede informatie-uitwisseling is en als er een hele goede samenwerking is. Dat moet een onderdeel zijn van de impactanalyse.

De heer **Hijink** (SP):

Ik vind dat een heel terecht punt. Wat ik interessant vond aan de inbreng van de patiëntenverenigingen was nou juist ook het volgende. We hebben het over een klein aantal chirurgen. Het zijn er twaalf, waarvan een deel met pensioen gaat. Er komen er weer nieuwe bij, dus het aantal zal

ongeveer gelijk blijven. Dan vind ik het helemaal niet vreemd gedacht dat er wordt gekeken of je die niet als een soort team kunt laten opereren. Nou ja, niet letterlijk, maar laten functioneren. Ook opereren, natuurlijk, hoewel niet allemaal tegelijk, misschien. Waar het mij om gaat, is dat ik dat een interessante invalshoek vind. Nu staan ze met de koppen tegenover elkaar, en dat is volgens mij wat niemand wil. Ze hebben in het verleden heel goed samengewerkt. Er werd op tijd en goed naar elkaar doorverwezen als men de indruk had: dit kind kan beter daar terecht. Volgens mij moet je daarnaartoe. Als dat versterkt kan worden met meer samenwerking, in welk aantal centra dan ook, dan lijkt mij dat de juiste weg, waarbij je precies van elkaar weet waar ieders expertise ligt en waar het specialisme ligt. Het gaat erom dat je altijd naar elkaar durft door te verwijzen. Ik vind de getallen daarom niet heilig. Ik heb liever dat een arts doorverwijst naar een ander omdat het beter is voor het kind, dan dat er gedacht wordt vanuit de concurrentiepositie van het ziekenhuis, wat helaas toch heel vaak gebeurt. Ik zeg niet dat dit bij de kinderhartchirurgie ook altijd zo is, maar bij heel veel vormen van zorg is het «eigen toko eerst». Dat is niet alleen zo in de jeugdzorg en bij andere vormen van zorg. Dat is ook in de ziekenhuiszorg het geval en dat moet er gewoon helemaal uit. Als dat door samenwerking beter kan worden, lijkt mij dat juist heel erg goed.

De voorzitter:

Akkoord. U vervolgt uw betoog. U heeft nog anderhalve minuut.

De heer Hijink (SP):

Ik heb het punt gemaakt van het aantal dat je wilt overhouden. Ik denk dat daar genoeg over is gezegd.

Ik denk dat mevrouw Bikker terecht zegt dat het voor ons als Tweede Kamer ondoenlijk is ... Ik heb de laatste tijd een hoop gesprekken gevoerd met chirurgen en verpleegkundigen. Ik heb ziekenhuizen bezocht. Voor mevrouw Pouw-Verweij is het gesneden koek, maar als je niet medisch onderlegd bent, moet je ervan uitgaan dat door de experts de juiste adviezen worden gegeven en dan moet je daarop durven varen wat mij betreft. Ik ga daarom niet zeggen dat een volumenorm van 60 wel goed is en een van 40 niet. Het is aan anderen om te bepalen wat verstandig is, maar wij controleren natuurlijk wel het proces zoals de Minister het heeft aangepakt. Daar zijn wij ongelofelijk ontevreden over. We hebben bijvoorbeeld verhalen gehoord over de lobby die gevoerd is en die misschien wel belangrijker is geweest dan de inhoudelijke afwegingen. Dat is echt heel schadelijk als het om dit proces gaat.

Ook is de vraag gesteld: zou het nou niet verstandig zijn om in de analyse die gemaakt wordt, ook buitenlandse expertise aan te trekken? Dat lijkt mij heel verstandig. Ik heb het in de ziekenhuizen ook gevraagd: hoe los je dit nou op? Zij zeggen: als je experts gaat zoeken in eigen land die hier iets van moeten gaan vinden, dan hebben ze allemaal een belang. Er bestaan alleen maar artsen, experts, wetenschappers, die al op enigerlei wijze samenwerken met een van de vier centra. Daar kom je niet uit, dus het lijkt mij verstandig dat iemand uit het buitenland daarin meekijkt.

En dan tot slot. Dat is misschien een beetje een ongemakkelijk punt, maar er is natuurlijk een bepaalde betrokkenheid van deze Minister geweest bij het hele proces. Dat heb ik in de ziekenhuizen ook gehoord. Die zeggen letterlijk: ik heb met deze Minister in zijn vorige rol aan tafel gezeten om te spreken over het DC3-rapport, over samenwerking en over welke locaties wel of niet open moeten blijven. Ik wil hier op geen enkele manier het wantrouwen uitspreken in het handelen van de Minister. Daar gaat het mij niet om. Maar tegelijk vind ik wel dat het verstandig zou zijn als de Minister op onderwerpen waar hij een persoonlijke betrokkenheid bij heeft gehad, er zelf voor zou kiezen om zijn rol over te geven aan een andere bewindspersoon, en dat wij met mevrouw Helder of met de

Staatssecretaris dit debat voeren om er zeker van te zijn dat de schijn van eventuele belangenverstrengeling voorkomen wordt en ook om er zeker van te zijn dat iedereen in de ziekenhuizen die betrokken is bij dit proces, ziet dat het in alle onafhankelijkheid en zonder enige belangen gedaan wordt.

De **voorzitter**:

Mevrouw Arib. O, er is nog een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ondanks dat u niet de schijn wilde opwekken, heeft u dat toch een beetje gedaan. Maar dat is mijn vraag niet. U deed een suggestie over buitenlands advies. Volgens mij zijn we het ook met elkaar eens dat dit niet het laatste vraagstuk is in de zorg. Er staat nog een hele hoop op het spel. Ik zie de NZa als een heel geschikte, betrouwbare, capabele partij. Gaat u nu bij elk vraagstuk het buitenland betrekken? Ik ben een beetje zoekende. Zijn de instanties die we hebben, niet goed genoeg en afdoende om dit ook voor dit onderwerp te doen?

De heer **Hijink** (SP):

Laten we het bij dit onderwerp houden. Ik heb gewoon met mensen in de ziekenhuizen gesproken. Die zeggen tegen mij dat het lastig is om een onafhankelijke toets te doen op criteria, op welke locatie wel of niet, omdat, wie je het ook vraagt, kinderhartchirurgie zó specialistisch is dat er maar een heel beperkt aantal Nederlanders zijn die daar iets zinnigs over kunnen zeggen. In dit geval vind ik het dus niet zo heel gek gedacht dat je ook in het buitenland gaat kijken of iemand door een onafhankelijke bril, zonder dat-ie bij enige instelling betrokken is geweest, op basis van onafhankelijke criteria een soort analyse maken van wat de beste plek is om wat te doen. Dat is ook geen steek naar wie dan ook. Het gaat mij erom dat het zo onafhankelijk mogelijk gebeurt. In dit geval – ik heb het niet over gevallen die nog gaan komen; dat weet ik helemaal niet – lijkt het mij wel verstandig.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Daarop aanvullend. Ik vind het idee van meneer Hijink om onafhankelijke buitenlandse expertise erbij te halen, eigenlijk wel goed. Maar ik vraag me het volgende af. Er heeft natuurlijk al een keer succesvolle concentratie plaatsgevonden toen het Prinses Máxima Centrum gesticht werd, waarbij we zien dat het «shared care»-model wel goed gaat. Die samenwerking tussen die vijftien centra is niet meteen goed gegaan, maar ik denk dat we daar veelal positief op terug zullen kijken en nu tevreden zijn met hoe het functioneert. Ik vraag me af of we daar niet meer lessen uit kunnen trekken en wellicht hierbij kunnen betrekken. Ik ben benieuwd wat de heer Hijink daarvan vindt.

De heer **Hijink** (SP):

Lijkt mij goed. Wij hebben hier vorige week, toen de petitie werden aangeboden, daar ook wel met verpleegkundigen uit Groningen over gesproken, van «wat hebben jullie daarvan geleerd?». Toen was de les dus ook wel, en dat is misschien dan ook wel weer meteen een waarschuwing, dat concentratie juist ook heel grote gevolgen kan hebben voor bijvoorbeeld verpleegkundigen, die absoluut niet bereid zijn om te verhuizen naar een andere locatie. Kijk, van artsen wordt aangenomen – dat moeten we ook nog maar afwachten – dat die allemaal wel mee zullen gaan naar een andere locatie, ook als dat veel verder weg is. Verpleegkundigen, de mensen die ik hier heb gesproken, zeggen: no way dat wij dat gaan doen. Bij de concentratie van de kinderkankerzorg is dat ook zo gegaan. Heel veel verpleegkundigen zijn juist blijven werken in het ziekenhuis waar ze al werkten en hebben daar een andere functie

gekrege. Je verliest daar dus ook kwaliteit, je verliest daar continuïteit en je verliest daar medewerkers die je eigenlijk wil houden. En je hebt niet zomaar een hele batterij aan nieuwe verpleegkundigen of artsen opgeleid die dit hele specialistische werk kunnen doen. Ik vind juist dat je naar die lessen moet kijken, dus laten we dat doen, maar dan denk ik dat je er ook wel achter komt dat er risico's aan die concentratie zitten.

De voorzitter:

Poging drie: mevrouw Arib.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ik vervang mijn collega Attje Kuiken, die helaas ziek is. Zij is woordvoerder op dit terrein en heeft met iedereen samen opgetrokken waar het gaat om werkbezoeken en gesprekken voeren. Ik neem het dus van haar over. Verder is het bij ons in de PvdA zo: als er stront aan de knikker is, word ik van stal gehaald. En er is stront aan de knikker, zou ik zeggen, en niet zo'n klein beetje ook! Ik heb als niet-woordvoerder op dit dossier – vroeger wel – op afstand gezien wat voor impact het besluit van 20 december heeft gehad en wat voor schade dat heeft aangericht. Ik ben er ongelofelijk verbaasd over, niet alleen als woordvoerder, maar gewoon als persoon en als Kamerlid, dat dit gebeurd is in een demissionaire periode. Staatsrechtelijk hebben we met elkaar afgesproken welke onderwerpen toen wel en niet besproken mochten worden. Behalve corona waren alle onderwerpen controversieel verklaard, maar toch werd er vlak voor het kerstreces een besluit genomen en over de schutting gegooid, met alle gevolgen van dien. Dat vind ik gewoon onbehoorlijk. Het is ook een besluit dat van weinig respect voor zorgverleners, ouders, verpleegkundigen en artsen getuigt. Ik wil even gezegd hebben dat dit eigenlijk onbehoorlijk is.

De schade is aangericht en heeft ook effect op de samenwerking tussen de ziekenhuizen waar wij het nu over hebben, de umc's. Ze werkten al samen. We hebben een systeem waar soms perverse prikkels in zitten en daardoor ontstaat er natuurlijk onderlinge concurrentie. Soms is dat gezond. Dan is er niks mis mee. Maar dit besluit heeft de verhoudingen natuurlijk op zeer, zeer scherp gesteld. Mijn eerste vraag aan deze Minister is dan ook of hij hier kort op kan reflecteren. Maar ik wil vooral weten wat hij gaat doen om de verhoudingen weer op orde te krijgen. Want ik merk dat ze daarvóór allemaal samen met elkaar optrokken, ook al was er een beetje spanning, maar dit besluit heeft dat in elk geval zeer, zeer negatief beïnvloed.

Voorzitter. Ik ben het met iedereen eens die zegt dat wij in de politiek niet zomaar kunnen zeggen: het moeten er twee of drie zijn. Natuurlijk weet ik dat dat al heel lang speelt en dat er ook discussie over is geweest, maar het is heel vreemd dat er gekozen wordt voor twee centra op basis van informatie die eigenlijk niet helemaal correct is. Ik heb een klein stukje van het rondetafelgesprek gezien. Ten eerste viel mij op dat een aantal artsen nog steeds aan het strijden was, zoals Eduard Verhagen uit Groningen. Ik dacht: arme man, het eerste wat hij wil doen, is gewoon aan het werk gaan, maar doordat wij in de politiek elke keer dit soort besluiten nemen, komt hij uit Groningen, moet hij met ons het gesprek aangaan en moet hij bewijzen dat het van belang is om het centrum in Groningen open te houden, omdat het gewoon goed functioneert. Dit geldt natuurlijk ook voor anderen. Wat dat betreft ben ik blij dat deze Minister een impactanalyse heeft aangekondigd.

Hij gaat ook kijken naar de gevolgen van het centraliseren van de kindercathartische zorg voor andere zorg in de ziekenhuizen en naar de gevolgen voor de bereikbaarheid van de zorg. Bij interruptie had ik het met mevrouw Paulusma erover dat alle opties open horen te zijn. Ook andere collega's hebben dat gezegd, met name de heer Van der Staaij en collega Hijink. De uitkomst moet niet van tevoren worden aangestuurd. Ik

zeg dat, omdat ik bij het rondetafelgesprek ook zag dat er kritiek was op de wijze waarop informatie ... Nee, laat ik het zo zeggen. De informatie die met de Kamer is gedeeld, is niet helemaal compleet en ook niet correct. Om als Kamer een besluit te nemen, hoor je alle informatie op tafel te hebben. Die informatie moet ook correct en compleet zijn. Als het gaat om een besluit dat echt raakt aan het bestaansrecht, want het gaat hier om leven en dood van kinderen – daar gaat het eigenlijk om – vind ik het zeer kwalijk dat wij slechts halve informatie krijgen. Het moet gewoon open en transparant zijn. De informatie moet gewoon correct en compleet zijn. Ik ben benieuwd of de Minister bereid is om de gekozen selectiecriteria door een onafhankelijke commissie te laten herformuleren en wegen en hierbij de internationale wetenschappelijke gemeenschap een rol te laten spelen. Daar heeft collega Hijink ook aandacht voor gevraagd. Wil de Minister hierbij borgen dat er een onafhankelijke verificatie zal plaatsvinden van de geleverde gegevens, daarbij ook luisterend naar de argumenten van de betrokkenen uit Groningen en uiteraard Leiden en het AMC?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Ik heb een vraag aan mevrouw Arib. Ergens tussendoor zegt ze terecht dat de Kamer de juiste informatie moet krijgen, ook om als Tweede Kamer een besluit te nemen. Is mevrouw Arib het met het CDA eens dat wij hier echt niet gaan besluiten waar welke zorg moet zijn – dat hoop ik toch echt niet – maar dat wij gewoon een kader meegeven? Wij zeggen: doe dat met de Nederlandse Zorgautoriteit, de inspectie en het Zorginstituut Nederland. Die moeten er samen voor zorgen dat ze goede criteria en kaders hebben om die besluiten te kunnen nemen.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Dat is precies wat ik bedoel. Het is niet de bedoeling dat wij dat gaan bepalen, maar wel dat er een onafhankelijke commissie is. De informatie moet objectief zijn en op transparante wijze zijn verkregen. Natuurlijk wordt op basis daarvan ook aan ons voorgesteld welke opties mogelijk zijn. Daar gaat de Kamer uiteindelijk over. Maar het moet niet zo zijn dat wij dat gaan bepalen. De opties moeten gebaseerd zijn op de juiste informatie en er moet geen beïnvloeding plaatsvinden. Dat zeg ik er gewoon heel eerlijk bij. Dat zeg ik niet omdat ik op voorhand iedereen verdacht wil maken of omdat ik denk dat er beïnvloeding plaatsvindt. Maar de afgelopen periode hebben we ook in de coronadebatten kunnen zien dat er door de ambtenaren stukken van tevoren worden voorgelegd of dat er concepten worden meegelezen. Ik denk dan: juist om het vertrouwen te herstellen, moeten we gewoon afstand houden, of het nou gaat om VWS of dat wij als Kamerleden gaan beïnvloeden of wat dan ook. Het moet zo zuiver mogelijk zijn. Dan kan de Kamer daarover een inhoudelijk beargumenteerd, onderbouwd besluit nemen.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Het is in ieder geval goed om te horen dat mevrouw Arib zegt dat de Kamer niet moet gaan besluiten op welke plaats we wat gaan doen. Het CDA ziet dat de Zorgautoriteit daar ook echt onafhankelijk haar positie moet kunnen innemen. We hebben het nu ook nog over de cijfers en de aantallen. Daar is heel veel discussie over. Een van de punten is volgens mij dat er geen eenduidige definities en registraties zijn. Iedereen heeft zijn eigen aantallen, zijn eigen systeem en zijn eigen definities. Is mevrouw Arib het met het CDA eens dat de Zorgautoriteit ervoor moet zorgen dat dit soort dingen eenduidig worden? Want anders blijf je discussie houden.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Ik ben het helemaal met u eens. Het heeft me altijd verbaasd dat er niet eenduidig wordt geregistreerd of dat er niet één systeem is. Vroeger heb ik als woordvoerder bij de verloskundigenzorg ook gezien dat bijna iedereen een eigen systeem heeft. Zelfs bij de huisartsen is het anders. In dat opzicht ben ik er dus verbaasd over dat het nog steeds niet is gelukt. Ik ben het dus helemaal met u eens, want alleen op die manier kun je voorkomen dat er fouten worden gemaakt. Soms verlies je ook informatie doordat er verschillende systemen zijn. Uiteindelijk betalen de patiënten daar de prijs voor. Ik hoop dus dat we op dat vlak iets kunnen bereiken, want ik ben het helemaal met u eens.

Voorzitter, dan de keuze ...

De **voorzitter**:

Excuus, mevrouw Arib. Er is nog een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mevrouw Arib, ik sloot mijn betoog net af met een oproep aan alle collega's hier om de betrokkenen in gedachten te houden. Volgens mij delen wij dat heel erg. Ouders zijn heel erg ongerust. Ik vind het toch ingewikkeld dat u met woorden zoals «beïnvloeding» en «ambtenaren» en woorden over wat er allemaal gebeurt, eigenlijk bijdraagt aan de onrust die er is. Ik deel dat toch even, maar wellicht heeft u daar een andere reflectie op. Ik dacht dat wij elkaar heel erg vonden in het idee dat we niet meer ouders moeten schaden, maar nu proef ik toch een beetje ... Wellicht heeft u daar een andere reflectie op en kunt u mij geruststellen.

De **voorzitter**:

Doe een poging, mevrouw Arib.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Ik denk dat het goed is om een onderscheid te maken tussen een Kamerlid dat kritisch blijft, ook op de informatie die het krijgt, en een kritisch iemand meteen in de hoek duwen, zo van: dan ben je tegen de NZa, je gelooft er niet in of je veroorzaakt daardoor onrust. Als er iets is wat onrust veroorzaakt, dan is dat wel dat informatie niet zuiver is of concepten ... Dat is gisteren uitgebreid aan de orde geweest in het debat en wij hebben het de afgelopen tijd ook kunnen zien. Als er een onafhankelijk onderzoek is, dan moet het ook onafhankelijk zijn. Ik begrijp heel goed dat onderzoeken worden voorgelegd, omdat dingen feitelijk gecheckt moeten worden. Maar ik wil dat daar op geen enkele wijze invloed op wordt uitgeoefend. Als Kamer moet je er gewoon van opaan kunnen dat de informatie die er is, er niet half is of beïnvloed is. Dat zeg ik niet zomaar, maar dat zeg ik omdat wij de afgelopen tijd heel veel voorbeelden hebben gezien waarbij dat mis is gegaan. Dan zeg ik: daar moeten we van leren. We moeten er bij dit onderzoek in ieder geval voor waken. De discussie over de onafhankelijkheid van de informatie richting de Kamer vindt ook op een andere plek plaats, waar ik ook bij betrokken ben, maar het is wel een probleem dat wij als Kamer al jaren ervaren, helaas. Ik hoop dat D66 dat ook inziet en dat we daarin gezamenlijk optrekken, zodat we als Kamer ons werk gewoon op een goede manier kunnen uitoefenen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Bikker namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Was ik klaar?

De **voorzitter**:

Die indruk wekte u net wel, maar blijkbaar bent u dat niet.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Nee hoor. Hoeveel minuten heb ik nog? Dan houd ik het heel kort.

De **voorzitter**:

U heeft -16 seconden.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Ah. Nou, zal ik het maar hierbij laten? U durft mij niet af te kappen, heb ik begrepen.

De **voorzitter**:

O jawel, hoor!

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Laat ik het zo zeggen: ik hoop dat we vandaag iets kunnen betekenen voor de ouders en voor de zorgverleners die zich hiervoor met hart en nieren inzetten, niet alleen in die twee centra, maar ook vooral in Groningen, waar ze veel geleden hebben en dit er ook nog bij krijgen, Leiden en het AMC.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Bikker namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. Iedere ouder met een hartekindje wil gewoon de allerbeste zorg voor dat kleine kindje. Je wilt bij dat kindje kunnen zijn als er een operatie is, als het verblijf in het ziekenhuis langer duurt of als het geregeld voorkomt dat het nog terug moet voor controle. Waar je ook woont in Nederland, in Delfzijl of in Dordrecht, in Amsterdam of in de Achterhoek, je wilt er voor dat kindje kunnen zijn en je wilt dat dat kindje uitstekende zorg krijgt. Dat geldt natuurlijk net zo goed voor volwassenen met een aangeboren hartafwijking.

Voorzitter. In de afgelopen weken is er veel gebeurd, maar ik wil echt opmerken dat ik opnieuw onder de indruk ben van hoe er op al die plekken in Nederland goede zorg geleverd wordt door toegewijde vakspecialisten en toegewijde verpleegkundigen. Ik wil hen daar ook gewoon voor danken.

Voorzitter. Sinds de beslissing in december door de ambtsvoorganger van deze Minister is er enorm veel onrust en ongerustheid ontstaan, niet alleen onder medici en verpleegkundigen maar juist ook onder patiënten, onder ouders en onder naaste familie. Dat betreurt ik. Voor de wijze waarop dat tot maandag is gebeurd, wil ik toch het woord «beschamend» gebruiken. Want na een heel lang proces, van jaren, is het niet gelukt om tot overeenstemming te komen tussen de centra en is het ook niet gelukt om tot een zorgvuldige afronding te komen. Er ligt nu dus veel frustratie, zoals we ook hebben gezien: over het proces, over de criteria, over de onderbouwing of het gebrek aan onderbouwing van het besluit, over de chaos en de gevolgen. Laat dit de enige en laatste keer zijn dat dit met zo veel controverse verloopt. Dat vraagt wat van het ministerie, maar het vraagt ook wat van de academische centra.

Voorzitter. De onderbouwing van het besluit in december leidde vooral tot heel veel vragen bij mijn fractie over het zicht op de gevolgen – over de impact dus, want dat ontbreekt nog – en over wat er verder nodig zal zijn voor het ziekenhuis zelf, voor de kindzorg op de lange termijn voor het hele land en voor de verdere hartzorg in de ziekenhuizen. Dat geeft te veel onrust, die nu niet weggenomen is. Er komen veel bezorgde berichten, de meeste uit het noorden; niet alleen uit Groningen, maar ook uit Fryslân en

Drenthe en een stukje Overijssel. In Groningen speelt mee dat het gevoel van veiligheid al was aangetast en dat men vreest dat alles langzaam maar zeker naar de Randstad verhuist, terwijl heel duidelijk moet zijn dat waar je ook woont in Nederland, goede zorg toegankelijk en bereikbaar is. Voordat de Minister het besluit neemt dat hij heeft voorgesteld, wil hij nu een impactanalyse laten doen door de NZa. Dat vindt de Christen-Uniefractie wijs. Veel aspecten die de umc's in de afweging misten, worden nu wel meegenomen in de analyse, zoals de samenhang met andere hoogcomplexere academische kindergeneeskunde en wat het betekent voor personeels- en opleidingsplekken, de ic-zorg, de verschillende specialisaties en de financiële positie van de ziekenhuizen. Maar we hoorden mevrouw Kaljouw van de NZa maandag ook zeggen dat een bredere impactanalyse van verdeling en concentratie van alle specialistische academische kindzorg tot een andere analyse en uitkomst zal leiden dan wanneer je alleen kijkt naar het geconcentreerde besluit. Ik vraag de Minister om dat over te nemen. Het is voor de ChristenUniefractie van belang – mevrouw Van den Berg verwoordde dit ook goed – dat voor alle centra het toekomstbeeld duidelijk is. Ik onderstreep dus dat de toekomst van de gehele kindzorg moet worden meegewogen, maar ook de impact op een regio en op de werkgelegenheid. Ik vraag de Minister om dat toe te zeggen.

Voorzitter. Er is veel geschreven over de totstandkoming van dit besluit, over lobby's en belangen. Juist daarom is het zo belangrijk dat het proces transparant en helder is en dat we ons daarvoor inzetten. Eerlijk gezegd is dat ook het lastige, ook als ik alle rapporten van de vorige jaren erbij pak. Dat zijn hele goede rapporten, bijvoorbeeld dat van de commissie-Bartelds, maar ik vind daarin geen harde criteria om nu als politicus te durven zeggen: zo zou het verder moeten. Ik wil de inhoud niet beoordelen, maar ik wil afgaan op goede criteria en hoe die in beeld worden gebracht. Of het twee of drie centra moeten worden? Ik wil graag meer duidelijkheid krijgen over hoe het DC3-rapport gewogen moet worden. Als de commissie-Bartelds schetst dat een keuze voor twee centra slechte gevolgen zal hebben voor de robuustheid van het systeem als geheel bij calamiteiten, dan moet dat ook gewogen worden, ook al zal dat bij het besluit over de kinderhartchirurgie alleen altijd van minder belang zijn. Dat snap ik. Maar als we dat bij ieder besluit op zich telkens zo wegen, is aan het eind de robuustheid van het systeem niet gegarandeerd. Dat zal de Minister niet willen. Daar zal hij ook zeker voor staan – daar ben ik van overtuigd – maar ook als Kamer moeten we die zekerheid hebben. Daarom onderschrijf ik van harte de roep van meerdere collega's om een brede impactanalyse.

Voorzitter. Jaar na jaar is geadviseerd om tot een kwaliteitsstandaard te komen waarop de IGJ kan toezien. Er is onduidelijkheid en ongelijkheid in de registratie van ingrepen en dus over de cijfers. Een vergelijking tussen de centra is niet mogelijk, ook omdat men daar geen overeenstemming over heeft kunnen bereiken. Dat vind ik lastig. Ik vraag de Minister om deze handschoenen op te pakken, want dat moet toch wel kunnen veranderen. Er zullen namelijk op termijn nog wel meer keuzes worden gemaakt over concentratie van hoogcomplexere zorg. Dan is het belangrijk dat we de regiobeelden hebben, ook van de gevolgen voor de acute zorg, maar het is ook belangrijk dat de NZa echte cijfers heeft, die passend zijn, zodat wij met elkaar tot een goede afweging kunnen komen.

Voorzitter, ik rond af. Ik begon mijn bijdrage met de patiënten en daar eindig ik ook mee. Betrek hen. Betrek hen bij dit besluit, betrek hen bij het toekomstbeeld van de zorg voor deze kinderen. Ik heb gemerkt dat al die specialisten en al die verpleegkundigen niets anders willen dan goed zorgen voor kwetsbare mensen. Dat wil de Minister ook. De Kamer wil het ook. Laten we dit proces gebruiken om daar weer terug te komen, in plaats van alle herrie die we tot nu toe tot mijn verdriet hebben gehoord.

Voor deze kwetsbare mensen moeten wij allemaal opstaan, en dat willen we ook.

Dank u wel.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

De heer Verhagen had het tijdens de rondetafelbijeenkomst over schotsjespringen. Hij zei dat als we iedere keer naar deelonderwerpen van de complexe kindzorg kijken, we niet goed overzien wat de totaalgevolgen zijn. Als je oncologische kindzorg of hartchirurgische zorg concentreert, kan dat gevolgen hebben voor andere kindzorg. Hij pleitte voor een brede visie op de kindzorg. Deelt mevrouw Bikker dat pleidooi?

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Dank u wel voor de vraag. Niet voor niks verwijs ik naar een bredere analyse van de NZa, juist omdat ik het voor dergelijke discussies belangrijk vind dat ouders, kinderen, patiënten zeker weten dat er is nagedacht over de toekomst van hun ziekenhuis. Dat moet je meewegen. Ook staat als een paal boven water dat we met twaalf hartchirurgen van wie er een heel aantal binnenkort met pensioen gaat, niet tijdenlang over dit besluit kunnen doen. Tussen die twee punten moeten we ons bewegen, vind ik, want als je alles wilt analyseren ... Nou ja, mevrouw Ellemeet is er misschien kampioen in om daar veel snelheid in te brengen, maar het gevaar voor mij zou zijn dat ik dan steeds meer dingen zie waar ik dan ook nog nadere studie van zou willen, terwijl er al heel veel rapporten liggen. Ja, het is heel erg nodig dat het geen schotsjespringen is. Ja, het is heel erg nodig dat er in de regio de zekerheid is dat kinderen veilig zijn en dat er goede zorg wordt geleverd. Maar nee, we kunnen niet het hele ziekenhuisstelsel of de hele academische zorg opnieuw van alle kanten gaan analyseren alsof we een wetenschappelijk instituut zijn. Daar is ook al 30 jaar op gestudeerd. Tussen die twee dingen zeg ik dus «eens», maar met de aanmerking dat we erop moeten letten dat we wel duidelijkheid bieden aan ouders en kinderen, maar ook aan de specialisten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Ik ben het ermee eens dat we ervoor moeten uitkijken om nu pas op de plaats te maken en heel lang te gaan wachten, want daar is helemaal niemand bij gebaat. Ik vond het namelijk wel een hele terechte opmerking en ik denk dat we die ook breder in onze oren moeten knopen, in die zin dat we natuurlijk andere complexe, specialistische zorg gaan concentreren en we gewoon niet moeten vergeten naar het totaalplaatje te kijken. Wij zijn misschien wel kampioen in het oppakken van complexe deelonderwerpen zonder goed voor ogen te hebben wat de gevolgen zijn. Ik snap dus dat dit niet kan betekenen dat we nu alles een halt toeroepen, maar ik vond het een terechte kritische opmerking richting de politiek: vergeet niet te kijken naar het totaalplaatje.

De **voorzitter**:

Dat was geen vraag, maar misschien heeft mevrouw Bikker toch een korte reactie. En dan wil ik naar mevrouw Agema.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Mevrouw Agema ... Ik wilde al mevrouw Agema zeggen, maar zij heeft geloof ik nog geen interruptie voor me. Mevrouw Ellemeet heeft terecht begrepen dat ik ervoor pleit om die brede blik ook absoluut te hebben, maar ook met de zorg dat de kinderhartchirurgie voor de toekomst op een hele goede manier wordt ingevuld. En ja, dan heb ik vragen, want ook ik heb gehoord wat men in Leiden allemaal prenataal kan. Ik heb ook mijn vragen over die regio, maar het zijn die twee aspecten samen die tot een goede afweging moeten leiden. En dat moet ook absoluut helder en transparant zijn, zodat wij daarbij, ook als politiek, niet telkens geconfron-

teerd blijven worden met dingen die eigenlijk lastig te toetsen zijn. Ik hoop op dit moment echt dat de Minister hieruit, juist ook voor de toekomst, belangrijke lessen kan trekken die iedereen gaan helpen.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Agema namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Als er iets duidelijk is geworden de afgelopen weken, dan is het wel dat de besluitvorming over concentratie van zorg zo niet moet. Hoe simpel het sommetje op papier namelijk ook lijkt, de werkelijkheid is heel anders. Het hoort bij concentratie ook te gaan over de belangen van patiënten én over die van artsen en zorgmedewerkers. Het hoort te gaan over de consequenties als het gaat om reizen, verhuizen en samenwerken. Alle ophef die is ontstaan, de onrust onder patiënten, en het feit dat de centra nu lijnrecht tegenover elkaar staan, kunnen de kwaliteit van zorg ook in gevaar brengen. Dat risico is de Minister aan te rekenen, en ook zijn voorganger. Dat de betrokken partijen nu met modder gooien in de media, had voorkomen kunnen worden als VWS een zorgvuldig en duidelijk proces had gevolgd. Het is nog maar de vraag of door deze situatie geen gezondheidsschade zal optreden en of de kwaliteit van de kinderhartzorg niet achteruit gaat in plaats van vooruit.

Wij zijn voorstander van de concentratie van hooggespecialiseerde zorg als dat in het belang is van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Toch zal de regering er eerlijk over moeten zijn dat hier meer speelt. Dat werd duidelijk in de laatste ronde van de hoorzitting van afgelopen maandag. Deze concentratie van zorg is óók ingegeven door ideologische bezuinigingen, waarbij bijvoorbeeld gesproken wordt over zinnige zorg, passende zorg en de juiste zorg op de juiste plek. Dat is een dubbele agenda en daar doen wij niet aan mee.

Het is goed dat de Minister inmiddels heeft besloten tot een impactanalyse. Had hij dat niet gedaan, dan had de Kamer hem daar waarschijnlijk vandaag toe opgeroepen. Laat dit ook gelijk een leermoment zijn voor de Minister, zodat hij bij iedere voorgenomen concentratie van medisch-specialistische zorg in de toekomst eerst een impactanalyse laat uitvoeren en het niet klakkeloos doet omdat dat vanuit de vooraf ingezette bezuinigingsideologie moet. Graag wil ik hierop een toezegging. Ten aanzien van de impactanalyse wil ik meegeven dat de optie van drie centra wat mij betreft een eerlijke kans moet krijgen. Ik wil graag dat die optie wordt meegenomen in de analyse. Is de Minister daartoe bereid?

Wat mij verder verbaast, is het kleine aantal kinderhartchirurgen, waarvan binnenkort ook nog eens een aantal met pensioen gaat. Vijf van de twaalf topspecialisten zijn boven de 65 jaar. Dat was toch te voorzien geweest?

Wat is er precies misgegaan in de berekeningen door het Capaciteitsorgaan, dat wij speciaal voor dit soort vraagstukken hebben? Wordt ervan uitgegaan dat die vijf specialisten door de dertienwekenecho niet vervangen hoeven te worden? En in hoeverre speelt een tekort aan specialisten mee in het concentratieverhaal? Graag opheldering hierover.

Er zijn meer indicatoren voor de kwaliteit van zorg, zoals opgetreden complicaties, heropnames, infecties, sterftecijfers et cetera. Ik ga ervan uit dat de inspectie naar alle kwaliteitsindicatoren heeft gekeken, en niet alleen naar de volumenorm. Kan de Minister dat bevestigen?

Afrondend nogmaals: mijn fractie staat niet afwijzend tegenover concentratie van hoogspecialistische zorg, zolang die in het belang is van de patiënt. We hebben er twijfels over of dat hier het geval is. De concentratie naar twee kinderhartcentra steunen wij daarom vooralsnog niet. We wachten de impactanalyse af en we hopen die nog voor de zomer te kunnen bespreken.

De voorzitter:

Dank u vriendelijk, mevrouw Agema. Dan is het woord aan mevrouw Van den Hil van de VVD.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Ik begin met namens de VVD maar vooral ook namens mijzelf dank uit te spreken aan die mensen die al jarenlang een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg voor mensen met een aangeboren hartafwijking. De specialistische hartzorg is in Nederland van hoog niveau, maar de professionals zelf geven al ongeveer 30 jaar aan dat vanwege de complexiteit én ter blijvende verbetering van de kwaliteit concentratie noodzakelijk is. Als je een kind hebt met een aangeboren afwijking, of als je die zelf hebt, wil je de beste zorg krijgen. Meerdere rapporten zijn hierover geschreven, met uiteindelijk vorig jaar het advies van de commissie-Bartelds. In dit advies, opgesteld door de professionals zelf, zijn de kaders voor de concentratie vastgesteld. Deze kaders zijn de basis om een besluit te nemen, zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de patiëntenvereniging afgelopen maandag bevestigden. Voorzitter. Na de totstandkoming van dit advies was de hoop en de verwachting dat de academische ziekenhuizen gezamenlijk tot een besluit zouden komen over in welke twee centra de interventies verricht zouden worden. Onzes inziens zou dit de mooiste oplossing geweest zijn: een gedragen besluit, gemaakt door professionals zelf. Dit is echter niet gelukt. Daarom heeft de voormalige Minister van VWS in december een besluit genomen. Over dit door zijn voorganger genomen besluit heb ik een vraag aan de Minister. Kan de Minister schetsen hoe het proces tot besluitvorming gelopen is en hoe de criteria gewogen zijn die ten grondslag lagen aan dit besluit?

Voorzitter. Afgelopen vrijdag heeft de Minister per brief aangegeven dat hij de NZa opdracht geeft om een impactanalyse te laten uitvoeren betreffende de concrete gevolgen voor de verschillende regio's, patiënten en hun naasten, zorginstellingen en professionals. Een goed initiatief, waarbij ik wel de vraag aan de Minister heb om ook helder in beeld te laten brengen wat de gevolgen zijn voor het bredere zorgsysteem en de regio, dus niet alleen gericht op de hartchirurgen, maar ook op andere groepen professionals, zorginstellingen en diverse specialisaties die er in de afzonderlijke academische ziekenhuizen zijn. Kan de Minister dit toezeggen en het onderzoeksvoorstel vooraf met de Kamer delen?

Voorzitter. We spreken vandaag over de specialistische hartchirurgie voor kinderen die geboren worden met een hartafwijking, maar ook over hoogcomplexere specialistische ingrepen bij volwassenen met deze aandoening. Volumenormen die door de beroepsgroep zelf gesteld zijn en die afgelopen maandag door de IGJ bevestigd zijn, geven aan dat het om de kwaliteit te waarborgen optimaal is als er in de toekomst twee centra zijn waar deze ingrepen plaatsvinden. Kan de Minister dit bevestigen? De VVD vindt het belangrijk dat deze patiënten voor interventies in een specialistisch centrum terecht kunnen, maar dat bijvoorbeeld controles en diagnostiek dicht bij huis plaatsvinden. Samenwerken om deze zorg dichtbij mogelijk te maken, shared care dus. Kan de Minister aangeven hoe hij dit straks in zijn totaliteit vorm wil geven en hoe hij de samenwerking waarborgt? Daarbij zou ik ook graag specifiek willen weten hoe de overdracht tussen de centra onderling vorm krijgt. Worden ook andere partijen, zoals huisartsen en familie, hierbij betrokken?

Voorzitter. Nadat het besluit genomen is, zal er nog zeker twee jaar nodig zijn om de transitie vorm te geven, waarbij een goede overdracht door ervaren hartchirurgen noodzakelijk is. Gezien de leeftijd van een aanzienlijk deel van de artsen is het dan ook noodzakelijk dat besluitvorming niet te lang op zich laat wachten. Wat de VVD betreft zal het besluit dan ook snel na de afronding van de impactanalyse genomen moeten worden.

Tot slot wil ik het belang van goede samenwerking tussen de umc's benadrukken, ook met het oog op de zorgen die onder ouders en patiënten leven. Maar de VVD heeft er alle vertrouwen in dat de professionals gedreven, vol overgave en met hun hart de zorg blijven verrichten die nodig is voor deze patiënten. Ieder mens is uniek. Dat geldt zeker voor een hart met een aangeboren afwijking.
Dank u wel.

De voorzitter:

U ook dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Van der Plas namens BBB.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Dank u wel. Voorzitter, burgers van Nederland, en speciaal de ouders, de artsen en de medewerkers van de betrokken ziekenhuizen. Als we het hebben over de zorg, denk ik aan het helpen van mensen, aan het zorgen voor mensen die zorg nodig hebben. Maar in de zorg gaat het ook over geld. Miljoenen gaan er om in de zorgorganisaties.

Dat geld speelt ook een grote rol in dit dossier over de hartzorg. Want laten we er geen doekjes om winden: het ziekenhuis dat de hartzorg binnenhaalt, zal het financieel voor de wind gaan. En het gaat niet alleen om de hartzorg; het heeft een enorme spin-off. Het binnenhalen van dit specialisme geeft ook een boost aan andere afdelingen. Dus worden er zelfs politieke prominenten, zoals een voormalige spindoctor van het CDA, ingezet om te lobbyen om de hartzorg binnen te halen. Het belang van de patiënten is daarbij ondergeschikt. Onder het mom van «het is bijna allemaal planbare zorg» vindt men het geen enkel punt dat patiënten straks tweeënhalf uur moeten rijden voor hun hartzorg, terwijl het hier gaat om kwetsbare mensen, mensen die helemaal niet goed in staat zijn om dit soort afstanden te overbruggen. En dus is het volkomen logisch dat het afstandscriterium een rol speelt bij de beslissing om de hartzorg te centreren.

De twee nu gekozen centra, Rotterdam en Utrecht, liggen hemelsbreed 58 kilometer uit elkaar. Door de hartcentra hier te concentreren wordt de Randstad bediend. Maar Nederland is veel meer dan de Randstad. Ik maak me grote zorgen over het gemak waarmee in dit proces het belang van de inwoners in het noordoosten van Nederland opzij is gezet. Dit hele proces lijkt niet zorgvuldig te zijn gegaan. Ook in de pers zien we hierover artikelen verschijnen. Dat is zorgelijk voor het vertrouwen dat mensen hebben in de politiek.

Ik ben blij dat er alsnog een impactanalyse komt, maar dat laat onverlet dat er zelfs lobbyisten worden ingezet en dat de zorg voor patiënten niet bovenaan staat, maar het budget van de ziekenhuizen wel. Ik krijg er zelf een heel naar gevoel bij. Heeft de Minister een idee hoe we dit soort zaken kunnen voorkomen? Wat kan de Minister vertellen over de invloed van de lobby in dit traject?

Alle centra zijn het erover eens dat centralisatie plaats moet vinden. Dat staat hier dus ook niet ter discussie. Dat centra zelf deze beslissing niet kunnen nemen, vind ik op zich logisch, want dit is een beslissing die de politiek moet nemen. Er moet namelijk een weloverwogen keuze gemaakt worden, die verder gaat dan puur de zorg. De keuze heeft immers gevolgen voor een hele regio. Het heeft gevolgen voor het vestigingsklimaat en voor de werkgelegenheid. Het heeft ook gevolgen voor de spoedeisende hulp waarbij de inzet van een hartlongmachine is vereist. Dat is hulp waarbij elke seconde telt. Dat het UMCG de hartzorg verliest, heeft in dit geval ook gevolgen voor de kinderlongtransplantaties en de behandeling van pulmonale hypertensie. Dit soort specialistische afdelingen zijn niet zomaar op te tillen en te verplaatsen. Het is niet de eerste keer dat de zorg wordt geconcentreerd in de Randstad. Op het moment dat er maar op één plaats zorg verleend kan worden, zou dat wat

mij betreft een centrale plaats moeten zijn. Maar als het gaat om twee centra, zoals nu, is het volkomen onlogisch om twee centra te kiezen die dicht bij elkaar liggen. Alle argumenten die worden gehanteerd om recht te praten dat Groningers naar Utrecht kunnen reizen, gelden ook andersom. Alleen, mensen in Utrecht kunnen ook veel dicht bij huis terecht. Ik pleit er dus voor dat geografische spreiding en de effecten van leegloop op een regio ook worden meegenomen bij dit soort beslissingen. Ik hoor graag van de Minister of de impactanalyse hierop ingaat. Als dat niet zo is, kan dit wel meegenomen worden?

Tot slot. De Minister schrijft in zijn brief van 11 februari: als er goede inhoudelijke redenen zijn, ben ik bereid de locaties te heroverwegen. Ik wil graag weten welke weging wordt gegeven aan die inhoudelijke argumenten. Welke weging krijgt bijvoorbeeld regionale spreiding? Welke weging krijgen de gevolgen voor de spoedeisende hulp in een regio? Welke weging krijgt het verdwijnen van de kinderlongtransplantaties in Noordoost-Nederland? Wie geeft die laatste klap op de weging? En tot slot. De laatste weging vind ik ook heel belangrijk. De Kinderombudsvrouw heeft gezegd dat sluiting van Groningen in strijd is met kinderrechten, omdat het achteruitgang betekent in de verwezenlijking van het recht op beschikbare zorg. Graag wil ik weten of ook deze weging wordt meegenomen.

Dank u wel.

De voorzitter:

U ook dank u wel, mevrouw Van der Plas. En dan is ... O, mevrouw Van den Berg heeft nog een interruptie.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Mevrouw Van der Plas zegt aan de ene kant dat er geen discussie over is dat centralisatie moet plaatsvinden. Maar is mevrouw Van der Plas het met het CDA eens dat concentratie iets anders is dan centralisatie? Want als we over centralisatie praten, komen we altijd in het midden van het land uit. Concentratie betekent dat je bepaalde zorg op een bepaalde plek doet. Ik heb net in mijn inbreng aangegeven dat wij als CDA vinden dat regiospreiding een criterium moet zijn bij de hele besluitvorming. Want dit zal niet het enige besluit zijn over concentratie. Er zullen er nog meer zijn. Dus graag een reactie van mevrouw Van der Plas hierop.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Volgens mij heb ik dat ook in mijn inbreng genoemd. Als je gaat centraliseren, als er één centrum komt, is het logisch dat je dat op een centrale plek doet. Ik ben helemaal niet tegen concentratie. Volgens mij heb ik ook in mijn tekst gezet dat regionale spreiding ... Dat was een van mijn concrete vragen, namelijk: hoezeer wordt de geografische spreiding gewogen bij het beoordelen van de inhoudelijke argumenten? Dus ik ben het wat dat betreft volledig eens met het CDA.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Van Houwelingen namens Forum voor Democratie.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank u, voorzitter. Wat willen we bereiken met het sluiten van de twee centra voor kinderkhartchirurgie in Groningen en Leiden? Voor welk probleem is dit een oplossing? Voor ons is dit een totaal raadsel. De heer Hijink zei het net al: op dit moment is de kwaliteit van de zorg in die centra voldoende. Er zijn geen financiële problemen. De patiënten zijn tevreden. De families willen dat ze daar blijven. We hebben die petitie in ontvangst genomen. Dus voor welk probleem is het sluiten van twee kinderchirur-

giecentra, dus in Groningen en Leiden, een oplossing? Voor ons is dat onduidelijk.

Ik wil ook een algemeen punt maken. Dit is wat ons betreft weer – dit gaat onze partij ontzettend aan het hart – een voorbeeld van hersenloze schaalvergroting. Opschalen, centralisatie, samenvoegen van allerlei instituten om het samenvoegen: ik kan er niks anders van maken. Ik heb er zelfs een boekje over geschreven, Microfobie. Wij schrijven nog boeken. Wij denken na. Het is verschenen – ik vermeld het maar even – bij ons wetenschappelijke instituut. We zien het niet alleen in de zorg maar ook bij woningcorporaties en gemeenten: opschaling na opschaling in de afgelopen decennia. We zitten nu al ver boven het optimale niveau. Een ziekenhuis in Nederland heeft gemiddeld 500 bedden. Het optimum qua kwaliteit en efficiency is 250 bedden. Dat is in alle landen zo. De monsterziekenhuizen hebben daar ook geen enkele redundantie meer. Dat is ook nog eens zo. Als we dan een crisis hebben, moeten er gelijk patiënten naar Duitsland toe, omdat we geen enkele klap kunnen opvangen. De woorden die daarvoor worden gebruikt – ik zie ze in de stukken ook terug – zijn typisch consultancytaal. «Het moet toekomstbestendig zijn; het is onvermijdelijk.» Enzovoorts. Dat is pure bluf. Ik ben er totaal niet van onder de indruk. Het enige wat we bereiken, is dat twee goede kinderkhartchirurgiecentra waarschijnlijk gesloten worden. Wat mij ook zo verbijstert: waar bemoeit VWS zich mee? Waar bemoeit de Minister zich mee? Ik was al verbijsterd om te horen dat de ziekenhuizen wat dit betreft blijkbaar vergunningplichtig zijn. Er worden vergunningen afgegeven, dus de Minister, niet de professionals, niet de kinderkhartchirurgen die we gesproken hebben, kan bepalen of een hartcentrum wel of niet kan blijven voortbestaan, alsof het een taxicentrale is. Dus mijn vraag aan de Minister: zou hij die vergunningplicht niet moeten afschaffen? Zou hij het niet aan het veld zelf moeten overlaten?

Iedereen schijnt hier vertrouwen te hebben in de artsen. Dat wordt dan uitgesproken, maar laat hen het dan ook zelf bepalen. Ik heb veel meer vertrouwen in de artsen dan in het ministerie. Het zou iedereen nu toch wel duidelijk moeten zijn dat dit ministerie eigenlijk bijna niks kan. De schandalen stapelen zich op. Ze kunnen miljarden niet verantwoorden. De integriteit van het RIVM hebben ze te grabbel gegooit. Er is nu net weer een rapport verschenen dat laat zien dat de corona-aanpak rampzalig is geweest. En dan gaat dit ministerie bepalen of die kinderkhartchirurgiecentra kunnen blijven? Dit is wat ons betreft onbegrijpelijk. Wij denken precies de andere kant op. Want om even iets positiefs te zeggen: wij hebben blijkbaar heel goede kinderkhartchirurgie in Nederland. Daar mogen we trots op zijn. Blijkbaar is het ook zo – dat hebben we gehoord – dat afstand ertoe doet. Dat kan ik me goed voorstellen voor families. We hebben vier kinderkhartchirurgiecentra in Nederland, drie in de Randstad en een in Groningen. Er zou er eigenlijk ook een in Maastricht moeten komen. Dus denk eens de andere kant op. Vraag aan het academische ziekenhuis: goh, zou u er een willen? Misschien kunnen we ook nog Europees samenwerken, met het buitenland, met België, met Aken. Dan kunnen we wat terugdoen voor de Duitsers, die ons hebben geholpen tijdens de coronacrisis. Dit is de andere kant, want alleen maar dat hersenloze samenvoegen ...

Tot slot. Ik rond af, voorzitter. Dit is ook al een paar keer gebeurd. Dat vind ik ook zo erg. Dat vinden we ook zo erg. De kwaliteit van de zorg is onder druk komen te staan. Er zijn minder kinderkhartchirurgen dan hier mensen om de tafel zitten. Die moeten goed kunnen samenwerken. Competitie is trouwens ook altijd goed. Als er straks twee sluiten, is er minder competitie. Maar samenwerken is natuurlijk ook heel belangrijk. Die samenwerking is door het ministerie verpest. We hebben het gezien. De sfeer is om te snijden. Dat krijg je ervan – ik zei het net al – als je een mes op tafel legt. Je legt een mes neer en je maakt er een stoelendans van. Dat komt de kwaliteit van de zorg, denk ik, niet ten goede. Dus vraag ik de Minister:

haal dat mes van tafel. Laat het aan de beroepsgroep zelf over. De kwaliteit is nu goed. De rest is koffiedik kijken. Er wordt op gespeculeerd dat er in de toekomst problemen komen. Dat zien we dan wel. Ik heb vertrouwen in de sector. Dus haal dat mes van tafel.

De conclusie is – ik rond nu helemaal af, voorzitter: doe het niet. Er is geen probleem waarvoor sluiting een oplossing is. Wat ons betreft zijn er alleen maar slachtoffers. Dat zijn de ziekenhuizen die misschien hun kindergeneeskunde kwijtraken. Het is de kwaliteit van de zorg. En – het allerergste – het zijn de patiënten en hun families die hier het slachtoffer van zijn.

Dank.

De voorzitter:

U ook bedankt. Er is een interruptie van mevrouw Van der Plas.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Dat was weer een hele riedel, met van alles en nog wat. Ik probeer er even wat dingetjes uit te pikken, want soms raak ik een beetje de draad kwijt in wat er allemaal bij gehaald wordt. De heer Van Houwelingen vraagt wat er eigenlijk aan de hand is. Hij zegt dat er niks aan de hand is en dat het allemaal gewoon zo kan blijven. Hij zegt dat ze artsen hebben gesproken en hij snapt er helemaal niks van. Ik vraag me af welke artsen meneer Van Houwelingen dan heeft gesproken. Want hebben die dan tegen meneer Van Houwelingen gezegd: «Zeg even tegen die Minister Kuipers dat het allemaal onzin is. Wij weten zelf precies hoe het hier gaat, joh. Wij hebben die Minister helemaal niet nodig. Wij kunnen zelf wel bepalen of een ziekenhuis openblijft of niet.» Nou, sorry, maar dat kan ik me dus echt niet voorstellen. Ik kan me niet voorstellen dat ook maar één persoon die betrokken is bij dit probleem, dat heeft gezegd tegen Forum voor Democratie. Sorry, maar dat is volgens mij klinkklare nonsens. En hoezo «wat is er aan de hand»? U wappert hier met een briefje of een boekje en zegt: ja, wij schrijven boeken en wij denken na. Ik zou in plaats van boeken te schrijven gewoon eens wat brieven gaan lezen.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Mevrouw Van der Plas, wij hebben onder andere gesproken met de heer Verhagen van het kinderhartcentrum in het Universitair Medische Centrum Groningen. Hij zei, net zoals de heer Hijink trouwens net al zei – ja, meneer Hijink, u zei dat net ook – dat de kwaliteit nu geen probleem is. Ja, ik snap wel dat artsen met betrekking tot die volumenorm in de trechter zitten en denken: we moeten opschalen. Dat is geen vrije discussie meer, want er is – ik zeg het nu voor de derde keer – een mes op tafel gelegd. Dus denken ze, net zoals gemeenten soms denken, dat ze moeten samenvoegen, omdat ze anders een gedwongen herverdeling aan hun broek krijgen. Zo werkt dat, mevrouw Van der Plas. U moet ook een beetje begrijpen hoe macht werkt. Er wordt dus druk uitgeoefend vanuit VWS om op te schalen. Dus die dokters gaan al in die trechter doordenken, maar we hebben helemaal geen kwaliteitsprobleem. We hebben misschien hoogstens een capaciteitsprobleem, maar dat is een ander verhaal. Dat is ook al een paar keer gezegd. Dus er is nu geen kwaliteitsprobleem. Die kinderhartchirurgiecentra doen nu goed werk. Of wilt u dat ontkennen? Is het in Leiden en Groningen onder de maat? Dat zou u dan nu moeten zeggen.

De voorzitter:

Afsluitend op dit punt, mevrouw Van der Plas.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik ken de heer Van Houwelingen als zeker geen domme man. Integendeel, zou ik zelfs zeggen. Ik denk dat hij zeer kien en pienter is. Maar ik zou de

heer Van Houwelingen wel willen vragen om de commissie hier niet voor dommetje te houden. Want de heer Van Houwelingen is hier volgens mij alleen maar om een enorme rant tegen de Minister en het ministerie te houden, om even te zeggen wat er allemaal mis is en het verhaal van Forum te vertellen. Prima, dat kan. Daar is een debat voor. Maar als we dan eerlijk moeten zijn, zeg er dan gewoon even eerlijk bij: dit is waarom ik hier zit, en niet omdat ik me inhoudelijk helemaal verdiept heb in deze zaak. Want dat heeft de heer Van Houwelingen niet; echt niet. Dat heeft hij net bewezen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik denk dat ik me er beter in verdiept heb, met alle respect, dan u. Wat moet ik hierover zeggen? Natuurlijk heb ik me in de stukken verdiept.

De **voorzitter**:

Daar kunt u inderdaad niks op zeggen. Dat hoeft ook niet.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Laat het maar voor wat het is.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma heeft ook een interruptie.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoor de heer Van Houwelingen zeggen dat niemand dit wil. We zaten maandag bij de rondetafel. Ik ben ook op bezoek geweest. De zorgsector zelf wil dit heel graag, dus waar zit het licht? De heer Van Houwelingen zegt «niemand wil dit; laten we uitbreiden», terwijl de zorgsector zegt: wij willen concentreren, want dat komt ons werk ten goede, dat komt de patiënt ten goede, dat komt de kwaliteit ten goede en dat komt de veiligheid ten goede. De heer Verhagen is hier nu niet, maar hij zei maandag dat de kwaliteit op orde is, maar dat er wel een noodzaak is tot concentratie. Dus ik ben even benieuwd waarnaar de heer Van Houwelingen heeft zitten luisteren.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank voor de vraag, een goede vraag. Ik zal het even specificeren, want inderdaad, u heeft gelijk. Het Universitair Medisch Centrum Utrecht was er bijvoorbeeld een groot voorstander van. Dat snap ik. Rotterdam zal er ook wel een voorstander van zijn, want zij blijven overeind. Het gaat mij de hele tijd om het onvrijwillige karakter. Ik heb het dus over Leiden en Groningen. Die willen het niet. Die zijn tevreden over de kwaliteit die ze leveren, dus zij willen het niet.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Meneer Van Houwelingen verwijst naar meneer Verhagen, die werkt in Groningen. U kunt wel zeggen dat hij het niet wil, maar hij wil het wel, want hij maakt zich zorgen over de kwaliteit. Alleen, de zorgsector komt er niet uit. Dan komt er een besluit te liggen op de tafel van de Minister. Dus laten we wel even de zorgvuldigheid en de volgorde van deze besluitvorming in acht nemen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik zal het nog meer specificeren. In zoverre heeft u gelijk: dat klopt, dat werd gezegd aan de tafels. Maar het punt dat ik wil maken, en dat zei ik net al, is: natuurlijk zeggen ze dat. Ze moeten die trechter in, want dat mes ligt op tafel. Het gaat uiteindelijk om de vraag hoe de kwaliteit van de zorg nu is. Dat is het punt. Dat moet u toch met mij eens zijn? Is die wel of niet gegarandeerd in Leiden en in Groningen? Op dit moment is die voldoende, is die goed genoeg.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Voorzitter, mag ik nog heel kort?

De **voorzitter**:
Heel kort, want we gaan niet heen en weer dimdammen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik snap het. Maar meneer Van Houwelingen zegt dat het mes op tafel ligt. De sector probeert dit al 30 jaar en wil dit heel graag. Hij komt er zelf niet uit en meldt zich dan hier. Dus voordat u met allerlei beeldspraken het departement, waar u van alles en nog wat van vindt, in dit daglicht stelt ... Het is een heel complexe situatie waar de zorgsector zelf niet uit komt. Hij wil deze concentratie ook.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
We vervallen in herhaling. Nogmaals, er ligt een mes op tafel. Laat ik het dan zo zeggen: als het mes van tafel is, en de zorgsector zelf zegt dat hij dit ziekenhuis of dit centrum opheft, dan is dat prima. Dan moet je dat vooral doen. Wij hebben daar alle vertrouwen in. Maar er ligt nu een mes op tafel. Dat moet ervanaf.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Ik vind het eigenlijk een beetje een lastige discussie worden, want volgens mij bevindt de heer Van Houwelingen zich in een heel andere realiteit dan de rest van de commissie. Ik snap wat u bedoelt, namelijk dat er nu acuut een mes op tafel is gekomen, waardoor in korte tijd de verhoudingen verslechterd zijn. Daar kan ik tot op een bepaalde hoogte nog in meegaan. Maar het is net alsof u doet alsof die 30 jaar hiervoor nooit hebben plaatsgevonden, alsof er nooit vanuit het veld gezegd is: hé, we willen zelf concentreren, en eventueel centraliseren, want dat komt de behandel-ingen en dus ook ons eigen werkklimaat ten goede. Alsof er niet al 30 jaar over gesproken wordt door de centra zelf. Het is niet zo dat het Ministerie van VWS 30 jaar geleden heeft gezegd «nu moeten en nu zullen jullie» en dat ze daarom al 30 jaar in paniek proberen ... Ik vraag me een beetje af hoe de heer Van Houwelingen dat ziet. Dit proces loopt toch al veel langer dan sinds de afgelopen twee maanden?

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dat klopt. Het is interessant om ook even naar andere sectoren te kijken. Ik noem even één voorbeeld. Ik heb het net al gezegd – ik houd het kort – dat lange proces zien we bijvoorbeeld ook bij de gemeentelijke herindelingen. Dat is al sinds 50, 60, 70 jaar het geval. Dat is hetzelfde. De dynamiek is daarbij hetzelfde. In dat geval is het dan niet VWS, maar dan zegt het Ministerie van Binnenlandse Zaken, en de provincies gaan daarin mee: nou, jongens, je moet deze gemeenten samenvoegen en als je A niet met B wilt samenvoegen, dan dumpen we jullie bij C. Dat is dus niet vrijwillig. Bij de ziekenhuizen zal er ongetwijfeld dezelfde dynamiek zijn geweest. Dat weet u ook: een groter ziekenhuis krijgt bijvoorbeeld voor dezelfde behandeling meer vergoed dan een kleiner ziekenhuis. Ja, dan ga je samenvoegen. Maar dat is dus niet het punt, hè. Dat is niet vrijwillig. Dat is niet autonoom. Dat is dus weer opgelegd door VWS, door het ministerie dat nog geen deuk in een pak boter kan slaan. Dus laat het over aan de sector zelf. Dat is wat ik de hele tijd zeg.

De **voorzitter**:
Mevrouw Pouw-Verweij, afsluitend.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Ik denk dat ik nu iets beter snap wat de heer Van Houwelingen bedoelt, dus in ieder geval dank daarvoor. Ik ben het er alleen heel erg mee

oneens. Ik denk dat wij het op het gebied van gemeentelijke herindelingen voor een heel groot deel heel erg met elkaar kunnen vinden. Dit was ook een heel erg belangrijk punt in ons partijprogramma: de regiofuncties van ziekenhuizen moeten behouden worden, er moeten niet te veel spoedeisendehulpdiensten gesloten worden en al die fusies tot grote centra, ook in de Randstad, zijn niet per se een goed idee. Daar ben ik het volledig mee eens, maar dat is echt wat anders dan hoogspecialistische, laagfrequente zorg. Dat is iets waarover juist de experts zelf, de mensen die in die operatiekamers met een scalpel in hun hand staan, zeggen: ja, luister, ik word hier niet beter in als ik maar één keer per maand zo'n operatie doe; dus ik kan dan ook zelf op een gegeven moment niet meer garant staan voor de kwaliteit die ik lever. Volgens mij is dat juist heel duidelijk aangegeven door die experts zelf. Zij hebben het ook over een vergrijzende beroepsgroep et cetera, et cetera. Dat komt niet zozeer van raden van bestuur, van het Ministerie van VWS en allerlei overkoepelende organisaties. Dat verschil zou ik echt duidelijk willen maken.

De voorzitter:

U mag kort reageren.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Daar ben ik het op zich mee eens. Ik verval in herhaling, maar als de kinderhartchirurgiecentra inderdaad besluiten dat het beter is om samen te gaan – ze hadden een plan, maar eentje deed niet mee, maar oké – wie kan daar dan tegen zijn? Als dat mes maar van tafel is. Natuurlijk zijn wij daar dan allemaal voor. Maar de vraag is in hoeverre het vrijwillig is, en dat is gewoon ons grote bezwaar.

De voorzitter:

Helder.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Ik wil nog heel eventjes het volgende aan meneer Van Houwelingen vragen. De beroepsgroep zelf en de wetenschappers zeggen: wij kunnen steeds meer, we worden steeds specialistischer en alles wordt steeds nauwlettender. Om een ode te brengen aan de mensen die dat hele dagen doen en aan de patiënten met deze aandoening die steeds ouder worden en een steeds betere kwaliteit van leven hebben, wil ik toch nog van meneer Van Houwelingen weten of het volgende wel iets is. Patiëntenverenigingen, wetenschappers, professoren en die mensen geven zelf aan: dit is echt het beste voor onze kinderen, want ook al is het dan heel even ver rijden, de zorg is daarna weer dichtbij. Is meneer Van Houwelingen het met mij eens dat we het voor hen doen?

De heer Van Houwelingen (FVD):

Daar ben ik het volledig mee eens. Natuurlijk en nogmaals, als de beroepsgroep dat zelf in vrijwilligheid zegt en stelt, wie zijn wij dan om daar anders over te denken?

De voorzitter:

Akkoord. Dan is het woord aan mevrouw Pouw-Verweij voor haar inbreng. Zij spreekt namens JA21.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

En vandaag ook namens mevrouw Den Haan. Daar zal ik even mee beginnen.

De voorzitter:

Nou, de samenwerking is al op orde. Aan u het woord.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Precies.

Voorzitter. Concentratie van de centra voor hartafwijkingen is een goed idee. En dan heb ik het nadrukkelijk over concentratie en niet per se over centralisatie. Concentratie wordt van harte onderschreven door de deskundigen zelf. Ze zijn het er na 30 jaar discussie ook over eens wie de deuren moeten sluiten. Ieder centrum voor kinderhartchirurgie is ervan overtuigd dat de andere centra wel dicht kunnen. Het is merkwaardig te noemen dat na tientallen jaren discussie de besluitvorming alsnog bij de politiek op tafel komt te liggen. In het rondetafelgesprek van deze week heb ik aangegeven dat het de vraag is of dit de kwaliteit van de besluitvorming ten goede zal komen.

Na 30 jaar discussie kan er best nog een onderzoek bij. Mijn fractie is dan ook blij met de brief die de Minister vorige week naar de Kamer heeft gestuurd. Mocht de Nederlandse Zorgautoriteit op basis van de impactanalyse concluderen dat er gegronde, inhoudelijke redenen zijn om een andere keuze te maken inzake de locaties, dan is de Minister bereid om dit te heroverwegen. De randvoorwaarde is wel dat de concentratie op twee locaties plaatsvindt. Maar in de Kamerbrief van 20 december 2021 van de Minister van VWS staat: «Er is overeenstemming over dat de interventies bij aangeboren hartafwijkingen verder moeten worden geconcentreerd bij twee of drie landelijke interventiecentra.» Drie is dus nadrukkelijk niet uitgesloten. Kan de Minister aangegeven waarom hij nu wél wil vasthouden aan twee locaties? In zijn vorige functie als ziekenhuisbestuurder sprak hij nog de voorkeur uit voor drie centra. Is de Minister bereid om alsnog echt een open impactanalyse in overweging te nemen die ook de mogelijkheid openlaat voor concentratie in drie in plaats van twee centra? Wat zijn voor de Minister gegronde inhoudelijke redenen om tot een nieuwe herverdeling te komen? Is de Minister het met JA21 eens dat met name het sluiten van het UMCG in geografisch opzicht het grote probleem is?

Bij alle begrijpelijke emoties die spelen, wordt weleens gesuggereerd dat concentratie tot gevolg heeft dat alle vormen van hartzorg uit bepaalde ziekenhuizen verdwijnen. Veelgenoemde voorbeelden zijn de zorg voor patiëntjes met pulmonale hypertensie in het UMCG en de operaties in de baarmoeder in het CAHAL. Vanuit het Ministerie van VWS is echter gemotiveerd dat de zogeheten sharedcarezorg, zoals nazorg en controles, behouden blijft. Toch bestaat de vrees dat wanneer eenmaal één steen uit het gebouw wordt getrokken de andere volgen. Zo vreest het UMCG een domino-effect voor andere afdelingen, met als gevolg een uitholling van de academische medische zorg en wetenschap in het Noorden. Ik citeer EenVandaag: «Kinderhartchirurgen zijn essentieel in de keten van zorg voor zieke kinderen. Als die hier niet werken, vertrekken ook andere professionals, zoals kindercardiologen.» Kan de Minister reageren op de vrees dat sharedcarezorg niet los kan worden gezien van operatieve zorg? Mocht de kinderhartchirurgie in het UMCG toch gesloten worden, is het dan mogelijk om nadrukkelijk te streven naar een constructie zoals van het Radboudumc, waarbij de kindercardiologie, de kinder-ic en andere hoogspecialistische zorg wél behouden blijven?

Bij de genoemde criteria op grond waarvan de Minister zijn besluit motiveert, is geen grondige overweging te vinden over afstand, bereikbaarheid en spreiding over de regio's. Kennelijk speelt die invalshoek geen rol van betekenis. Ook in de beslisnota is deze afweging afwezig. Toch speelt voor veel ouders bereikbaarheid van zorg wel degelijk een rol. Dat komt duidelijk naar voren in de visiestatements in het adviesrapport «Patiëntperspectief op zorg en onderzoek voor patiënten met een aangeboren hartafwijking». Kan de Minister ingaan op de vraag waarom het criterium van de afstand tot de locatie waar operatieve ingrepen worden gedaan geen rol speelt? Ouders geven namelijk aan afstand en bereikbaarheid ook in het geval van een operatie belangrijk te vinden.

In het rapport van de commissie-Bartelds wordt geredeneerd dat de bevolking in Noord-Nederland afneemt, terwijl die in het Westen toeneemt. UMCG-voorzitter Ate van der Zee zegt daarover op RTV Noord: «Ik heb dat ook gelezen en begrepen dat hierover binnen de commissie uitvoerig is gediscussieerd. Als je zo redeneert, dan komt straks alle specialistische zorg op één plek terecht en kan iedereen maar beter in de Randstad gaan wonen.» Hoe kijkt de Minister aan tegen het argument dat Noord-Nederland toch leegloopt en niemand daar wil wonen? Kan de Minister ingaan op het verwijt dat het onvoldoende duidelijk is op welke gegevens de besluitvorming over de concentratie uiteindelijk is gebaseerd?

Marco Varkevisser, hoogleraar marktordening in de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit, zegt op Follow the Money dat de politieke en maatschappelijke onrust had kunnen worden voorkomen. Ik citeer: «Door het ontbreken van een duidelijke uitleg op basis van objectieve beoordelingscriteria ontstaat een schimmigheid die leidt tot insinuaties». Dit citaat geeft precies de sfeer weer waarin we zijn beland: onduidelijkheid, onbegrip en beschuldigingen over en weer. Ik wil daarbij nog even noemen dat ik het uitermate tekenend vind dat onze commissie gisteren om 19.15 uur nog een brief ontving met een opsomming van zogenaamde onjuistheden in de brief van de Minister. In deze kwestie moet het vooral gaan om de patiëntjes en hun ouders, en om de kwaliteit en de veiligheid van de geleverde zorg. Daar mogen hier en daar best wat minder ego's mee gemoeid zijn.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dat laatste is altijd een goed idee. Dank u wel, mevrouw Pouw-Verweij. Ik schors, in overleg met de Minister, de vergadering tot 13.00 uur. We eten een boterham en daarna gaan we naar de beantwoording van de vragen. Tot zo.

De vergadering wordt van 11.57 uur tot 13.00 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heet opnieuw hartelijk welkom de leden, de Minister en alle anderen die in het debat een rol spelen. We streven ernaar de eerste termijn van de Minister rond 14.45 uur af te ronden. Hij heeft zich uitstekend kunnen voorbereiden. Daarna houden we nog een korte tweede termijn, met één minuut spreektijd per lid van de Kamer. Dat gaat lukken, denk ik, als we het aantal interrupties, en zeker het aantal herhalingen en dubbelingen, een beetje beperken. Ik stel voor de interrupties te maximeren op twee per persoon. Als er tijd over is, kunnen we kijken of het meer kan zijn, maar het is wel belangrijk dit debat vandaag af te ronden, ook voor de mensen in het land. Nog één vervolgpmerking. Mevrouw Ellemeet en mevrouw Van der Plas moeten om 14.00 uur naar een ander debat. Voor de mensen thuis zeg ik: als u straks twee mensen ziet weglopen, dan is dat hopelijk niet uit onvrede, maar zeker niet uit desinteresse; het is omdat ze een ander debat hebben en de tijd hier is volgepland. Ik geef nu het woord aan de excellentie voor de beantwoording van de vragen in eerste termijn.

Minister Kuipers:

Voorzitter, dank u wel. Dat zal ik van harte doen. Ik begin met een inleiding. We spreken vandaag over de concentratie van zorg voor kinderen en volwassenen met een aangeboren hartafwijking. Dat is een ontzettend belangrijk onderwerp, want het gaat over zeer complexe zorg voor een relatief kleine groep kwetsbare patiënten. In Nederland worden jaarlijks tussen de 170.000 en 180.000 kinderen geboren. Verreweg de meeste van hen komen gelukkig gezond ter wereld, maar er worden ieder

jaar zo'n 1.400 kinderen geboren met een hartafwijking. Dat zijn er dus iedere dag gemiddeld vier, met vier paar ouders en vier families. Een kinderhart, moet u zich voorstellen, is zelfs bij een kind dat na een voldragen zwangerschap van negen maanden ter wereld komt, enorm klein. Zo'n hart bevat, zoals u weet, twee kamers, twee boezems, vier hartkleppen, twee aanvoerende aders en twee afvoerende slagaders. Het aantal mogelijke afwijkingen aan zo'n klein kinderhart is enorm groot, al snel een paar honderd. Het aantal verschillende operaties om deze afwijkingen te behandelen, is dus ook enorm. Een hartchirurg voor aangeboren hartafwijkingen heeft het werk aan zo'n hartje al eens vergeleken met het werk van een horlogemaker, en dat dus met tal van verschillende ingrepen.

De groep chirurgen die deze operaties uitvoert is klein en wordt in de komende jaren nog kleiner. U hebt daar zelf ook al aan gerefereerd. De reden van het feit dat het een kleine groep is, is dat het naar verhouding ook om een klein aantal patiënten gaat, met een grote diversiteit aan operaties, waarvoor het van elk telkens weer nodig is om er ervaring mee te houden. Er zijn op dit moment elf kinderhartchirurgen. Een aantal van hen zijn senioren aan de vooravond van hun pensioen. Een van hen is de leeftijd van 70 al gepasseerd. U hoort mij goed.

Patiënten met een aangeboren hartafwijking hebben vaak de rest van hun leven gespecialiseerde medische zorg nodig. Ook moeten zij vaak op latere leeftijd opnieuw complexe operaties of interventies ondergaan. Als we het hebben over de zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, hebben we het dus echt over levensloopzorg.

Voorzitter. De discussie over het concentreren van de zorg voor kinderen en volwassenen met een aangeboren hartafwijking loopt al sinds 1993, toen de Gezondheidsraad hierover adviseerde. Maar ook in 1998, in 2003, in 2009 en recent in 2021 zijn er rapporten over verschenen. In alle rapporten is de conclusie steeds hetzelfde: concentratie van interventies op dit terrein is noodzakelijk om de patiënten de best mogelijke zorg te geven, die voldoet aan alle normen.

Ik zal er later op terugkomen, maar hoort u mij nogmaals: het gaat niet om de concentratie van kinderhartzorg, maar van interventies. Als een kind een zeldzame hartafwijking heeft, wil je dat de behandeling wordt uitgevoerd door een arts en een team dat hierin gespecialiseerd is, een team dat de behandeling al vaker heeft uitgevoerd, een arts en een team die normale diensten draaien en achtervang hebben als er iemand op vakantie is, in een ziekenhuis waar alle specialismen in huis zijn om een optimale behandeling te geven, ook als er complicaties zijn. Hoewel deze zorg op dit moment niet onder de maat is, staan de kwaliteit en continuïteit, zoals het nu is georganiseerd, wel onder druk. Dat kan echt beter, veel beter. Zo worden operaties bij kinderen met een aangeboren hartafwijking uitgevoerd door een beroepsgroep van elf – ik noemde dat al – verspreid over vier centra en vijf behandellocaties. In al die centra moeten ze een 24 uursrooster zien te vullen. Dan moet u zich ook voorstellen dat een groot deel van deze interventies door een team van twee chirurgen tegelijk wordt gedaan. Maakt u dus even de som: er zijn net iets meer dan tien mensen, vijf locaties en vaak twee mensen nodig per interventie, en dat 24/7. Dat is niet goed voor artsen. Dat is ook niet goed voor de patiënten en hun familie.

Ik zei het al: alle rapporten van de afgelopen 30 jaar wijzen in één richting, namelijk concentratie omwille van kwaliteit. Wat is er op dat vlak gebeurd? Nagenoeg niets. Het lijkt soms wel alsof de patiënt er voor de infrastructuur is in plaats van andersom. Het recente rapport van een werkgroep, ingesteld door de wetenschappelijke verenigingen van kinderartsen, hartchirurgen en cardiologen, schenkt wat mij betreft weer klare wijn: concentreer de interventies en stel aanvullende kwaliteitseisen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De Minister houdt een indrukwekkend betoog. Dat zegt ook iets over het niveau van de debatten die hier de komende jaren zullen plaatsvinden. Ik vind dat erg indrukwekkend. De Minister vroeg zojuist aan ons om even de som te maken. De som is hier een aantal keren gemaakt, aan deze kant en ook daar. Die ging erover dat het allemaal wel heel erg spannend is als je maar elf van dit soort topspecialisten hebt. Maar als je die som maakt, dan vraag ik me het volgende af. Deze vraag heb ik ook aan de Minister gesteld in mijn bijdrage. Wij hebben een Capaciteitsorgaan. Het is hun taak om die sommetjes te maken. Wat is er bij het Capaciteitsorgaan nou gebeurd waardoor wij in de situatie zitten die de Minister hier schetst?

Minister **Kuipers**:

Mag ik daar straks bij de antwoorden op terugkomen? Ik vergeet het niet.

De **voorzitter**:

Dat kan wat mij betreft. Ik zal dat bewaken, dus dat komt goed.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Ik heb geen interruptie, maar een verhelderende vraag. De Minister geeft zijn visie op concentratie. Gaat het dan over de hele zorg of specifiek over het onderwerp waar we het vandaag over hebben? Want daar ben ik wel benieuwd naar.

Minister **Kuipers**:

Ik spreek hier echt alleen over het onderwerp waarover we het hier hebben. Ik legde er nog de nadruk op dat het wat mij betreft echt gaat om de interventies als een heel specifiek onderdeel van de totale levensloop-geneeskunde voor de meeste van deze patiënten. Mensen worden geboren en zijn feitelijk vanaf de geboorte levenslang hartpatiënt. Sommigen hebben daar minder last van. Sommigen hebben daar veel last van. Sommigen moeten herhaalde interventies, anderen niet. Ik concentreer me echt op de interventies.

Ik was bij de conclusie van het recente rapport van de werkgroep: concentreer de interventies en stel aanvullende kwaliteitseisen. VWS heeft de huidige centra gevraagd een concreet voorstel te doen voor de locaties die zouden moeten worden aangewezen, maar die zijn er niet uit gekomen. Die vroegen expliciet aan VWS om hier op korte termijn de knoop over door te hakken. Mijn ambtsvoorganger is daarop tot de conclusie gekomen, mede op basis van het advies van de inspectie, dat concentratie van de interventies op twee locaties noodzakelijk is om alle volumenormenten te halen. Ik kan niet anders dan het met hem eens zijn. Aan dat besluit ging een uitgebreid traject vooraf, waarin rapporten van de afgelopen decennia zijn meegewogen. Het ministerie heeft met alle betrokkenen gesproken: bestuurders en artsen van alle umc's, de wetenschappelijke verenigingen, de patiëntenverenigingen, de zorgverzekeraars en de inspectie. In de keuze voor concentratie van de interventies staan kwaliteit en continuïteit centraal. Ik benadruk daarbij – ik heb dat al genoemd – dat het gaat om een concentratie van interventies, en niet om een concentratie van kinderhartcentra.

Dan wat betreft de gemaakte keuze voor het UMC Utrecht en het Erasmus MC. Zoals genoemd, kwamen de umc's er niet uit welke locaties zouden moeten worden gekozen. Daarop heeft mijn ambtsvoorganger gekozen voor de locaties Utrecht en Erasmus MC. Die keus was gebaseerd op vijf criteria – die zijn ontleend aan het visierapport dat door de beroepsgroep is opgesteld – namelijk personele capaciteit en behandelcapaciteit, zowel nu als in de toekomst, beschikbare voorzieningen en de mogelijkheden om deze op te schalen na concentratie. Een belangrijk uitgangspunt is dat de zorg voor kinderen en volwassenen op dezelfde locatie wordt geleverd, inclusief alle voorzieningen. Die afweging is geen puur rekenkundige

exercitie, maar die is in samenhang bekeken. Idealiter was deze keuze gebaseerd op objectieve kwaliteitscriteria, maar de registraties zijn hiervoor te beperkt en onvoldoende vergelijkbaar. Eigenlijk worden alleen sterftcijfers geregistreerd. Zelfs die registratie vullen verschillende centra anders in.

De voorzitter:

Dat leidt tot een interruptie van mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik hoorde de Minister zeggen dat zijn voorganger tot de conclusie kwam dat er twee locaties nodig zijn en dat deze Minister niet anders kon dan het daar volmondig mee eens zijn. Mijn vraag is: hoe verhoudt zich dat tot het feit dat deze Minister eerder in een andere hoedanigheid een van de auteurs is geweest van het DC3-voorstel, dus het voorstel om naar drie locaties toe te gaan?

Minister Kuipers:

In mijn vorige functie als bestuursvoorzitter van het Erasmus MC en zolang ik die functie heb uitgeoefend – dat was negen jaar lang – ben ik bezig geweest met een poging om de samenwerking tussen de kindhartchirurgen, de kindercardiologen en de centra te entameren, te verstevigen en daarmee te streven naar een verdere concentratie van de interventies. Feitelijk kunt u zeggen dat ik in negen jaar eigenlijk nergens gekomen ben, anders dan het faciliteren van multidisciplinair overleg en onderzoek. In die setting, als bestuurder van een umc, was het onmogelijk om een beweging te maken, tenzij je in je eigen umc zei: deze zorg hevelen we helemaal over naar elders.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

De Minister zegt: ik ben nergens gekomen. Maar de Minister is wel ergens gekomen, want er lag een voorstel. Dat was ook overeengekomen met andere medische centra. Dus zegt de Minister nu dat hij afstand neemt van het voorstel dat hij met andere ziekenhuizen heeft gedaan? Zegt de Minister dat?

Minister Kuipers:

Wat ik zeg, is dat er op basis van de criteria die zojuist genoemd zijn – die hebben het ministerie en mijn voorganger gewogen – een voorkeur is uitgesproken voor verdere concentratie van de interventies naar twee centra.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ja, dat is inderdaad het proces dat het ministerie heeft doorlopen, maar deze Minister, die gelukkig heel veel kennis en verstand van zaken heeft van de zorg, heeft eerder zelf een ander voorstel neergelegd. Ik vraag de Minister heel expliciet: distantieert hij zich nu van het voorstel dat hij eerder heeft gedaan of niet?

Minister Kuipers:

Om te beginnen, hier wordt al 30 jaar over gesproken. Dat gaf ik al aan. 30 jaar wordt door alle partijen consequent dezelfde boodschap uitgesproken, terwijl er niets gebeurd is, of slechts heel beperkt. Het gaat over de verdere concentratie van interventies. Dat wordt consequent uitgesproken. Daarbij zijn er verschillen. Een patiëntenvereniging gaf op een gegeven moment zelfs bepaalde voorbeelden aan van een nog verdere concentratie naar één centrum. Als je de interventies concentreert, dan moet je zorgen dat de kwaliteit nu en in de toekomst gegarandeerd is en dat de criteria, zoals volumenormen, daarbij gehaald worden. Het kritische daarbij is dat als je het concentreert op drie locaties, het in de huidige

setting dan niet in alle centra lukt om die volumecriteria te halen, tenzij je bepaalde interventies volstrekt evenredig over de centra verdeelt. Voor de komende vele jaren is de verwachting dat het aantal kinderen dat zo'n interventie moet ondergaan, niet omhoog zal gaan, maar eerder omlaag zal gaan. Daarmee geef ik al aan wat het kritische aspect is ten aanzien van de grens tussen twee en drie. Daar kom ik straks verder op terug.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog. O sorry, mevrouw Arib nog.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Juist op het punt van DC3. De Minister geeft eerlijk aan dat hij als bestuurder van het Erasmus zijn best heeft gedaan. U was er kennelijk van overtuigd, maar het is niet gelukt. U heeft juist de kennis en ervaring. U deed een voorstel. Nu zit u in de positie dat u wel invloed kan uitoefenen. Dat geldt immers voor ons allemaal: je gaat de politiek in omdat je iets wil realiseren. Wat is er gebeurd waardoor u uw plan niet heeft doorgedrukt bij VWS en u gewoon verder bent gegaan met het besluit dat op 20 december door de heer De Jonge werd genomen?

De voorzitter:

Ik wil een klein puntje van orde maken. Het is wel ingewikkeld om de Minister aan te spreken op zijn vorige werk. Ik begrijp het. U mag erop reageren, maar wel met deze toevoeging van mijn kant.

Minister Kuipers:

Dank u wel, voorzitter. Ik zal daar straks graag verder op reageren. Ik kan namelijk reflecteren op mijn vorige werk, maar het is verstandiger om te reflecteren op de voorwaarden waaronder de interventies eventueel geconcentreerd zouden kunnen en moeten worden. Laat ik het daar even bij houden.

De voorzitter:

Afrondend op dit punt, mevrouw Arib.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

De vraag om welke centra het gaat, welke plannen er lagen en waarom die niet zijn doorgegaan, is wel onderdeel van het debat. Het gaat dus niet om de persoon, maar het gaat er wel om dat je in een functie zit waarin dat mogelijk zou kunnen worden gemaakt. De Minister komt daarop terug. Ik wil toch een vraag stellen over de vijf criteria op basis waarvan dat besluit is genomen. Die criteria worden ter discussie gesteld. Het kwam uitgebreid aan bod in het rondetafelgesprek – ik neem aan dat de ambtenaren van VWS mee hebben geluisterd – dat die niet volledig en niet correct zijn, dus dat dat een probleem is. Kan de Minister daarop ingaan?

Minister Kuipers:

Natuurlijk kan ik dat. Er is door de verschillende beroepsverenigingen een rapport opgesteld, ook met input vanuit de internationale literatuur. Daar zijn deze criteria uit naar voren gekomen. Die zijn niet door het departement opgesteld, maar die zijn door de beroepsverenigingen zelf opgesteld. Het is niet aan mij om die criteria te veranderen, maar ik begrijp ze wel. Als ik alleen al kijk naar volumenormen voor specifieke ingrepen, dan begrijp ik ze buitengewoon goed. We zien ze niet alleen in de kindhartchirurgie, maar we zien ze om hele goede redenen op tal van andere plekken in de gezondheidszorg. Ik kan u vertellen: het hele, brede veld overziend is mijn ervaring dat hoe zeldzamer de aandoening is en vaak ook hoe complexer de ingreep is, hoe lager de volumenormen zitten. Dat klinkt heel contrair. U en ik zouden eigenlijk wat anders willen: hoe

complexer de procedure, hoe hoger de volumenorm moet zijn. Dan vind ik het des te bijzonderder om te zien dat hoewel de internationale norm van 60 is geaccepteerd, een van de auteurs van het artikel waar die norm op gebaseerd was, nu zegt: misschien kan die toch wel 40 zijn. Als ik een ouder was van een kind met een aangeboren hartafwijking, dan zou ik daar echt mijn vragen bij hebben.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ik weet niet precies wat de opbouw is van het betoog, dus ik wil nu niet zomaar ineens al mijn kruit verschieten. Ik had in ieder geval het idee dat de Minister ook even een terugblik gaf op wat er in het verleden mis is gegaan en waardoor het nodig was om een knoop door te hakken. Daar heb ik nog wel een vraag over, want hij zei dat er nagenoeg niets gebeurd is. Hoe verhoudt zich dat tot de zekere concentratie en vormen van samenwerking die we toch wel hebben gezien in de afgelopen tijd? Een aantal jaren geleden waren er zes centra. Het kwam naar voren dat Leiden en Amsterdam op een hele intensieve manier zijn gaan samenwerken. Denk ook aan Rotterdam, Nijmegen en Utrecht. Groningen zocht zijn heil eerst bij anderen. Er is dus toch wel de nodige beweging. Was die beweging nou zo weinig kansrijk dat het gerechtvaardigd was om op deze manier de knoop door te hakken? Dat is eigenlijk mijn vraag over het voorproces.

Minister **Kuipers**:

Het antwoord is: ja. Laten we kijken naar de afgelopen 29 jaar, dus vanaf de eerste rapportage uit 1993. Die eerste rapportage kwam natuurlijk ook voort uit de toen al langer lopende discussie. Feitelijk loopt die dus al veel langer. Ja, er is een langdurige samenwerking tussen Leiden en Amsterdam, waarbij kinderen en adolescenten met een aangeboren hartafwijking worden geopereerd in Leiden en de volwassenen in Amsterdam. Op basis van een rapport is er in 2009 vanuit de beroepsgroep een poging gedaan om in twee centra de interventies te staken en die interventies in samenwerking met een ander centrum te doen. Dat waren destijds het Radboudumc en het UMC Utrecht. Onder Minister Klink was toen het voorstel om daar te stoppen en dus door te gaan met de zorg in Groningen, Rotterdam en de combinatie van Leiden en Amsterdam. Wat er destijds gebeurd is, is vergelijkbaar met nu. Het Radboudumc is daadwerkelijk gestopt met de interventie, heeft het kindhartcentrum gecontinueerd en is dat de afgelopen jaren gaan doen met Rotterdam. Utrecht heeft in tweede instantie alsnog weer gecontinueerd. Dat is de situatie die we nu hebben. Feitelijk kunt u dus zeggen: in 30 jaar tijd is op één plek de interventie gestaakt en verder niet.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Ja, maar tegelijkertijd geeft de Minister aan: in Leiden en Amsterdam heb je dan op één plek een concentratie van die interventies. Als het gaat om kinderen is er dus één plek waar die operaties daadwerkelijk plaatsvinden. Zou een deel van de verklaring niet ook kunnen zijn dat het lastig was om hier grote stappen in te zetten? We zijn kennelijk met de manier waarop het nu georganiseerd is, ook niet zomaar door een bodem heen gezakt. Het gaat dus ook om het toekomstige Leiden en een arbeidsproblematiek die zich ook voordoet zonder die drastische concentratieslag.

Minister **Kuipers**:

We komen dan terug op wat ik eerder in mijn inleiding al noemde, namelijk dat er herhaaldelijk vanuit patiënten- en ouderverenigingen, maar ook vanuit medische beroepsgroepen, echt gepleit is voor een verdere concentratie, maar dat daar geen beweging is en ook geen beweging te voorzien was. Men vraagt dan op een gegeven moment eerst aan een beroepsvereniging en aan bestuurders van de betrokken centra:

kom met een voorstel. Als dat niet komt, is het verstandig om daar een besluit over te nemen om dat wel te entameren. Dat heeft mijn voorganger gedaan.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Tot slot van deze ronde. In 2021 was er wél een concrete actie van de umc's van Rotterdam, Leiden en Groningen. Er was een gezamenlijk plan. Wat is dan het bestuurlijk proces geweest dat daar opgezet is om te kijken of dat nog kansen bood?

Minister **Kuipers**:

Dat raakt aan de vragen die ik zojuist al beantwoord heb en waar ik eigenlijk niet zo heel erg veel aan toe te voegen heb, anders dan dat het in dat plan met drie centra moeilijk is – dat gaf ik zonet al aan – om voor alle criteria te voldoen aan de minimumnormen. Ik leg hier even de nadruk op: de minimumnormen.

De heer **Hijink** (SP):

Het gaat een beetje over de normen en de criteria. Mevrouw Arib had het daar ook over. Als het gaat om de criteria die in de brief van 20 december zijn gebruikt, verwijst de Minister steeds naar de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen. Zij zouden dergelijke criteria hebben opgesteld. Maar de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie schreef deze week zelf in een brief aan de Minister en aan de Kamer dat zij juist een correctie eisen van de Minister. Zij zeggen namelijk dat de criteria zoals die in die brief zijn opgesteld, niet letterlijk afkomstig zijn uit het rapport «Scenario's voor de toekomst», dat zij hebben gemaakt. Zij zeggen ook dat de zin niet klopt waarin de Minister stelt dat de vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen zelf zouden hebben gezegd dat dit de juiste criteria zijn. Ik wil de Minister toch vragen daar een reactie op te geven, want als dat zo is, dan gaat er natuurlijk wel iets mis. Wij moeten een onafhankelijke beoordeling kunnen maken. Maar als de verenigingen zelf zeggen dat de Minister onterecht een beroep op hen doet als het gaat om de juistheid van die criteria, dan klopt dat oordeel dus ook niet.

Minister **Kuipers**:

Ik verwijs hiervoor naar het betreffende rapport. In spreektermen is het rapport ondertussen genoemd naar de voorzitter, Beatrijs Bartelds. Dat rapport is opgesteld namens de Nederlandse Vereniging voor Kinderneeskunde, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie. In de appendix onderschrijven die wetenschappelijke verenigingen allemaal de conclusies en uitkomsten van de rapportage, waar deze criteria ook gewoon in benoemd zijn. Ik kan ze allemaal langsgaan, maar dat vindt de heer Hijink ongetwijfeld niet nodig.

De heer **Hijink** (SP):

Dan wordt het ingewikkeld. Hoe kan het dan dat wij vervolgens een brief krijgen van diezelfde wetenschappelijke verenigingen dat er onterecht naar hen verwezen wordt als het gaat om gebruik van die criteria? Ik weet ook niet precies hoe het zit, dus ik kan dat ook moeilijk beoordelen. Ik heb al helemaal geen verstand van welke criteria precies gebruikt moeten worden om te kunnen beoordelen op welke plek die zorg het beste verleend kan worden. Maar ik kan ook geen goed oordeel geven als de Minister zo tegenover de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen staat. Hoe kunnen wij als Tweede Kamer dan een goede afweging maken van wat wijsheid is?

Minister Kuipers:

Ik denk dat het verstandig is om in die discussie en ook in die afweging even een scheiding te maken tussen twee zaken. Ten eerste: is het verstandig om de interventies voor deze patiëntengroep verder te concentreren? Dan doel ik op ingrepen zoals openhartchirurgie en katheterisatie. Een subvraag daarbij is: moet dat naar twee, naar drie of naar één? Maar de eerste vraag is: is het verstandig om te concentreren? De tweede vraag is: waar zou dat dan moeten gebeuren? Waar de heer Hijink aan refereert – corrigeert u mij maar als ik het verkeerd heb – gaat het met name over die tweede vraag, want daar is commentaar op. Dat gaat om het toepassen van de criteria en welk centrum dat dan zou moeten worden.

De voorzitter:

Dat is helder, maar u heeft nog een interruptie van meneer Van Houwelingen, namens Forum voor Democratie.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ja, dat is, enigszins voortbouwend op de vorige interrupties, een vraag over de positie van VWS. Het is ons volkomen onduidelijk – dat heeft u ook heeft gehoord in ons betoog – hoe het zo kan zijn dat VWS tegen de zin van twee ziekenhuiscentra besluit om ze op te heffen. Ik zou me iets erbij kunnen voorstellen als ze bijvoorbeeld failliet dreigen te gaan of als mensen massaal sterven. Dat is allemaal niet het geval. Waar haalt u het lef vandaan, zou ik bijna zeggen, om tegen de zin van twee centra in te zeggen dat ze moeten opdoeken? Daar gaat u toch eigenlijk uw boekje te buiten?

Minister Kuipers:

Ik zal even dezelfde termen gebruiken, «waar haalt u het lef vandaan». Al 30 jaar lang worden kinderen met een aangeboren hartafwijking behandeld in verschillende centra, terwijl rapport op rapport op rapport zegt dat het verstandig is om de interventies verder te concentreren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om rapporten van de Gezondheidsraad, de inspectie, de beroepsvereniging en een oudervereniging. De volgende vraag is daarom terecht gesteld door mijn voorganger, vind ik, maar ook in het verleden – ik heb eerder al de naam van Minister Klink genoemd. Kan het veld, dus de professionals en de bestuurders, eruit komen om gevolg te geven aan deze herhaalde oproep? Dat is tot op heden niet gelukt. Ik denk dat mijn voorganger het lef daarvandaan gehaald heeft, van die 30 jaar durende discussie.

De voorzitter:

Zonder grote woorden graag, meneer Van Houwelingen.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ik zal geen grote woorden gebruiken. Ik heb een korte vervolgvraag. Zegt u met zo veel woorden dat u het dus beter weet dan de kinderhartcentra? Het is voor mij echt onbegrijpelijk dat VWS het beter weet dan de kinderhartcentra. Zij willen dat niet. U zegt: dat moeten we gaan doen. Dat kan alleen als er echt een aanwijzing is dat dingen door het ijs zakken. Dat is helemaal niet het geval nu. Daarover is iedereen het eens. Past u niet een veel bescheidener positie, ook om dat mes van tafel te halen? Nu gaan ze rollebollend over straat. Dat komt dus niet door de sector, vind ik. Dat komt door VWS.

Minister Kuipers:

Dat komt terug op de vraag die mevrouw Van der Plas eerder al stelde, naar aanleiding van het betoog van de heer Van Houwelingen. Eigenlijk sluit de vraag ook aan bij de discussie die ik zonet met de heer Hijink had.

Het is verstandig om de vraag even in twee stappen op te knippen. Eén: moet je wel of niet verder concentreren? Twee: als je daartoe zou besluiten, welke centra moeten dan gekozen worden? Ik hoor van de centra en de professionals, als ze rollebollend over straat gaan, dat het niet zozeer gaat om de noodzaak om de interventies verder te concentreren, maar meer om de locatie waar de interventies vervolgens worden uitgevoerd.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog, excellentie.

Minister Kuipers:

Voorzitter. Dan kom ik bij de beantwoording van de eerder gestelde vragen. Ik begin, als u het goed vindt, eerst heel even bij de op zich volstrekt begrijpelijke opmerking van de heer Hijink. Die ging over de besluitvorming, de rol van de Minister en de mogelijke conflicts of interest. Ik heb die opmerking eerder regelmatig gehoord. Laat ik daarbij even als eerste benoemen – de heer Hijink kan het ook enigszins in mijn stem horen – dat mijn familie sinds jaar en dag uit Groningen komt. Ik kijk even naar mevrouw Paulusma. Je zou kunnen zeggen dat ik een Groninger ben. Ik heb gestudeerd in Groningen. Ik heb een deel van mijn opleiding gedaan in Groningen. Dat is mijn alma mater. Ik heb ook een deel van mijn opleiding gedaan en een deel van mijn werkzame leven gezeten in het VUmc, nu Amsterdam UMC, en het Erasmus MC. U hebt in dit geval hier een vakminister zitten voor dit onderwerp, maar ik kan u vertellen dat dat in de toekomst voor nog veel andere onderwerpen zal gelden. Dat betekent dat u er telkens tegen aan zal lopen dat er een vermeend conflict of interest kan zijn. Dat zou mijn werk buitengewoon moeilijk maken: nu en in de toekomst. U moet ervan uitgaan dat ik dat echt professioneel kan doen.

Dit dossier liep al, dus ik nam dat mee. Het besluit was voor de kerst al door mijn voorganger genomen. Daarom heb ik voor het moment dat ik werd aangesteld met mijn beide collega's, de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en de Staatssecretaris, besproken of het mogelijk was om dit specifieke onderwerp met een zesogenprincipe, dus gezamenlijk, te doen. Daarmee hebben zij ingestemd. Dat betekent dat we in de afgelopen periode ook gezamenlijk naar dit dossier hebben gekeken, inclusief de vraag-en-antwoordlijn die ik nu heb. Zorgvuldiger dan dat kan ik het niet doen. Daarin moet u mij maar vertrouwen. Anders wordt het heel erg moeilijk, want meer smaken op het ministerie hebben we niet.

Dan kom ik bij het besluitvormingsproces. Als ik daarnaar kijk, ook in mijn huidige positie, dan denk ik dat op vele vlakken een zorgvuldig proces is doorlopen. Bij het proces waren eerst professionals in de lead. Zij hebben daarvoor de tijd genomen die zij, naar hun mening, nodig hadden. Ik weet dat ik als bestuurder langdurig gevraagd heb wanneer dat rapport kwam. Zij namen daarvoor de tijd die zij nodig hadden. Dat was ook nodig, want het is buitengewoon complex.

Wat dat betreft wil ik die professionals prijzen dat ze in gezamenlijkheid, met betrokkenheid van alle centra, tot conclusies gekomen zijn. Die conclusies waren weliswaar in lijn met eerdere rapportages, maar impliceerden ook stomweg dat zij eigenlijk voorsorteerden op conclusies die mogelijk wel grote implicaties hadden voor hun eigen baan en werkplek. Ik denk dat we dat eerst voor ogen moeten hebben. U hebt deze professionals terecht geprezen. Ik denk dat we hier met z'n allen kunnen bevestigen dat als professionals dit soort keuzes maken en eigenlijk opschrijven dat de interventies verder geconcentreerd moeten worden, dat echt een prijzenswaardige en moedige stap is. Ze weten namelijk hoe moeilijk het proces daarachter is. Toch hebben ze dat uit zichzelf opgeschreven.

Dat betekent ook dat sommige mensen, zonder dat er enige keuze was voor welk centrum, weten dat ze elkaar daarna moeten aankijken en vragen: werkt u straks bij mij of werk ik straks bij u of gaan we allebei op twee locaties iets anders doen? Dat waren de implicaties. Dat hebben mensen zich goed gerealiseerd. Wat dat betreft wil ik dus beginnen met dat het een zorgvuldig proces was.

Daarbij hebben alle relevante partijen de gelegenheid gekregen om hun zienswijze te geven en informatie aan te leveren. VWS heeft met al die partijen gesproken en diverse adviezen gevraagd. In grote lijnen is het een zorgvuldig proces. Ik begrijp wel degelijk heel goed de kritiek van de zorgbestuurders en -professionals, dat criteria vooraf niet bekend waren en dat bij dat besluit op 20 december onvoldoende inzichtelijk is gemaakt hoe de keuze en de onderbouwing daarvan voor de twee interventiecentra tot stand was gekomen. Ik snap dat dit de aanleiding was voor een deel van de onrust.

Ik kan natuurlijk daarmee niet direct concluderen dat als de criteria wel gedeeld waren, we niet dezelfde onrust zouden hebben gehad. We zien dat de commotie, nu de criteria bekend zijn, niet stopt en dat dezelfde discussie zo mogelijk nog verder gaat, bijvoorbeeld over de vragen. Maar ik deel wel degelijk dat het pas later delen tot onrust en onbegrip heeft gezorgd en dat het ten koste gaat van draagvlak. De verder gestelde vragen sluiten hierbij aan.

Dan de volgende vraag. Kan de Minister een toelichting geven op het proces waarom de keuze op deze ziekenhuizen is gevallen, op basis van de genoemde criteria? Uit de gesprekken die met alle partijen zijn gevoerd, kwam naar voren dat de positie van het Erasmus MC bij vrijwel niemand ter discussie stond. Ik verwijs nogmaals even naar mijn conflict of interest. Maar dat was ook de feedback die ik eerder in mijn vorige rol kreeg – ik kijk maar even naar mijn rechterbuurman. Dat had te maken met aantallen, volumina, de aanwezigheid van onder andere kinderhart-transplantatie, de aantallen professionals, de omvang en de compleetheid van kinderziekenhuizen et cetera. Die positie stond dus niet ter discussie. CAHAL, een samenwerking van Leiden en Amsterdam, doet interventies bij kinderen en volwassenen op twee locaties. Het kinderziekenhuis in Leiden heeft volgens onze informatie niet alle specialismen in huis om de voorkomende complicaties te behandelen. Daarmee viel CAHAL af. De keuze tussen Utrecht en Groningen was niet eenvoudig. Objectieve gegevens over de kwaliteit ontbraken vanwege de beperkte uitkomstregistratie. Toch moest er een keuze gemaakt worden. De UMC's kwamen hier niet zelf uit. Gelet op de criteria is de uitgangspositie van Utrecht beter. Dat heeft te maken met personele bezetting, de capaciteit op de kinder-ic en de mogelijkheid om specialisten en ondersteunend zorgpersoneel van de andere centra aan te trekken. Maar, zoals gezegd, ontbreken wat dat betreft objectieve gegevens.

Dan was er een vraag van de heer Van der Staaij. Hij miste de effecten voor de verpleegkundigen. Hij vroeg: is er ook met hen gesproken? Ja, er is gesproken met de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Het is eveneens belangrijk om hen in een verder traject er nauw bij te betrekken, wat er dan ook gebeurt en op welke plek dat dan ook terecht komt. Ik weet dat dit bij eerdere bewegingen – daar refereerde u terecht ook al aan – bij concentratie van kinderoncologie echt een issue was. Daarbij hebben veel verpleegkundigen besloten om niet mee te verhuizen van andere centra naar Utrecht, maar om te blijven in hun eigen centrum. Het ging om Groningen, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam. Daar zetten ze zich in voor een andere patiëntengroep, al dan niet met een hernieuwde opleiding. Dat is natuurlijk buitengewoon spijtig, want dat betekent veel verlies van kennis en ervaring.

Ik moet er wel bij opmerken dat er in dit geval een andere situatie is. Bij de vorming van het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie ging het om een sterke mate van concentratie van het totale traject: van vroege

diagnose, behandeling, zowel poliklinisch als klinisch, operatie en nazorg, tot en met de zogeheten LATER-poliklinieken. Daar komen kinderen die allang genezen zijn, maar nog tot in lengte van jaren gevolgd worden. Het is een totale concentratie met, vanuit mijn perspectief, nauwelijks relevante shared care. Het gaat hier om continuïteit van kinderhartzorg op alle locaties en concentratie van de interventie.

Dan de volgende vraag. Hoe kijk ik terug op dit proces? Ik heb daarover al iets gezegd, maar ik wil daarbij aanvullen dat de beoordeling van centra en de criteria gewoon eerder gedeeld hadden kunnen worden: met de centra, maar ook met u. Dat had een deel van de onrust voorkomen. Ik denk dat het niet goed is – u gaf dat ook al aan – als je dat vlak voor de kerst doet. Dan gaan mensen de kerstdagen in met vragen als: wat betekent dit allemaal en hoe zit dat nou precies?

Dan waren er vragen over lobby. Het antwoord daarop is dat verschillende initiatieven inderdaad partijen hadden die voor hen lobbyden dan wel ondersteunden. Die hebben contact gezocht met zowel ambtenaren als mijn voorganger. Van beiden heb ik gehoord dat die contacten afgehouden zijn.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Zou de Minister misschien de correspondentie die daarop betrekking heeft, willen delen met de Tweede Kamer? Het gaat dan om het delen van mails en berichten over en weer met lobbyisten, met de Kamer.

Minister **Kuipers**:

Als die er zijn, wil ik ze delen. Ik weet niet of ze er zijn. Ik kan me voorstellen dat er alleen maar een poging is gedaan tot telefonisch contact en dat dat het was.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Graag. Ik kan me voorstellen dat er af en toe wat heen en weer gemaild is. Dat weet ik natuurlijk ook niet, vandaar de vraag. Bij dezen het verzoek om alle correspondentie over de lobby te delen met de Kamer.

Minister **Kuipers**:

Dat wil ik van harte doen, maar als er niks is, moet ik het u ook aangeven. Dan was er een vraag over het besluit en het effect op de samenwerking tussen de umc's. Dit proces heeft de verhoudingen op scherp gezet. Kan ik daarop reflecteren? Ja, dat is een belangrijk punt. Daarop wil ik van harte reflecteren. Ik maak me net als u zorgen over de spanningen die er zijn, zowel tussen de bestuurders als tussen de zorgprofessionals van de verschillende centra. Ik maak me ook zorgen over de impact die dit heeft op patiënten, hun ouders en hun naasten. De kritiek die zorgprofessionals uiten over hun collega's en de zorg in andere centra, voedt de onrust en angst bij patiënten en ouders. Zij vragen zich af of ze wel de juiste zorg hebben bij het centrum waar ze in behandeling zijn of zijn geweest. Zij vragen zich af of de zorg net zo goed is als ze gewend zijn, als de zorg eventueel naar een centrum gaat. Het kan beide kanten opgaan. Het is niet goed voor patiënten, ouders en naasten. Het schaadt de samenwerking tussen zorgprofessionals in een hele kleine beroepsgroep, die uiteindelijk toch met elkaar verder moet.

Dat is precies de reden geweest dat ik onlangs, op eigen initiatief, gesproken heb met de kinderhartchirurgen en de cardiologen van alle centra. Ik heb hen opgeroepen om hun verantwoordelijkheid te blijven nemen voor hun patiënten en de patiëntenzorg, en het wetenschappelijk onderzoek niet te laten lijden onder deze situatie, hoe lastig dat ook is. Ik heb daarbij bewust het volgende geschetst. Let op, u moet met elkaar verder. Het feit dat deze fase nu bijvoorbeeld onderzoekvertraging oplevert of overleg over patiënten niet goed is, is allereerst gewoon niet goed voor het belang van de patiënt. Daaraan kunnen jullie wat doen. We

weten uit het verleden dat als er onenigheid is tussen professionals en mensen later weer met elkaar moeten samenwerken, dat een risicovolle situatie kan opleveren.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Ik had daar een aanvullende vraag over. De Minister moet even zijn microfoon uitzetten.

Minister **Kuipers**:

Excuus!

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):

Nou ja, hij moet niks. Het moet niet van mij, maar van de voorzitter. Sorry. Ik heb een aanvullende vraag daarover, want die zorg is heel terecht. We hebben in het verleden gezien, bij andere ziekenhuizen, dat er door een slechte werksfeer zelfs mensen onnodig zijn overleden. Mijn vraag is: is het niet een idee om dit voor te zijn, dus aan de voorkant iets te doen? Een oproep is natuurlijk prima, maar kan het in de toekomst ook professioneel begeleid worden, zodat iedereen daar goede hulp in krijgt en mensen samen door één deur kunnen? Want je kan individuen ertoe oproepen, maar dan laat je het toch een beetje aan het lot over.

Minister **Kuipers**:

Ik neem dit voorstel graag over. Dat was iets wat ik zelf ook in gedachten had; dat moet gewoon gebeuren, los van welke beweging er straks ook gemaakt wordt, dus los van waar we na het proces uitkomen. Zelfs in het geval waarin er helemaal niets zou gebeuren, wat ik niet hoop, moeten we zorgen dat er een normalisatie van de werkrelaties is, want mensen hebben elkaar gewoon nodig voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Dan was er een vraag over de gevolgen voor Noord-Nederland. De concentratie heeft, zoals ik gezegd heb, alleen betrekking op de hartinterventies. Het gaat daarbij dus niet om de kinderhartzorg in de volle breedte. Een groot deel van de zorg blijft gewoon beschikbaar in de regio, of dat nou in Groningen is of op een andere plek. Dit is de situatie. Daarbij wil ik even verwijzen naar de situatie zoals die allang is in het oosten van het land, bij het Radboudumc, dat samenwerkt met het Sophia Kinderziekenhuis als onderdeel van het Erasmus MC. Als een kind bijvoorbeeld in het Rijnstateziekenhuis in Arnhem geboren wordt en een aangeboren hartafwijking blijkt te hebben, dan is er verplaatsing naar het Radboudumc en vindt daar de verdere diagnostiek plaats. Dan volgen een afspraak en de planvorming voor een eventuele behandeling. Als die behandeling vraagt om een operatie of een katheterisatie gaat het kind, zo nodig binnen 24 uur na de geboorte, voor die interventie naar Rotterdam en keert het, zodra het beeld gestabiliseerd is – dat kan soms al na 24 of 48 uur – terug naar het Radboud. Zo'n situatie heb je ook voor ogen voor de toekomst als het hierom gaat.

De **voorzitter**:

Dat roept twee interrupties op. Eerst mevrouw Pouw-Verweij.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Daar zou ik graag iets meer over willen horen van de Minister. Dat samenwerkingsverband lijkt mijn fractie wellicht een mooie tussenoplossing, zeker als je ziet hoe het in het Radboud gelukt is om andere, ook hoogspecialistische, zorg te behouden op de kinder-ic, zoals de ECMO voor kinderen en noem het allemaal maar op. Ik denk dat je zeker niet van een niet-specialistisch centrum kan spreken daar. Ik vraag me af of de optie om het op die manier vorm te geven, met andere centra, nadrukkelijk is besproken. Dit komt zo weinig aan bod in de discussie. Het lijkt mij op zich een mooie tussenoplossing. In hoeverre is die aan bod

gekomen en hoe staan de verschillende partijen ertegenover? Kan de Minister daar iets over zeggen?

Minister Kuipers:

Ik dank mevrouw Pouw-Verweij voor deze belangrijke vraag. Dit is natuurlijk precies waar het om gaat. Het beeld dat breed geschetst is, is dat kinderhartzorg verdwijnt uit de centra waar een sluiting komt, dat kinderen met een aangeboren hartafwijking daar niet meer terecht kunnen, dat ze niet meer op het spreekuur kunnen komen, dat alle professionals daar verdwijnen en dat dat ook impact heeft op alle andere vormen van zorg. De voorbeelden zijn al genoemd, zoals ingrepen voor de geboorte, terwijl een kind nog in de baarmoeder is. Ook heb ik voorbeelden gehoord en gelezen van de opvang van kinderen die bijna verdrongen zijn en cetera. De opvang van kinderen die bijna verdrongen zijn, vindt bijvoorbeeld ook plaats in Radboudumc en in Maastricht UMC. In het verleden, toen de interventies op één plek in Amsterdam plaatsvonden, gebeurden ze ook wel degelijk op beide plekken in Amsterdam, nu Amsterdam UMC. Die zorg vindt dus plaats. De ECMO waar u het over hebt – na een bijna-verdrinkingsdood gaan kinderen aan een hart-longmachine – gebeurt in al die centra. Het gaat er dan alleen heel specifiek om: wordt die apparatuur aangesloten door de hartchirurg of door de kinderchirurg? In de meeste centra gebeurt dat door de kinderchirurg. Waar we het over hebben – ik ben het helemaal met u eens dat we dat echt goed over het voetlicht moeten krijgen – is de concentratie van de interventie en niet het verdwijnen van de kinderhartzorg uit die centra, zoals die in het Radboudumc ook niet verdwenen is.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Kort aanvullend, want het is mij nog niet helemaal duidelijk. Ik zie dit als een hele mooie oplossing en volgens mij ziet de Minister dat ook zo. Ik heb tijdens de rondetafelgesprekken ook de genodigde van het Radboud gehoord, die zei: jongens, zoals wij het doen, kan het ook; kom eens kijken, want het is allemaal hartstikke goed geregeld. En toch komt die optie nadrukkelijk niet terug in alle interviews, petitieaanbiedingen en cetera, et cetera. Waardoor komt dat? Kan de Minister daar iets over zeggen? Waar loopt dat spaak?

Minister Kuipers:

Mevrouw Pouw-Verweij en ik kunnen daar waarschijnlijk dezelfde reflectie op doen. Hoewel professionals herhaaldelijk hebben opgeschreven dat het verstandig is om interventies verder te concentreren, zegt men vanuit ieder individueel centrum: dat onderschrijven wij wel, maar het moet wel hier blijven. Dan wordt het heel moeilijk. Ik vind zelf, en ik ga ervan uit dat u er ook zo in zit, dat uiteindelijk, aan het eind van een heel lang traject – ik benadruk dus dat het heel lang is – ergens een keer onze verantwoordelijkheid komt om te zeggen: dan gaan we nu, in het belang van kind en ouder, toch stappen zetten.

Mevrouw Ellemee (GroenLinks):

Mijn vraag sluit aan op die van mevrouw Pouw. Ik heb, net als de collega's, veel specialisten gesproken, die echt de zorg hadden: als dit wegvalt, zijn het net dominosteentjes die omvallen; de kind-ic is bijvoorbeeld zo nauw gerelateerd aan deze interventies, dat die eigenlijk niet overleefd kan blijven als we die interventies missen. Ik ben blij met het goede, positieve voorbeeld van het Radboud, maar ik zou het toch prettig vinden om hier niet zomaar aan voorbij te gaan. Wat zou de Minister kunnen doen om in ieder geval te checken of deze zorgen ongegrond zijn of niet?

Minister Kuipers:

Ik denk dat het bij uitstek iets is voor de impactanalyse om precies te onderzoeken wat dan de gevolgen zijn voor het betreffende centrum en daarmee ook voor de regio waar het centrum ligt en voor het samenwerkingsverband. Wat betekent het voor de continuïteit van zorg? Wat betekent het voor de opvang van patiënten waar dezelfde specialismen bij betrokken zijn? Wat betekent het voor het gebruik van de capaciteit?

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank. Dan stel ik nu meteen ook een vraag over die impactanalyse, want ik moet zo meteen helaas naar een ander debat. Mijn vraag gaat over de insteek van die analyse. Die is nu echt gericht op Groningen en Leiden. Ik zou het heel prettig vinden, zoals ik in mijn inbreng zei, als alle verschillende scenario's meegenomen worden in die impactanalyse, dus ook omgedraaid: wat zou het betekenen voor Utrecht of Rotterdam als zij zouden moeten sluiten? Want we moeten wel een eerlijk totaaloverzicht hebben van de gevolgen van de keuzes. Anders krijg ik toch het gevoel dat we te veel aansturen op een bepaalde keuze.

Minister Kuipers:

Wat mij betreft zouden in die impactanalyse – ik gaf daarover al iets aan – in ieder geval de gevolgen aan de orde moeten komen voor de toegankelijkheid van zorg voor deze patiëntengroep, maar ook breder voor hoogcomplexen, academische kindergeneeskunde. Wat betekent het voor de impact op de toegang tot zorg, inclusief reistijd, wat zijn de personele gevolgen et cetera? Ik begrijp uw verzoek om ook naar de andere centra te kijken heel goed. Ik ben van harte bereid om de NZa daarnaar te vragen. Ik kijk ook even vooruit: stel dat we straks bepaalde resultaten hebben en daar een discussie uit komt, dan zou het zo kunnen zijn dat we vervolgens zeggen dat we alsnog de impactanalyse voor die andere centra nodig hebben.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Afrondend, dan houd ik hierna mijn mond.

De voorzitter:

Ja, en nogmaals ja.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik ben hier heel blij mee, want ik denk dat dit een belangrijke toezegging is. Ik ben hier heel blij mee, want dit neemt een deel van het mogelijke wantrouwen weg dat die impactanalyse alsnog gebruikt wordt om aan te sturen op een bepaalde uitkomst. Op deze manier wordt het speelveld daadwerkelijk helemaal opengelegd en worden alle gevolgen voor alle centra in kaart gebracht. Dus dank aan de Minister.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Een belangrijk deel van mijn vraag is al beantwoord, namelijk dat de Minister de breedte gaat pakken om naar de toekomst van de kindzorg te kijken. Ik zou het namelijk heel erg betreuren als we hier na veel ploeteren tot een keuze komen, terwijl er dan ook ziekenhuizen zijn die met lege handen staan en alleen maar gefrustreerd naar een volgend proces kijken. Juist in dat licht zou ik de Minister de volgende vraag willen stellen. Mevrouw Kaljouw heeft hier tijdens de zitting van afgelopen maandag namens de NZa aangegeven: als ik hier breder naar moet kijken – dat zou kunnen, juist voor de kindzorg – zal dat iets meer tijd vragen dan wanneer je alleen naar de kinderhartchirurgie op zich kijkt. De Minister heeft in zijn brief al aangegeven dat hij een impactanalyse wil laten doen. Daar heeft hij ook een tijdspad bij geschetst. Nu heeft de NZa benoemd dat het, als zij breder gaat kijken, een andere analyse wordt en een andere

uitkomst geeft, en dat het ook iets meer tijd zal vragen. Hoe kijkt de Minister daarnaar?

Minister Kuipers:

De discussie over het aantal locaties in Nederland waar complexe zorg geleverd wordt, loopt al heel lang. Als ik in het verleden bijvoorbeeld moest spreken voor mensen uit het buitenland of in Nederland, schetste ik meestal dat we onszelf in Nederland mogen prijzen en rijk mogen rekenen met een fantastisch zorgstelsel en met een fantastisch zorgsysteem. Dan bedoelde ik: heel erg goed opgeleide mensen, zoals verpleegkundigen, artsen, laboranten, et cetera. Dan bedoelde ik: fantastische faciliteiten. Dan bedoelde ik: een systeem waarin we bereid zijn om naar verhouding veel geld uit te geven aan de zorg, op basis van het solidariteitsprincipe. Ik heb namelijk ook in Amerika gewerkt, en ik weet dat het daar op sommige plekken echt anders is. Ik zei er ook altijd bij: wij zitten ook in een systeem en werken op een locatie met een fantastische geografie. We hebben 17,5 miljoen mensen in een gebied van 150 kilometer bij pak 'm beet 300 kilometer. We realiseren ons dat niet zo, maar feitelijk is dat Los Angeles. We zijn kleiner dan New York. Dat is wat we doen. Voor ons voelt een afstand van 100 kilometer al heel ver, maar misschien is het af en toe nodig om die mindset even iets anders te hebben. Als je dus echt betere kwaliteit wilt hebben, dan zul je, niet alleen voor dit maar ook in de toekomst, ook naar andere dingen moeten kijken. Dat betekent overigens niet meteen: minder kinderziekenhuizen of minder umc's of minder traumacentra. Maar je moet er wel degelijk goed naar kijken. Ik hoorde iemand van u zonet de vergelijking maken met het buitenland, ook voor de kinderhartchirurgie.

Laat ik één vergelijking maken. Ik heb de vergelijking van de professionals namelijk ook gehoord. Toen was ik stil, maar ik dacht: wacht even, want je vertelt nu niet het complete verhaal. Laten we bijvoorbeeld eens even kijken naar de situatie in Canada. Canada heeft ongeveer twee keer zoveel inwoners als Nederland, en vier kinderhartcentra, in Toronto, Montreal, Edmonton en Vancouver. Dat ligt echt op iets meer dan een uurtje rijden van elkaar. Dat ligt soms op zes uur vliegen van elkaar. Als je dus alleen kijkt naar Ontario, met ruim 14 miljoen mensen, is er één kinderhartinterventiecentrum, in Toronto. Kunnen wij ons daaraan meten? Absoluut. Wij kunnen ten minste dezelfde kwaliteit halen en dezelfde expertise als in Ontario, waar de afstand wel een beetje groter is. Om het even te vergelijken met Ontario: Nederland past aan het meer tussen Kingston en Hamilton. Dat is maar een klein stukje van heel Canada.

Het is een wat lang antwoord op de vraag, maar moet je breder kijken? Ja, dat moet je doen. Maar als je dat in z'n volle omvang wilt doen, hetzij voor de kinderen, hetzij voor andere zaken, dan ben je echt langdurig bezig. Ik kan u vertellen: de weerstand die we nu hebben bij dit dossier is nog niets vergeleken met wat we dan krijgen. Ik zou dus echt willen adviseren – dat is een sterke voorkeur – om nu bij die impactanalyse voor de kinderhartchirurgie en de direct aanpalende zaken te blijven, en het niet te hebben over kinderen in de volle omvang.

Sorry, voorzitter, voor het uitvoerige antwoord, maar ik wil nog twee onderdelen noemen. Onderliggend zit er natuurlijk voor een deel ook pijn. Laten we dat hier ook maar gewoon benoemen. Dan doel ik op de concentratie van een aantal jaren geleden van de kinderoncologie in Utrecht. Dat was een van de weinige centra die tot dat moment totaal geen kinderoncologie leverde. Het was al geconcentreerd, maar het is uiteindelijk allemaal naar Utrecht gegaan. Dat is een deel van de pijn van het dossier waarmee we nu zitten. Dat is één.

Dan een ander punt dat ik niet benoemd hoor worden in het kader van concentratie. Wat we namelijk volstrekt accepteren en waar iedereen het mee eens is, is dat bijvoorbeeld een kind in Nederland dat een protonentherapie moet ondergaan, alleen naar Groningen kan, ook als dat kind in

Venray woont. En een kind dat in Nederland in het voorkomende geval een levertransplantatie moet ondergaan, kan alleen naar Groningen, ook als dat kind in Bergen op Zoom woont. Dat zijn ook concentraties die er allang zijn. De kinderoncologiebeweging heeft dit dossier en vele andere dossiers jaren achterop gezet, omdat die op een manier tot stand gekomen is waarbij veel centra zich daar eigenlijk onvoldoende in gehoord voelden. Dat speelt hier. Dat zit hieronder.

Het is dus een lang antwoord, maar ik zou voor nu echt de analyse willen focussen op interventies voor aangeboren hartafwijkingen. En natuurlijk moeten we dan breder kijken. Maar als we alles er nu bij betrekken, dan kan ik u voorspellen dat we tien jaar bezig zijn en dan hebben we nog steeds een dossier.

De voorzitter:

We gaan nu eerst naar meneer Hijink. Daarna is mevrouw Arib, dan meneer Van der Staaij en dan mevrouw Van der Plas.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Mijn vragen zijn ook nog niet beantwoord, voorzitter.

De voorzitter:

Maar we zijn ook nog niet klaar.

De heer **Hijink** (SP):

Ik had eigenlijk dezelfde vraag als mevrouw Ellemeet. Ik ben blij dat de Minister nu heel nadrukkelijk zegt dat de impactanalyse die gemaakt gaat worden, breder is dan alleen de impact van dit besluit. Als de NZa straks met dat rapport komt, moeten wij namelijk de verschillende varianten of alternatieven naast elkaar kunnen leggen. Dan kunnen we namelijk niet alleen zien wat er gebeurt aan kettingreacties in Groningen en Leiden als daar de kindhartchirurgie weg zou vallen, maar krijgen we ook een beeld van wat er zou gebeuren in Rotterdam en Utrecht. Ik hoop dat ik het nu op een goede manier samenvat. Als dat inderdaad de bedoeling is van het onderzoek dat de NZa gaat doen, dan lijkt ons dat een hele goede zet.

De voorzitter:

Als u nou gewoon ja zegt, Minister, dan gaan we door naar mevrouw Arib.

Minister **Kuipers:**

Hahaha! Nou, ik weet niet of ik gewoon ja kan zeggen, voorzitter.

Ik geef aan: ja, we doen ook een impactanalyse van de situatie in Leiden en Rotterdam, maar dan met de focus op de impact van de eventuele concentratie van interventies voor kinderen met een aangeboren hartafwijking. Het gaat daarbij dus niet om de kindergeneeskunde in volle omvang of de academische geneeskunde in volle omvang.

De heer **Hijink** (SP):

Maar geldt dit dus ook vice versa? De Minister spreekt nu over de impact op Groningen en Leiden, maar ik neem aan dat dit dus ook geldt als men het andersom zou aanpakken. Ik hoor «ja». Oké, dat dit helder is.

Minister **Kuipers:**

Excuus voor dat heel specifieke, maar omdat wij hierover een discussie hadden en om een misverstand te voorkomen, zeg ik even dat ik niet aan de NZa ga vragen of zij ook nog even kan kijken wat de impact is als we de kinderlevertransplantaties ergens anders uitvoeren of de zorg voor kinderen met een metabole ziekte ergens anders leveren. Want dan wordt het heel erg complex.

De voorzitter:

Volgens mij zitten wij het heel specifiek met z'n allen eens te zijn. Mevrouw Bikker, u heeft toch nog een kleine aanvulling? En dan mevrouw Arib.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Ja, voorzitter, want ik heb het idee dat de Minister mijn vraag verkeerd heeft begrepen. Ik kreeg een uitgebreid antwoord. Dat bevat heel veel moois, hoor, daar niet van – dank daarvoor – maar het gaat er mij nu juist om dat we hierin echt inzicht hebben. Het gaat hier om de interventies. De kinderhartcentra blijven bestaan, maar bij een aantal ziekenhuizen, zeker in het noorden, beluister ik zo duidelijk de angst voor de gevolgen hiervan voor de kinder-ic. Dat wil ik gewoon duidelijk in beeld hebben, en dan over en weer. Ik ben blij met de toezegging die de Minister doet. Die is dus net ietsje breder dan de eerste toezegging over de impactanalyse, die in de brief stond. Dat probeerde ik vast te pinnen, maar klaarblijkelijk deed ik dat niet helder genoeg. In ieder geval kreeg ik van de Minister een heel mooi en uitgebreid antwoord waarin hij zei wat allemaal ook zou kunnen maar eigenlijk te lang gaat duren.

Minister Kuipers:

Ja, dank. We zijn het eens. Dit is de focus. Natuurlijk moet je dan kijken naar wat de impact is op de beschikbare capaciteit en cetera. Alleen al de kinder-ic-capaciteit in Nederland is in allerlei fases gewoon beperkt. Wat dat betreft heeft het echt een negatief effect als er aan de ene kant een teveel en aan de andere kant een tekort ontstaat. Ik kijk overigens even opnieuw naar de verwijzing door mevrouw Pouw-Verweij: het is goed om daarbij te kijken naar wat er de afgelopen jaren wat dat betreft in het Radboudumc is gebeurd. Dat zal de NZa ongetwijfeld ook doen. Daar is geen kinder-ic afgebouwd.

De voorzitter:

Heel helder. Mevrouw Arib.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Ik ben blij met de vragen van collega's over de impactanalyse. Volgens mij is bijna Kamerbreed geconstateerd dat het ongelofelijk belangrijk is dat zo'n impactanalyse met open vizier en onafhankelijk wordt uitgevoerd en dat de uitkomst daarvan inderdaad niet twee of drie is, maar zodanig dat we op basis van die analyse gewoon een gedegen besluit kunnen nemen. Het luistert dus heel nauw. Het is dus goed dat de Minister dat ook verheldert.

Ik wil toch even een punt maken over de voorbeelden die de Minister noemt. Ik begrijp heel goed dat de Minister daar vanuit zijn medische achtergrond lang bij stilstaat, maar ik heb ervaren dat het bij samenvoegen, concentreren en dat soort dingen om meer gaat dan alleen om medische handelingen. Natuurlijk zijn die cruciaal, maar het gaat ook om emoties, om veiligheid en om bereikbaarheid en toegankelijkheid. Dat zijn allemaal aspecten die, denk ik, anders liggen. De vergelijking met Canada vind ik een beetje vergezocht. Juist dat soort aspecten spelen allemaal een rol bij dit soort kwesties en die dienen ook zwaar te wegen. Ik noem een voorbeeld. Ik heb heel lang het woord gevoerd over Emmeloord en Lelystad. Die kwestie heeft jaren geduurd. Dat moet u ook bekend zijn. Dat is jarenlang met emoties en heftigheid gepaard gegaan. Ik denk daarom dat het van belang is om juist dat aspect bij dit soort processen te betrekken. Anders zitten we elkaar weer van alles te verwijten over hoe onzorgvuldig een proces kan verlopen.

Minister Kuipers:

Ik deel dat het voorbeeld van Canada geografisch vergezocht is, maar in de praktijk is het dat totaal niet. Dat land heeft dezelfde westerse standaard en dezelfde kwaliteit van zorg als Nederland, maar het kent een totaal andere geografische uitdaging. En toch lukt het daar. Ik vind het zo belangrijk om die vergelijking te maken, omdat het ons soms helpt om even uit onze vaste mindset te komen en na te denken over de vraag wat je nou precies voor elkaar moet krijgen. Is de directe reisafstand daarbij nou de beperkende factor? Of is de beperkende factor de beschikbare expertise op één locatie, en zo ervaring opdoen met heel zeldzame aandoeningen en ingrepen? Geografisch is het dus vergezocht, maar gezien vanuit het medisch-kwalitatieve is het totaal niet vergezocht. Dan het andere punt, over de impact daarvan ten aanzien van de beleving et cetera. Ja, dat is relevant. Het is wel iets wat daarna in een vertaling zou moeten gebeuren, maar daar hebben we eerst de impactanalyse voor nodig. Het is voor de Nederlandse Zorgautoriteit moeilijk om dit soort factoren uitgebreid mee te nemen in een weging van de impact. Dat is dus iets wat we daarna in de besluitvorming en in de communicatie in het transitieproces mee moeten nemen.

De heer Van der Staaij (SGP):

Mijn vraag gaat nog over wat we nu wel en niet doen in die impactanalyse. Het is goed dat dat wat breed neergezet wordt, zodat we er meer inzicht in krijgen. Maar ik proef bij de Minister nog steeds dat hij zegt: ik houd wel vast aan dat de einduitkomst «op twee locaties» moet zijn. Heb ik dat goed begrepen? Want alle kritiek en vragen daarover horende, en ook in het licht van het rapport van de commissie-Bartelds, die dat nadrukkelijk nog in het midden liet, zou het goed zijn als daar ook nog wat ruimte is om echt goed te kijken of we daar nou doen wat het beste is.

Minister Kuipers:

Voor mij is kwaliteit van zorg, nu en in de toekomst, primair de leidraad. Ik heb de discussie over de locaties nu een paar keer gehoord, niet van u maar wel van een andere kant. Dan werd er bijvoorbeeld gezegd: de patiënten moeten bij ons komen, want wij hebben de faciliteiten. Die patiënt is er niet voor de faciliteit; die faciliteit is er voor de patiënt. Laten we dat om te beginnen heel erg goed overeenind houden. Het is niet andersom. Dat is één.

Dan over de kwaliteit en de criteria die afgesproken zijn. We hebben net al besproken dat er individuele artsen zijn die daar nu toch weer wat rook in de kamer doen, maar dit zijn de criteria die de beroepsgroep zelf heeft vastgelegd. Ik weet dat het bij drie centra lastiger is om én continuïteit van de beschikbare expertise te hebben én verdere specialisatie én ieder jaar weer te voldoen aan al die minimumnormen. Dus is twee centra voor mij een doel op zich? Absoluut niet. Ik geloof ook niet dat dat voor mijn voorganger zo was. Maar ik streef wel naar die kwaliteit. Ik verwijs maar even naar dat rapport van de commissie-Bartelds, die ook een uitgebreide vergelijking heeft gedaan met wat het voor allerlei criteria betekent als je naar vier centra, naar drie centra, naar twee centra en voor sommige onderdelen zelfs naar één centrum gaat.

De heer Van der Staaij (SGP):

Daarop aansluitend. Daar heb ik me precies ook op gebaseerd. Maar dan lees ik wel op pagina 44 bij de belangrijkste adviezen dat het naar twee of drie gaat. Dat zie ik ook in appendix J, Reacties wetenschappelijke verenigingen, waar de Minister naar verwees. De thoraxchirurgievereniging zegt ook: pin je niet te veel vast op twee, want het kunnen er ook drie zijn. We krijgen ook terug dat er steeds gezegd is: twee of drie, het kan voor- en nadelen hebben. Dus juist tegen die achtergrond vind ik dat

we niet te snel een knoop moeten doorhakken als we niet zeker weten dat het vanuit het oogpunt van optimale zorg nodig is.

Minister Kuipers:

Dan ga ik even terug naar dat prijzen, wat ik eerder al gedaan heb. De commissie is er wat dat betreft niet uit gekomen om helder uit te spreken of het er nou twee of drie moeten zijn. Maar de commissie heeft wel al aangegeven dat de volumenorm bijvoorbeeld minimaal 60 operaties per jaar is voor kinderen in hun eerste levensmaand. Als u kijkt naar het precieze aantal dat dat per jaar is, dan ziet u dat er nu één centrum is, Rotterdam, dat die volumenorm haalt. Als je dat in drie centra zou willen halen, dan betekent dat dat je de aantallen patiënten met de huidige aantallen volstrekt evenredig moet verdelen over de drie centra. Dan kom je bij wijze van spreken in de situatie waarbij je zegt: het is half november en u zit al op de 60 en meneer Hijink heeft er nog maar 45, dus vanaf nu moeten alle patiënten naar meneer Hijink, want anders haalt hij zijn 60-norm niet. Dat is wat je nu in de huidige verdeling moet doen. U zit eraan, meneer Hijink, dus daarom maakte ik even die vergelijking.

De heer Hijink (SP):

Het lijkt me heel onverstandig om überhaupt één patiënt in mijn richting te sturen. Dat kan ik u verzekeren.

Minister Kuipers:

Excuus, maar u snapt mijn vergelijking. Je moet het dan volstrekt evenredig verdelen. Ik ken gewoon uit de praktijk bij andere situaties dat dit soort gesprekken gevoerd worden om minimumnormen te halen. We weten dat er in de komende periode een reële kans is dat de aantallen omlaaggaan en dat er weinig kans is dat ze omhooggaan. Dus is twee een doel op zich? Nee. Maar is het halen van kwaliteitscriteria een doel? Ja.

De heer Van der Staaij (SGP):

Ik begrijp de redenering van de Minister. Tegelijkertijd is dit ook weer zo'n voorbeeld: wat is nu precies de verwachting voor de komende jaren? Daar hoor ik uit het veld wel uiteenlopende data over. Ten tweede, stel dat je inderdaad zegt: het zit wel in de buurt van die norm. Wat kunnen er dan voor voordelen zijn? Is er dan misschien minder kwetsbaarheid bij drie in plaats van twee? Hoe weeg je dat? Mijn fractie zou er dus in ieder geval behoefte aan hebben om op dat punt niet te makkelijk zeggen: nou, dat hebben we nu even afgetikt. Als we toch in die heroverweging zitten, dan moeten we echt heel goed laten kijken naar voor- en nadelen van twee en drie. Mijn vraag aan de Minister is of hij daar ook ruimte voor zou willen bieden.

Minister Kuipers:

Een deel daarvan zal ongetwijfeld uit de impactanalyse komen, maar ik kan u vertellen dat ik, als het aan mij ligt, buitengewoon weinig ruimte zal bieden wat betreft het nu en in de toekomst halen van kwaliteitscriteria. Ik vind echt dat we dat moeten doen, voor kinderen en voor hun ouders. Dat is voor de kinderen van nu, maar ook voor de kinderen die in de komende jaren geboren worden.

Als ik op dat punt nog even extra meedenk, dan denk ik in tweede instantie dit. De patiënt staat voorop, maar in tweede instantie denk ik ook aan de professionals. Wij vragen hier een kleine beroepsgroep om 24/7 beschikbaar te zijn. En ja, mensen van mijn generatie, van 60 jaar en ouder, zijn nog opgeleid in een tijd waarin je het eigenlijk accepteerde dat je als klinische dokter zeer veel uren werkzaam was. Gelukkig zegt de huidige generatie: mogen wij dat ook wat anders doen? Dat komt namelijk om te beginnen de kwaliteit van de zorg ten goede. Dat komt ook onszelf ten goede. Als je dat doet, dan moet je bij een groep van elf of twaalf

mensen wel heel kritisch kijken naar een concentratie die die mogelijkheid biedt en ook de mogelijkheid biedt om op hele specifieke interventies nog voldoende expertise op te doen.

Daarmee hoort u mij nog steeds geen keuze maken tussen twee en drie. De kwaliteitscriteria zijn voor mij leidend. Wat voor mij sterk is, is dat ik er voor nu volstrekt van overtuigd ben dat je dat met twee beter bereikt dan met drie. Dat is los van de vraag op welke plek.

De voorzitter:

Mevrouw Van der Plas moet eigenlijk over één minuut weg en zij heeft nog één korte interruptie. Aan haar dus even kort het woord.

Mevrouw Van der Plas (BBB):

Ik moet inderdaad zo meteen weg, vanwege het commissiedebat Politie. Ik wilde even ingaan op het noemen van Canada. Ik vind het wel een beetje flauw en gevaarlijk om dat te doen. Ik bedoel, Canada is natuurlijk een land waar mobiliteit altijd al prioriteit heeft gehad. Er zijn 1.400 vliegvelden in Canada. Er is 14.000 kilometer treinrails. Mensen zijn daar gewend om lang te reizen. Ze staan bijna nooit in de file. Dat is dus wel iets anders. Wat dat betreft zou ik de vergelijking met Canada niet meer maken als ik de Minister was. Dat ben ik nog niet, maar wie weet. Wat niet is, kan nog komen.

Omdat ik weg moet, zou ik ook even vragen of mijn vraag over de weging niet vergeten wordt. Soms worden er weleens vragen vergeten. Ik wilde de Minister daar dus even aan herinneren, zodat die vraag wel beantwoord wordt. Dan kan mijn beleidsmedewerker dat noteren.

Minister Kuipers:

Dat zal ik doen. Als u het niet erg vindt, ga ik dat later doen. Anders moet ik zoeken in alle papieren die ik hier voor me heb.

Ten aanzien van de vergelijking met Canada zeg ik dat ik het heel goed snap. Veel vergelijkingen met Canada, of met ieder buitenland, zijn gevaarlijk. Ik hoor professionals zelf een vergelijking maken met het buitenland. Daar reflecteerde ik even op. Ik denk dat zo'n reflectie niet automatisch zegt wat je in Nederland moet volgen. Het is niet dat ik daarmee zeg: zie je wel, wat ze in Canada doen, is goed en dat moeten we hier ook doen. Maar het helpt wel om soms even een ander perspectief te hebben en wat dat betreft even uit onze eigen gedachtenlijn te zitten. Daarom noemde ik dat.

De voorzitter:

Dat is helder. Er zijn nog een aantal korte interrupties. Ik kijk ook naar de klok. We zouden om 14.45 uur stoppen en ik zie nog een klein stapeltje bij de Minister. Meneer Hijink.

De heer Hijink (SP):

Ik wil nog even door op het punt van de heer Van der Staaij. Ik vind het ingewikkeld dat we nu een impactanalyse krijgen waar zomaar uit zou kunnen komen dat je bijvoorbeeld in Groningen of Leiden dusdanig grote gevolgen hebt – daarnet werden de dominostenen genoemd, van afdelingen die moeten sluiten en andere vormen van zorg die niet meer verleend kunnen worden – dat er goede argumenten zijn om de zorg daar te behouden, zonder dat het ten koste gaat van de kwaliteit in het algemeen. Ik wil de Minister dus vragen: zou het kunnen dat er uit de impactanalyse van de NZa komt dat er neveneffecten zijn op de locaties die dichtgaan en dat het misschien wel mogelijk is om de kwaliteit van de kinderkhartchirurgie op bijvoorbeeld drie locaties te behouden en te versterken, en tegelijkertijd te voorkomen dat andere vormen van zorg in de knel raken? Dat is bijvoorbeeld als je het hebt over orgaantransplantatie bij kinderen. Dat is bijvoorbeeld als je het hebt over de operaties nog

in de baarmoeder die ze in Leiden doen. Is dat een denkbaar scenario of zegt de Minister: wat er ook uit die analyse komt, het moet eigenlijk hoe dan ook uitkomen op concentreren op twee locaties?

Minister Kuipers:

Nee, dat laatste hoort u mij nadrukkelijk niet zeggen. Alleen, als het mag, doe ik wel even aan verwachtingsmanagement. Ik vertel iets over de volumenormen die we nu al hebben en de criteria waar ik absoluut niet aan wil tornen. Sterker nog, wat mij betreft zijn het minimumcriteria. Denk daarbij ook aan de beschikbare expertise en het aantal mensen dat we hebben. De vraag is, en die is eerder ook gesteld, of dat uitgebreid kan worden en of meer mensen opgeleid kunnen worden. Natuurlijk zou dat kunnen, maar dat betekent automatisch dat je het aantal interventies dat een individuele chirurg per jaar uitvoert, reduceert. Dat is precies wat hij of zij zo nodig heeft. Ik heb het dan over snijuren, zoals dat heel oneerbiedig heet.

De heer Hijink (SP):

Die logica kan ik volgen. Dat gaat over de vraag of je de kwaliteit van zorg kunt behouden en verbeteren. Dat is logisch. Maar de reden waarom wij daarop doorvragen, is dat de Minister in zijn eigen brief benadrukt dat concentratie op twee locaties een randvoorwaarde is waarbinnen het onderzoek van de NZa gaat plaatsvinden. «Randvoorwaarde» lees ik als: wat er ook uit die impactanalyse komt, de randvoorwaarde die ik heb gesteld is concentratie op twee plekken. Dan wil ik graag de toezegging van de Minister dat het niet zo absoluut en hard is als hoe het in die brief staat en dat een resultaat van de impactanalyse ook zou kunnen zijn dat, linksom of rechtsom, concentratie op drie plekken misschien wel een logischere optie is. Begrijp ik het dan goed?

Minister Kuipers:

Ik heb reeds aangegeven dat ik volledig meega in het verzoek van uw Kamer om die impactanalyse breder te richten en om die dus ook te richten op de centra die eerder gekozen waren om wel de interventies bij te laten doen, namelijk Utrecht en Rotterdam. Dat betekent automatisch dat daar ook uit kan komen dat op elk van die locaties, of op drie of zelfs op vier, de impact zo groot kan zijn dat de interventies daar niet kunnen stoppen. Dat zou kunnen. Dat is in feite een antwoord op uw vraag. Daarbij maak ik wel de volgende kanttekening. Ook met de impactanalyse in handen is de vermoedelijke uitkomst dat concentratie op twee locaties het meest zinvol is, omwille van kwaliteitscriteria, beschikbare expertise et cetera.

De heer Hijink (SP):

Ik vind het niet zo snugger dat de Minister dit doet. Je moet niet de NZa vragen een impactanalyse te doen en nu zelf vooruit gaan lopen op de uitkomsten. Dat lijkt mij gewoon onverstandig. Laten we dat onderzoek afwachten, laten we kijken wat de impact op de verschillende locaties is en laten we dan hier het debat hebben over of we toe moeten naar twee, drie of vier en wat dan de gevolgen zijn. Volgens mij is dat de logische volgorde. Dan moet de Minister nu zelf niet druk leggen op die analyse door zijn vermoeden uit te spreken welke kant het opgaat. Volgens mij moeten we dat niet doen. Dat lijkt mij wel zo netjes richting de NZa en ook richting iedereen die dit debat volgt en die een onafhankelijk oordeel wil hebben zonder dat de Minister druk legt op het onderzoek.

Minister Kuipers:

Ik wil geen enkele druk op het onderzoek uitoefenen. Alleen, zoals ik zonet in mijn beantwoording en in mijn inleiding al heb betoogd, wij voeren al 30 jaar lang – ik kijk ook even naar degenen die dit debat volgen – in

Nederland een discussie over de noodzaak tot verdere concentratie van de interventies voor kinderen met een aangeboren hartafwijking. Dat is niet iets waarvan het ene rapport zegt «dat is verstandig om te doen», het andere «doe dat maar niet», de volgende «doe dat wel» en de volgende weer «doe dat niet». 30 jaar lang is consequent de boodschap: concentreer dat verder. Ik vind dat terecht. Ik vind dat het echt aan ons is nu de beroepsgroep nog een keer heeft gezegd: ja, de implicatie is voor ons individueel misschien wel groot, maar het is echt verstandig. Daar sluit ik mij bij aan. De beroepsgroep geeft ook in de rapportage precies aan wat de voor- en nadelen zijn van verdere concentratie, zonder dat ze die benoemen. Ik ga daarin mee en ik zie dat de meeste dubbele plussen staan bij twee centra. Dat is waar mijn voorganger zich voor uitgesproken heeft. Ik wil van harte de impactanalyse doen, of meer, maar laat niet impliciet of expliciet de boodschap zijn dat ik daarmee afstap van mijn overtuiging dat verdere concentratie zinvol is.

De voorzitter:

Helder. Mevrouw Arib.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Ik dacht eigenlijk dat we het met elkaar eens waren, maar naarmate wij hierop doorgaan, blijkt ergens toch een beetje ruis te zitten. Ik denk dat het ongelofelijk belangrijk is dat de Minister aangeeft wat zijn voorwaarden zijn als het gaat om kwaliteit. Dat begrijp ik heel goed. Maar het is precies wat de heer Van der Staaij en collega Hijink zeiden: als de Minister van tevoren zijn voorkeur uitspreekt voor twee centra, dan kan hij net zo goed zo'n impactanalyse achterwege laten, want dan houden we elkaar een beetje voor de gek. Ik hoop wij het met elkaar eens zijn – ik denk en voel dat een grote meerderheid het daarmee eens is – dat een impactanalyse moet plaatsvinden, open en breed, en dat wij met elkaar moeten bespreken wat daaruit komt. Hopelijk is dat het uitgangspunt en de uitkomst van dit debat. Anders is het een beetje een gekke situatie.

Minister Kuipers:

Mevrouw Arib heeft het over «elkaar voor de gek houden». Dat wil ik natuurlijk absoluut niet doen. Maar ik geef aan dat ik opensta voor iedere uitkomst van de impactanalyse. Ik ben ook akkoord om die te doen bij alle vier de centra. Maar laten we onszelf en het publiek niet voor de gek houden. Ik ben er in ieder geval van overtuigd dat interventies verder geconcentreerd moeten worden. Als ik kijk naar de rapportages, de volumina en de minimumnormen, dan ben ik ervan overtuigd, in de huidige setting, los van de impactanalyse, dat concentratie van de interventie op twee locaties beter is dan op drie locaties. Dat is mijn mening. Ik sluit wat dat betreft aan bij mijn voorganger, even los van de beide locaties. Ik hecht eraan om dat heel duidelijk voor het voetlicht te brengen. Dan gaan we zien wat het uiteindelijke resultaat van de impactanalyse is.

De voorzitter:

Afrondend, mevrouw Arib.

Mevrouw **Arib** (PvdA):

Tot slot. We begonnen dit debat met de wijze waarop dit proces is gegaan en hoe de besluitvorming tot stand is gekomen. Dat heeft u voor een deel erkend. Er zijn twijfels over de criteria, over of die wel of niet correct zijn. Maar begrijpt de Minister ook dat een opmerking als «ik ga ervan uit dat» niet goed is voor iedereen? Ik begrijp heel goed wat u zegt over die 30 jaar; dat kan ik mij heel goed voorstellen. Maar het is ook belangrijk dat mensen die hierbij betrokken zijn – denk aan zorgverleners, ouders en patiëntenorganisaties – weten dat hun inbreng, hun verhaal, serieus mee

wordt genomen als er een impactanalyse komt en dat niet van tevoren min of meer vaststaat welke kant het uitgaat. Probeer dat vertrouwen, waarmee we begonnen zijn, opnieuw te wekken met een nieuwe impactanalyse. Ik hoop dat deze Minister daaraan meewerkt. Anders moeten wij daar als Kamer een uitspraak over doen, lijkt mij.

Minister Kuipers:

Ik denk dat mevrouw Arib en ik het op grote lijnen wel degelijk met elkaar eens zijn. Het is ook juist vanwege de ouders dat ik mij zo nadrukkelijk uitspreek dat ik ervan uitga dat die impactanalyse zal bevestigen dat een concentratie van kinderinterventies mogelijk is. Dat sluit ook exact aan op het rapport dat door Stichting Hartekind, de Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen, de Harteraad en de Hartstichting is opgesteld. Als u mij toestaat, citeer ik één zin uit dat rapport, uit de conclusie: «Als patiëntenorganisaties en gezondheidsfondsen zien wij geen andere optie dan het verder concentreren van de interventiezorg om de kwaliteit en samenwerking tussen de hartcentra te bevorderen.»

De voorzitter:

Dan zijn er nog drie interrupties. Eerst mevrouw Van den Berg, dan meneer Van Houwelingen en dan mevrouw Van den Hil. Ik kijk wel even naar de klok, maar ik zou niet durven om u niet het woord te geven, mevrouw Van den Berg. Gaat uw gang.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ja, want het is de eerste keer dat ik hier spreek, voorzitter! Nu de Minister toch al met toezeggingen bezig is, wil ik even terugkomen op ons verzoek dat regio als criterium wordt meegenomen bij de besluitvorming. Anders kunnen we vrij snel zien dat het handig is om iets in de Randstad te doen bij ieder besluitje dat apart genomen wordt. Dan vallen Groningen, Nijmegen en Maastricht per definitie buiten de discussie. 50% van de mensen in dit land woont buiten de Randstad. Is de Minister dus bereid om regio gewoon echt als criterium op te nemen in de besluitvorming?

Minister Kuipers:

Ik denk dat het verstandig is om allereerst te kijken naar kwaliteit van zorg en de impact die het breder heeft, zoals zonet al besproken. Als het op die criteria – ik doel op kwaliteit van zorg, beschikbare faciliteiten, teams et cetera – nagenoeg hetzelfde of hetzelfde is, dan kun je natuurlijk ook kijken naar de verdeling en de regio. Je kunt dan bijvoorbeeld ook kijken wat er in het verleden is gebeurd. Dus ja, regio zal zeker een criterium zijn, maar we moeten het wel meewegen in het geheel. Je kunt niet regio eerst bovenaan stellen. Het gaat allereerst om de kwaliteit van zorg.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

In de brief die we van de Minister afgelopen vrijdag hebben gehad, werden sommige dingen wel opgehelderd, maar ontbreekt compleet dat er ook wordt gekeken naar een stukje regionale verdeling. Natuurlijk is kwaliteit van zorg belangrijk, zoals de Minister zegt, maar je kan dat ook overhevelen van één naar twee en dingen ontwikkelen. Maar op het moment dat wordt gezegd dat het eigenlijk achter de laatste mem hangt of we nog wat in de regio kunnen doen, dan baart mij dat toch wel zorgen.

Minister Kuipers:

Ik begrijp de zorgen. Natuurlijk moeten we kijken naar de regionale impact en de landelijke verdeling. Dat komt bij de discussie die we net al hadden. Maar als eerste wil ik echt kwaliteit van zorg en op basis daarvan wil ik kijken naar de impact: wat betekent dit voor het totaal?

De voorzitter:

Een helder antwoord.

De heer Van Houwelingen (FVD):

De Minister heeft het terecht heel veel over de kwaliteit van zorg. Maar wat mij verbaast, is de enorme nadruk – die lijkt wel heilig verklaard te worden – op de volumenormen. Zorgkwaliteit is bijvoorbeeld sterftekans of heropname. Dat zijn objectieve outputindicatoren. Het aantal snijuren lijkt mij op zich geen kwaliteitsnorm. Daar komt nog bij dat we er nu steeds van uitgaan dat het aantal operaties de komende jaren gaat dalen. Maar daar is ook discussie over, want dat aantal zou ook nog weleens kunnen gaan stijgen. Het verbaast mij dus dat er zo veel nadruk wordt gelegd op die snijuren als kwaliteitsnorm. Kunt u niet inzien dat die modellen wellicht niet kloppen en dat misschien zelfs het aantal snijuren gehaald gaat worden omdat het aantal operaties meevalt? Ik snap echt niet dat u op basis van die twee indicatoren eigenlijk nu al besluit om te eindigen op twee centra. Waarom legt u zo'n grote nadruk op die twee criteria?

Minister Kuipers:

Om te beginnen: de volumina zijn al jarenlang vrijwel gelijk. Er is geen enkele reden om aan te nemen dat het in de komende jaren zal toenemen. Sterker zelfs, er is meer reden om aan te nemen dat het zal afnemen. Maar ze zijn al jaren gelijk. Ten aanzien van die volumina die er staan, gaf ik net al aan: hoe zeldzamer de ingreep, hoe lager de volumina. Maar vaak zijn deze ingrepen des te complexer. Het is dus heel contra-intuïtief en er is ook geen goede grond om aan te nemen dat een complexere procedure een lagere volumenorm heeft. Maar dat is de praktijk. Wat dat betreft wil ik aan die volumenorm van 60 niet tornen. Als het gaat over de verdere kwalificatie en de normen die er zijn, dan hebben we nu helaas voor deze groep maar weinig criteria. We hebben volume, we hebben expertise per dokter en we hebben sterftecijfers. En als je de professionals daarnaar vraagt in de centra, dan gaan ze zelfs over die sterftecijfers met elkaar in debat, ook al hebben ze een commissie. Ze kijken daar per individueel geval naar.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank aan de Minister. Maar stel even hypothetisch dat een van die kindercentra erin slaagt om, ondanks dat de volumenormen niet gehaald worden, heel goed werk te leveren, waar de patiënten tevreden zijn en de sterftekans laag is, dan is er toch geen reden om het centrum te sluiten, ook al worden die normen niet gehaald?

Minister Kuipers:

Om te beginnen is dat een hypothetische situatie: stel. Is er echt voldoende grond om aan te nemen, op basis van de rapporten van de afgelopen 30 jaar, dat «stel» gaat optreden? Als je concentreert, gaan de kwaliteit en expertise per dokter omhoog. Dat is iets wat we overigens kennen van heel veel verschillende vormen van zorg. Dat geldt niet alleen voor de arts, maar ook voor de verpleegkundige, voor de laborant, voor allerlei personen.

De voorzitter:

Nu doet het gekke zich voor dat mevrouw Agema in het begin al een vraag heeft gesteld. Die zou beantwoord worden, maar men blijft steeds interrumpen. Maar mevrouw Agema wordt echt niet vergeten.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Ik haak even in op mevrouw Arib, want dat vond ik mooi: het vertrouwen dat wij, en iedereen die meekijkt, moeten hebben. Ik wil even terug naar

dat vertrouwen, maar dan ook het vertrouwen van de professional die meekijkt en het vertrouwen van de patiënt en de patiëntenvereniging die meekijken, en de mensen die het zelf betreft die meekijken of hier aanwezig zijn. En ik wil even benadrukken dat juist de professionals, volgens mij evidencebased, steeds de normen aangeven. Ik vind dat we iedereen die meekijkt daarin moeten meenemen: de patiënt, de moeder, de vader. Die professionals hebben aangegeven dat na 30 jaar onderzoek en onderling overleg die normen er zijn. Hoe ziet de Minister dat? Voelt hij erin mee dat dat toch wel een heel belangrijk criterium is?

Minister Kuipers:

Dank voor de vraag, want dat is inderdaad precies het punt. Als een kind geboren wordt met een aangeboren hartafwijking en als bijvoorbeeld direct na de geboorte het kind niet mooi roze is, maar duidelijk is dat er iets is met zuurstof en de hartcirculatie, dan kom je als ouder in een ongelofelijke achtbaan. Ook al is het op dat moment voor dat kind nog niet duidelijk, later weet je als kind dat je levenslang hartpatiënt bent, in de meeste gevallen. In veel gevallen staat men, voor een optimale diagnostiek en behandeling, op zo'n moment direct voor een enorm dilemma. Je moet er dan op kunnen vertrouwen dat, waar je ook geboren wordt in Nederland, de beste zorg altijd voor jou klaarstaat. Daar volg ik dan de criteria van de beroepsvereniging voor.

Mevrouw Van den Hil (VVD):

Misschien nog heel even aanvullend. Dat vond ik namelijk een bijzonder stuk in het rapport-Bartelds, namelijk het gedeelte over planned delivery. Dat is een ingewikkeld woord voor bevallen als je al weet dat je kind een aangeboren hartafwijking heeft. Kan de Minister nog eens toelichten hoe vaak het dan toch nog onverwacht voorkomt? Is daar inzicht in? Ben je dan als moeder nog op tijd?

Minister Kuipers:

Het precieze getal daarvoor moet ik schuldig blijven, dus daar moet ik in tweede termijn op terugkomen. Dat weet ik zo niet uit mijn hoofd.

De voorzitter:

De laatste interruptie is voor mevrouw Pouw-Verweij. Dan gaan we naar de vragen.

Mevrouw Pouw-Verweij (JA21):

Ook naar aanleiding van de vraag van mevrouw Van den Berg over de regio en welke rol die krijgt in de besluitvorming, is er nog een ander praktisch punt waarvan ik me afvroeg in hoeverre dat meegenomen werd. Ik heb hiervoor in de provinciale staten van Utrecht gezeten en ben toen nauw betrokken geweest bij de verplaatsing en uitbreiding van het Ronald McDonald Huis bij het UMC. Dat was op z'n zachtst gezegd een drama, omdat de gemeente en de provincie het niet eens waren. Er was gedoe met de rode contour. Je had daar al een centrum met heel veel kinderpatiënten en er moest een groter centrum komen, maar dat mocht niet in het weiland, want dat was beschermd natuurgebied. Een lang verhaal, maar het punt is: toen ik hoorde dat dit centrum werd aangewezen, vroeg ik mij meteen af of zij daar wel de ruimte hebben. Kunnen zij praktisch gezien uitbreiden, of gaat de gemeente dan weer dwarsliggen omdat de Nieuwe Hollandse Waterlinie daar ligt? Worden dit soort praktische dingen ook meegenomen?

Minister Kuipers:

Absoluut. De vraag of de capaciteit er wel is, is een van de dingen die je in de impactanalyse moet meenemen. Daar horen dit soort zaken ook bij. Maar ik herken de discussie. Daar hoeven we verder niet bij stil te staan,

maar voor een ouder is dit gewoon heel relevant op het moment dat je daar bijvoorbeeld enige tijd moet verblijven. Ik neem aan dat de vraag van mevrouw Agema gaat over het Capaciteitsorgaan. Is dat juist? Ja. Het is inderdaad niet nieuw dat het aantal kinderhartchirurgen krap is. Die uitstroom was al heel lang te voorzien. We kunnen gewoon precies berekenen wanneer iemand met pensioen gaat, aangenomen dat dit gebeurt op het moment van de pensioenge-rechtigde leeftijd. Dus ik kan de vraag nu zo niet beantwoorden waarom er nu vijf mensen boven de 65 zijn en er toch vier fellows in opleiding zijn. Ik kan wel uitzoeken wat er in de afgelopen jaren gebeurd is. Wel kan ik aangeven – ik heb dat zonet al even benoemd – dat het lastig is om meer mensen op te leiden, omdat je ook voor de opleiding voldoende proce-dures moet doen. Als je uiteindelijk aanzienlijk meer mensen hebt opgeleid en je dat aantal van die twaalf chirurgen omhoog brengt naar vijftien of twintig, dan betekent dat bij gelijkblijvende volumina dat je per dokter minder procedures uitvoert. Dat gaat uiteindelijk weer ten koste van de kwaliteit.

Mevrouw **Agema** (PVV):

De vraag die ik zo ongeveer een uur geleden stelde, ging erover dat de Minister in zijn inleiding zelf eigenlijk de capaciteit erbij betrok. Hij zei zelf: we hebben nu elf, twaalf topspecialisten waarvan er vijf boven de 65 zijn; maakt u even de som. Dat zei de Minister tegen ons: maakt u even de som. Dat was eigenlijk onderdeel van zijn motivatie waarom er twee hartcentra moesten zijn. Toen stelde ik de vraag hoe dit kan, terwijl wij het Capaciteitsorgaan hebben, dat dit soort vraagstukken bij ons in Nederland uitdoktert, uitvogelt en plant. Je kunt in Nederland ook niet zomaar elk specialisme gaan studeren dat je wilt. Daar zit het Capaciteitsorgaan achter. Dat is allemaal heel beperkt. We hebben ook de numerus fixus. Het is dus allemaal heel afgepast. Maar nu dreigt het door de bodem te zakken. Ik zou dus graag meer informatie van de Minister willen. Hij kan hier ook in een brief later op terugkomen. Hoe heeft het zover kunnen komen dat een Minister hier in een debat zegt «maakt u even de som», omdat er zo weinig topspecialisten zijn dat dit mede de motivatie wordt voor twee hartcentra? Daar zit mijn vraag. Ik zou dit graag wel wat beter uitgediept willen hebben. De vraag is waarom het Capaciteitsorgaan niet aan de bel heeft getrokken. Wat is er gebeurd? Hebben ze dit sommetje niet gemaakt? Hebben ze het wel gemaakt, maar is dat sommetje aan de kant gelegd? Graag wat meer informatie. Dat mag ook via een brief. Het mag ook later. Maar aangezien de Minister dit zelf in zijn motivatie gebruikt, wil ik graag meer informatie krijgen.

Minister **Kuipers**:

Mevrouw Agema stipt eigenlijk twee dingen aan. Mijn punt van zonet over het maken van de som refereerde aan het aantal mensen in de vijf locaties waar zij ook moeten werken, terwijl voor veel interventies in ieder geval twee artsen tezamen de behandeling moeten uitvoeren. Dat was waarom ik even refereerde aan de som en wat dat dus ook betekent voor de noodzaak van beschikbaarheid, bijvoorbeeld op het moment dat een van hen op een locatie in deze periode op skivakantie is. Dat is iets wat we die mensen ook moeten gunnen. Dat is dus de situatie die er nu is. Waarom zitten er nu vijf mensen in deze leeftijdscategorie, waarvan één al 70-plus is, terwijl het moment van leeftijdsopbouw allang te voorzien was en er vier mensen in opleiding zijn? Die vraag moet ik echt laten uitzoeken. Ik weet niet wat er in de afgelopen jaren met individuele mensen gebeurd is.

De **voorzitter**:

U heeft nog een paar vragen. Wilt u die beantwoorden?

Minister Kuipers:

Er was nog een vraag over de Kinderombudsvrouw, die gezegd heeft dat de sluiting van Groningen in strijd is met de rechten van kinderen. De belangen van kinderen zijn absoluut meegenomen bij de besluitvorming, die immers gericht is op verbetering van de kwaliteit. Als het gaat om de respons van de Kinderombudsvrouw, wil ik daar graag een reactie naast leggen, namelijk een ingestuurde brief uit het Medisch Contact van een ouder die tegelijkertijd arts is. Ze gaf zeer nadrukkelijk aan dat ze zeer verbaasd was – ze gebruikte iets andere termen – over de stellingname van de Kinderombudsvrouw. Ze gaf aan dat het echt, ook vanuit haar perspectief als ouder én arts, verstandig was om wel degelijk interventies voor kinderen met een aangeboren hartafwijking te concentreren.

Er was nog een vraag over of het wenselijk en verstandig is om internationaal onderzoek te doen en internationale specialisten erbij te betrekken. Wat betreft de noodzaak en normen ten aanzien van concentratie en type interventies, et cetera, is dat al gedaan door input van de betrokken professionals vanuit alle centra. Wat ik nu vraag, is een impactanalyse van de Nederlandse Zorgautoriteit ten aanzien van de impact op de overall beschikbare capaciteit en de eventuele impact op andere vormen van zorg voor kinderen. Dat is niet iets waarbij ik een rol weggelegd zie voor internationale specialisten.

Dan was er nog een vraag van de heer Van Houwelingen. Bent u bereid om het mes van tafel te halen en het aan de beroepsgroep over te laten? Ik heb aangegeven dat de beroepsgroep er de afgelopen vele jaren niet uit gekomen is. Mijn verwachting is dat ze dat ook in de huidige situatie helaas niet voor elkaar zullen krijgen.

Kan de Minister binnen een jaar een plan maken voor alle laagvolume-, hoogcomplexe zorg die moet worden geconcentreerd, aangezien er een duidelijk kader moet zijn? Ik ga zeker een bredere analyse maken om te kijken hoe de concentratie van andere complexe, medisch-specialistische zorg eventueel zou moeten gebeuren. Dat is ook genoemd in het coalitieakkoord. Dat moet zorgvuldig gebeuren en dat neemt echt meer tijd in beslag dan een jaar. Ik zeg dus ja wat betreft de brede analyse, maar die heeft wel meer tijd nodig.

Over de zorgvuldigheid van het proces heb ik het al gehad. Dan is er nog een vraag over de kwaliteitsstandaard. Er is een kwaliteitsstandaard, maar de kwaliteitsregistratie bij de interventies is summier, zoals ik net al aangaf. De Nederlandse vereniging voor hartchirurgie registreert alleen de behandelvolumes en de sterftcijfers in het ziekenhuis. Er wordt bijvoorbeeld niet geregistreerd wat het aantal interventies per patiënt is, welke complicaties optreden, en wat – dat is ook relevant – patiëntgerapporteerde uitkomsten van zorg zijn. Dat zijn bij uitstek parameters waarvan u en ik allemaal delen, denk ik, dat die buitengewoon relevant zijn en dat we gewoon aan de beroepsvereniging en de centra moeten vragen om die aan te leveren. Het is op zich al bijzonder dat die er na zo veel jaar niet zijn. Als het nou om heel grote aantallen patiënten ging, zou je je daar nog iets bij kunnen voorstellen, maar gezien de complexiteit, het belang en het kleine volume, zou je echt verwachten dat we die allang gehad zouden hebben.

Mevrouw Bikker (ChristenUnie):

Heel kort. Ik deel dit en ik zag dit zelfs al bij de commissie-Lie staan, dus dit is al jaren bekend. Wat kan er nou aan gebeuren, zodat het ook voor elkaar komt?

Minister Kuipers:

Ja, dat deel ik, en ik denk dat het bij de vergunningverlening ook echt een voorwaarde moet zijn dat er verdere kwaliteitsregistratie komt.

Tot slot werd er gevraagd of er ook een kinderhartchirurgiecentrum in Maastricht moet komen en of we moeten samenwerken met België en

Duitsland. Het vraagstuk dat voorligt, gaat over de noodzaak van de concentratie van de interventies. Uitbreiding met een extra centrum in Maastricht lost dat niet op. Samenwerking met de centra in Duitsland vindt in de huidige situatie al plaats. Het Maastricht UMC+ verwijst patiënten voor operaties bijvoorbeeld door naar het interventiecentrum in Aken, maar dat doet verder niks af aan de knelpunten die we op dit moment al hebben.

Voorzitter. Ik heb een aantal vragen gedubbeld. Ik ben aan het einde van de vragen gekomen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik had ook nog gevraagd naar de schijn van een dubbele agenda, die afgelopen maandag eigenlijk al door mevrouw Kaljouw naar voren kwam. Zij wees ons op passende zorg, zinnige zorg en de juiste zorg op de juiste plek. Daar is toch wel weer een bezuinigingsoperatie mee gemoeid van 1,5 miljard euro. Wat ik van de Minister vraag, is om die schijn op te lichten en in de richting van ons duidelijk te maken dat de keuzes die gemaakt gaan worden absoluut uitsluitend en alleen gebaseerd zijn op kwaliteit, en niet op bezuinigingsbedragen die voor 2021 tot 2025 staan ingeboekt.

Minister **Kuipers**:

Dit gaat niet om financiering en dus ook niet om bezuinigingen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Oké, want mevrouw Kaljouw heeft ons hier wel duidelijk gemaakt dat het wel gaat om passende zorg, zinnige zorg en de juiste zorg op de juiste plek, en dat dat wel de beweging is die hier in gang is gezet.

Minister **Kuipers**:

Dan herhaal ik het: dit gaat niet om financiering, dus heeft dit ook niet de doelstelling van een bezuiniging.

De **voorzitter**:

Helder. Tot slot mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik mis – maar misschien heb ik me vergist – nog een antwoord op mijn vraag. Ik had gevraagd om specifiek te weten hoe de overdracht van de centra onderling vorm krijgt en hoe andere partijen, zoals huisartsen en familie, daarbij betrokken worden. We hebben nu natuurlijk het voorbeeld van Nijmegen en Rotterdam in shared care, maar hoe gaat dat in de toekomst vormgegeven worden?

Minister **Kuipers**:

Zoals inderdaad al besproken, gaf ik een voorbeeld in vergelijking met de kinderoncologie, wat natuurlijk een totaal ander veld is, maar daar gaat het ook om complexe kindergeneeskundige zorg voor een klein aantal kinderen. Mijn inzet zal zijn om – dat zal ook mijn opdracht zijn bij de vergunningsverstrekking – centra gezamenlijk een netwerk te laten bouwen en te zorgen voor de shared care en voor de continuïteit van zorg. Zoals al aangegeven, is dit voor de meeste patiënten echt levensloopgeneeskunde. Dat betekent dat er echt een goed continuüm moet zijn, waarbij de meeste zorg zo dicht mogelijk bij huis geleverd kan worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen we aan het einde van de eerste termijn van de zijde van het kabinet. Ik kijk naar de Kamer of er behoefte is aan een tweede termijn. Jazeker. Dan is de spreektijd vastgesteld op één minuut

per fractie. Toe maar. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Paulusma namens D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Ik ga heel snel praten, dus excuses voor de mensen thuis. Er waren nog twee onbeantwoorde vragen over de rol van patiënten in het huidige proces, maar ook op de lange termijn, en over het belang van Europese samenwerking, ook als het gaat om hoogcomplexere zorg. Wat mij betreft kan de Minister daar ook in een brief of op een andere manier op terugkomen. Ook heb ik in mijn betoog veel nadruk gelegd op de balans tussen concentratie en regionale spreiding. Ik zou graag een tweeminutendebat willen om een motie in te kunnen dienen op dat onderwerp.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Mevrouw Van den Berg namens het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik ben in ieder geval blij dat er een tweeminutendebat wordt aangevraagd door mijn collega, want daar heb ik ook zeker behoefte aan, zeker gezien het antwoord van de Minister op ons verzoek of de regio als criterium ook voor de besluitvorming wordt meegenomen. Ten tweede heb ik de Minister nog weinig gehoord over onze vraag hoe er samengewerkt gaat worden. Mevrouw Van den Hil vroeg daar net ook naar. Als je echt aan goede informatie- en gegevensuitwisseling en goede samenwerking wil doen, dan moet er volgens mij in de cultuur nog het nodige aangepast worden. Ik zie uit naar hoe de Minister voor de lange termijn met een concept komt over hoe de besluitvorming ten aanzien van concentratie op andere terreinen gaat plaatsvinden.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Van der Staaij namens de SGP.

De heer **Van der Staaij** (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de Minister ook graag bedanken voor zijn beantwoording. Hij laat zien dat je voor een deskundige beantwoording als Minister nog niet per se een heel hoog volumeaantal hoeft te maken in het contact met de Kamer.

Voorzitter. Het tweeminutendebat is al aangevraagd. Ik vond dat we een goed debat hadden en denk dat het goed is dat we nog even scherp hebben wat er nu wel en niet onderzocht gaat worden in de komende tijd. Ik denk dat dit ons allemaal verder helpt om te bepalen op welke punten nog moties ingediend worden. De SGP heeft met name de vraag of we nog goed de gegevens verifiëren waar nu discussie over is. Bij Leiden speelde de vraag of je nu wel of niet die levensloopbestendige zorg kunt bieden. De Minister zegt in de brief dat dit nadere deskundige verificatie behoeft. Het gaat om dat soort punten, dus dat data waar nog onduidelijkheid of discussie over is, deskundig geverifieerd wordt.

Het tweede waar mijn fractie aan hecht – dat kwam net al naar voren – is dat we de openheid erin houden om te bekijken wat de voordelen van twee of drie locaties zijn, en dat dit niet op voorhand wordt uitgesloten. Tot slot. De Minister zei net over buitenlandse betrokkenheid: daar hebben we eigenlijk geen behoefte aan. Mijn vraag is echter of hij daar nog nader op wil ingaan. Wij horen namelijk best wel breed dat mensen zeggen: dit is een internationale wereld; het kan juist ook helpen om de nuchtere blik van buiten hierbij te betrekken.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Meneer Hijink namens de Socialistische Partij.

De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik dank de Minister voor zijn antwoorden. Ik sluit me aan bij de woorden van de heer Van der Staaij dat het goed zou zijn om wel van buitenaf, dus ook vanuit het buitenland, expertise aan te laten rukken om toch nog heel objectief te kunnen bekijken wat nu precies het meest verstandige besluit is als het gaat om het wel of niet concentreren van zorg. Ik sluit mij ook bij hem aan als het gaat over wat nu precies de uitkomst gaat worden als we straks die impactanalyse hebben gehad. We moeten daar niet op vooruitlopen. Dat zou geen recht doen aan het onderzoek dat gedaan zal worden. Het zou ook geen recht doen aan iedereen die nu werkt in de verschillende betrokken ziekenhuizen of er afhankelijk is van zorg als toch de schijn ontstaat dat de keuze al gemaakt is, nog voordat dit onderzoek door de NZa gedaan is. Misschien kan de Minister dus nog een keer bevestigen dat we dat niet moeten doen. Tot slot. Mij wordt aangereikt dat in Canada negen centra zouden zijn waar hartchirurgie voor kinderen wordt uitgevoerd. Het is toch net lullig als dat als voorbeeld wordt gebruikt en de cijfers anders zouden liggen. Misschien kan de Minister daar nog even op reageren. Als daar inderdaad negen centra zouden zijn, met een bevolking die iets meer dan twee keer zo groot is, dan zou je toch weer tot andere aantallen centra voor Nederland komen. Misschien kan de Minister daar dus nog wat over zeggen.

Dank, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u. Mevrouw Arib namens de Partij van de Arbeid.

Mevrouw Arib (PvdA):

Dank u wel. Ook dank aan de Minister voor zijn beantwoording en dat hij ons ook een beetje meeneemt in zijn gedachtesgangen over hoe concentratie eruit zou kunnen zien, en waarom je dat zou doen, ook op basis van zijn ervaringen. Ik vind het interessant om daar iets van mee te krijgen. Ik sluit me aan bij de opmerkingen van de heer Van der Staaij en collega Hijink over buitenlandse expertise. Dat had ik ook in mijn eerste inbreng opgemerkt. Hetzelfde geldt voor de impactanalyse met een open vizier uitvoeren, dus niet van tevoren sturen op twee centra en ook niet op andere uitkomsten. Laten we dus het goede voorbeeld geven in dat gesprek met het veld, zeker met de twee centra, Groningen en het LUMC/AMC, vooral die twee. Het gaat erom dat ze gehoord worden. Ze moeten betrokken zijn bij het onderzoek, maar ik denk dat het ook voor de samenwerking cruciaal is dat ze hun ervaringen en hun werkwijze, waar ze nu trots op zijn, kunnen meegeven. Want welke uitkomst er ook zou zijn, uiteindelijk moeten ze verder met elkaar. Ze moeten samenwerken in het belang van goede zorg voor kinderen en hun ouders. Daarbij zou ik ook de Minister nogmaals willen verzoeken om in een belangrijke bemiddelende rol – niet als coach of wat dan ook – die partijen bij elkaar te brengen. Het gaat er natuurlijk ook om dat ze vertrouwen hebben in de impactanalyse. Anders ben ik bang dat we hier over een paar weken of misschien maanden hier weer zitten om dezelfde discussie met elkaar te voeren. Verder zal ik mijn afweging maken als collega's moties hierover indienen. Misschien doen wij dat ook.

Dank u wel.

De voorzitter:

U ook dank u wel. Mevrouw Bikker namens de ChristenUnie.

Mevrouw **Bikker** (ChristenUnie):

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de Minister voor de uitgebreide beantwoording en aan alle collega's voor het inhoudsvolle debat dat we hier hadden. Dat vind ik ook prettig om te zeggen, na weken van allerlei typen debatten.

Voorzitter. Maar er zijn nog wel een aantal zorgen, denk ik. Dat is ook logisch, want die brede impactanalyse moet nog volgen. Ik dank de Minister voor de toezegging om dat te verbreden. Tegelijkertijd houd ik wel zorgen over de regio. Ik ben in die zin blij dat collega Paulusma een tweeminutendebat heeft aangevraagd. Ik zou de Minister ook echt op het hart willen binden wat de heer Van der Staaij al benoemde, namelijk dat we de cijfers waar nog ruis over is, geverifieerd hebben voordat er een definitieve knoop doorgehakt wordt, omdat je daar anders nog heel lang in het proces tegen aan blijft lopen.

Voorzitter. Dat sluit aan bij mijn vervolgvraag. Als die brede impactanalyse er is, wat zijn dan de vervolgstappen? Dat heb ik namelijk nog niet scherp. Op welk moment informeert de Minister de Kamer? Hoe ziet hij dat verder voor zich? Ik hoop namelijk niet dat we een herhaling krijgen van wat we vlak voor de kerst hebben meegemaakt. Dat wil volgens mij niemand hier. Ik mag hopen dat we dan ook echt tot een einde van de discussie komen of in ieder geval een helder proces hebben.

Voorzitter, ik sluit af met mijn laatste punt, waar ik ook mijn eerste termijn mee begon. Uiteindelijk draait het om de patiëntjes en om goede zorg voor hen en voor hun ouders. Ik hoop ook echt dat we bij de impactanalyse erin voorzien dat voor hen de zorg toegankelijk, bereikbaar en van goede kwaliteit is, waar dan ook, maar ook met een Ronald McDonald Huis. Want uiteindelijk zijn al deze professionals juist hiervoor soms wel twintig jaar in opleiding. Laten we daar met z'n allen aan blijven bijdragen.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Agema, namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik dank de Minister voor zijn inhoudelijk sterke beantwoording, waarin ook duidelijk zijn expertise en vroegere leven naar voren komen. Het gekke is dat het debat daardoor ook veel vlotter lijkt te lopen. De kanttekening die ik wel daarbij wil plaatsen, is dat het lijkt alsof deze casus voor de Minister al uitgekristalliseerd is. Daar heb ik wel moeite mee, want uit de impactanalyse komt naar voren dat drie centra open echt een optie is als het gaat om de kwaliteit van zorg en de praktische kant van de zaken. Dat is nog even mijn zorg.

Ik dank de Minister voor zijn toezegging over het Capaciteitsorgaan. Ik vind dat toch een wat vreemd gebeuren. Wij hebben dat in dit land uitbesteed aan een organisatie, omdat we een héél smal, héél strak afgepast aantal specialisten hebben. Jongetjes en meisjes die nu kijken, kunnen niet zeggen: ik ga later kinderhartchirurg worden in Nederland. Daar gaat een andere organisatie eigenlijk gewoon over. Dat die er dan zo naast blijkt te zitten ... Wat is er nu precies aan de hand dat dit zo misloopt? Als er echt vijf binnen vijf jaar met pensioen gaan, dan heb je er nog zeven of zo. En eentje is nog langdurig ziek. Ik hoor naast mij iemand zeggen dat er nog vier in opleiding zijn, maar ik heb ook gelezen dat die opleiding tien jaar extra duurt. Dan zouden die andere specialisten inmiddels 75 zijn. Ik denk dat dat toch wel een probleem is. Wij hebben dat uitbesteed aan dat Capaciteitsorgaan. Het is dus fijn dat hij met een brief komt en dat hij gaat uitpluizen wat er precies aan de hand is.

De voorzitter:

Dank u wel. Het woord is aan mevrouw Van den Hil, namens de VVD.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Allereerst wil ik de Minister bedanken voor zijn uitgebreide beantwoording. Daarnaast wil ik natuurlijk de ondersteuning van de Minister bedanken. Dat hij hier zo naar voren komt, zegt ook wel iets over zijn ondersteuning, denk ik. Dat wil ik dus wel even gezegd hebben. Daarnaast denk ik dat we een goed inhoudelijk debat gevoerd hebben. Dat doet mij altijd deugd als professional.

Ik heb nog wel één vraag, die volgens mij nog voorlag. Misschien heb ik het antwoord gemist. De vraag was of het onderzoeksvoorstel van de impactanalyse vooraf gedeeld wordt met de Kamer. Dat wil ik nog even gezegd hebben.

Ik eindig ermee, zoals de collega's ook zeggen, dat ik er nog steeds alle vertrouwen in heb dat de professionals ook in deze moeilijke periode hun werk echt met hart en ziel, vol overgave, blijven doen. Als er een kindje binnenkomt, dan doen zij hun werk met hart en ziel, welke chirurg het ook is en in welk huis ze ook werken. Dat is mijn ervaring echt. Het is misschien ook een kleine geruststelling voor de mensen die meekijken, vooral voor de ouders, dat dat gewoon gaat gebeuren. Daar heb ik namelijk echt wel alle vertrouwen in.

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

U ook bedankt. Het woord is aan meneer Van Houwelingen, namens Forum voor Democratie.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank u, voorzitter. Ook dank aan de Minister voor de beantwoording van de vragen. Het zal duidelijk zijn: wat ons betreft is er geen noodzaak om een van de kindercentra te sluiten. We zijn heel trots en blij dat we vier van die goede kindercentra hebben. De kwaliteit is op dit moment op orde. Iedereen erkent dat. We zijn blij met het tweeminutendebat dat is aangevraagd. We zullen in ieder geval één motie indienen om – dat heb ik al een paar keer gezegd – dat mes van tafel te halen. Dat stoort ons hier vooral erg.

Dank u.

De **voorzitter**:

U ook bedankt. Het woord is aan mevrouw Pouw-Verweij, namens JA21.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):

Dank u wel, voorzitter. Ook ik wil graag de Minister en de collega's bedanken voor de fijne en veelal inhoudelijke discussie. Ik denk dat als we in dit tempo en met deze toon doorgaan, we er, wie weet, binnen 30 jaar uitkomen met elkaar. Dat zou een hele vooruitgang zijn.

Dan nog even inhoudelijk. Ik sluit me graag aan bij de eerdere partijen; ook wij willen graag de opties van zowel twee als drie locaties verkend hebben. We willen dus ook die optie van drie locaties nadrukkelijk openhouden. Ik ben blij dat het voorbeeld van het Radboud meegenomen wordt, dat we dat ook verkennen. Wij denken dat het juist belangrijk is dat we niet alleen maar naar die alles-of-nietsopties kijken, omdat dat een stuk scherpere en emotie uit de discussie kan halen.

Wellicht heb ik het gemist, maar ik vroeg me af of er al een duidelijk tijdspad ligt voor hoe het vanaf dit moment gaat lopen, dus wanneer verwacht wordt dat de impactanalyse klaar zal zijn, wanneer wij daarover geïnformeerd worden, et cetera. Dat vraag ik juist omdat die emoties zo groot zijn. Ik denk dat veel ouders willen weten waar ze aan toe zijn. Het is wellicht dus goed om daar op tijd duidelijkheid over te geven.

Dank u wel.

De voorzitter:

U ook bedankt. Dan gaan we naar de tweede termijn van het kabinet. De excellentie heeft aangegeven direct te kunnen antwoorden. In verband met de tijd komt dat mooi uit, zeg ik even streng. Het woord is aan u.

Minister Kuipers:

Nu legt u de druk wel heel hoog, want ik geloof dat we nog maar twee of drie minuten hebben. Ik zal mijn best doen.

De voorzitter:

Misschien kunt u net zo vlug praten als mevrouw Paulusma.

Minister Kuipers:

Allereerst dank van mijn kant voor de discussie. Die was buitengewoon prettig. Ik denk dat wij ons allemaal realiseren wat de impact van zo iets is. Daarom stond ik bewust stil bij het feit dat ik het echt te prijzen vind dat ouderverenigingen, professionals en patiëntenverenigingen separaat van elkaar met rapportages gekomen zijn waarin ze hun visie hebben gegeven op de conclusies, die implicaties hebben en mensen direct raken. Dat hebben ze gedaan vanuit het perspectief: de beste zorg leveren aan kinderen, ook in de toekomst.

Ik ga de vragen langs. Om te beginnen was er een vraag over het belang van Europese samenwerking. Dat deel ik helemaal. Het is belangrijk om te onderstrepen dat er samengewerkt wordt in een Europees reference network voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen. Dat gaat over rare diseases, maar daarmee ook hierover.

Mevrouw Van den Berg vroeg hoe de samenwerking gaat. Ik ben ervan overtuigd dat er na de concentratie van interventies, als dat gebeurt, één landelijk samenwerkingsverband moet komen. Daarin moet uiteraard samengewerkt worden aan kwaliteitscriteria, maar daarin kunnen ook patiëntenbesprekingen, complicatiebesprekingen en besprekingen van patiënten die overleden zijn et cetera plaatsvinden. Dan leer je gezamenlijk van elkaar, verbeter je de kwaliteit en doe je gezamenlijk onderzoek. Dat past ook bij het Europese samenwerkingsverband. We weten dat je voor dit soort hele specifieke groepen vaak hele grote samenwerkingsverbanden nodig hebt. Er zijn talloze voorbeelden waarbij dat goed lukt.

De heer Van der Staaij zei: maak scherp wat wel en niet onderzocht wordt en informeer de Tweede Kamer over de opdracht. Ik wil u graag een afschrift geven van de brief over die opdracht. Ik heb een aantal punten al benoemd, dus ik zal niet te lang in herhaling treden. Ik heb het gehad over de impact en de beschikbare capaciteit. Mevrouw Pouw-Verweij vroeg naar faciliteiten die je misschien niet direct meeneemt, zoals een kinder-ic, een kinder-ok en een verblijf voor de ouders.

De heer Hijink en de heer Van der Staaij vroegen naar buitenlandse expertise. Ik kijk daar net wat anders tegen aan. De inhoudelijke expertise is mede gebaseerd op de input van alle buitenlandse literatuur. Ik weet dat chirurgen en cardiologen zeer nauwe internationale verbanden hebben. Het is immers een kleine beroepsgroep. Je kent elkaar overal. Er is veel geschreven over de kwaliteit van zorg en de criteria. We hebben daar een uitwerking van, onder andere in het rapport-Bartelds. U kent dit soort tabellen. Er is een hele lange lijst met allerlei criteria. Wat betekent dit en in hoeverre kun je daaraan voldoen? Er staan plusjes en minnetjes bij de verschillende scenario's, als je naar vier, drie of twee centra gaat. Eén oudervereniging ging op sommige punten nog een stap verder en overwoog zelfs concentratie op één plek. Die criteria hebben we, maar die zijn niet hard, in de zin van: overal staat een exact getal bij. Er staan plussen, minnen en een weegfactor bij.

Wat er nu moet gebeuren, is een analyse van de Nederlandse Zorgautoriteit. Die zijn daar uitstekend voor gekwalificeerd. Zij zullen kijken hoe het zit met de beschikbare capaciteit, het personeel en het opleiden van personeel. Ik refereer daarbij aan de vraag van mevrouw Agema. We hebben het ook gehad over het opleiden van verpleegkundig personeel en over de bereidheid om mee te gaan als een interventie wordt verplaatst naar een andere locatie. Tot slot hoort daar ook de geografie bij, waar mevrouw Van den Berg naar vroeg. De Nederlandse Zorgautoriteit is op dat punt bij uitstek geoutilleerd. Uiteindelijk krijgen we een impactanalyse van de verschillende centra, van de vraag wat het zou betekenen als het verdwijnt uit een individueel centrum. Daarnaast krijgen we een tabel met alle criteria vanuit de beroepsgroep en met vergelijkbare input vanuit de ouderverenigingen over de impact van de keuze om naar verschillende aantallen centra te gaan. Die twee moeten we bij elkaar brengen, maar dat zal in samenspraak met u zijn. Als daar resterende vragen over zijn, kunnen we daar op dat moment altijd nog een reflectie op vragen, ook internationaal.

Dat sluit ook aan bij de vraag van mevrouw Arib. Ik zei dat dit een vraag was van de heer Hijink en de heer Van der Staaij, maar zij had dit ook gevraagd.

Mevrouw Bikker sprak over de zorg voor het belang van de regio. Zij vroeg om opheldering en verificatie van de cijfers. Dat gaan we zeker doen. Wat volgt er na de analyse? Er komt eerst een analyse en daarna een gesprek met de betrokkenen. We hopen vervolgens op een gedragen besluitvorming, waarbij die twee bij elkaar komen. Dat gaf ik net al aan. Uiteraard vindt daar ook een gesprek met u over plaats.

Mevrouw Agema sprak over het Capaciteitsorgaan. Ja, dat is terecht. Ik kom daarop terug. Ik moet dat gewoon echt uitzoeken. Wij moeten kijken naar de afgelopen jaren. Ik weet dat niet. Ik weet wat de instroom is en dat die zeer beperkt is, maar ik weet niet wat er in de loop van de jaren gebeurd is.

Een groot deel van de vragen van mevrouw Van den Hil heb ik al beantwoord. Er was nog een vraag over gepland en ongepland. Ik krijg het antwoord ondertussen door: 90% is gepland en 10% is ongepland. Mevrouw Pouw-Verweij vroeg of ik de optie van twee of drie locaties wil bespreken en of ik ook de vergelijking wil maken met het Radboudvoorbeeld. Daar ben ik het helemaal mee eens. Bij de twee of drie hebben wij net al in een discussietje stilgestaan. Over het tijdpad kan ik het volgende zeggen. De Nederlandse Zorgautoriteit zal naar verwachting zes tot zeven maanden nodig hebben voor deze analyse. Natuurlijk sturen we erop dat het sneller kan en wij vragen daar ook om. Want hoe sneller het kan, hoe beter het is, maar het moet natuurlijk wel zorgvuldig, want anders blijven we daarna weer met allerlei vragen zitten. Ik wil ze die tijd in dit geval dus ook wel geven.

Dank u wel, voorzitter.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Er is één ding blijven liggen. Ik vroeg naar het patiëntenperspectief. U kunt dat wat mij betreft ook meenemen in de brief over de planning van wat er allemaal gaat gebeuren. Maar daar heb ik dan graag een toezegging op.

Minister **Kuipers**:

Dat nemen we uiteraard mee in iedere fase van het traject.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan komen wij, met dank aan de Minister voor de beantwoording, aan het einde van dit debat. Er zijn een aantal toezeggingen.

- De Minister zal de eventuele correspondentie, als die er tenminste is, met de lobbyisten aan de Kamer sturen.

Dat is een toezegging aan mevrouw Van der Plas.

- De Minister zal de NZa vragen om in de impactanalyse tevens de gevolgen voor de andere centra mee te nemen.

Dat is een toezegging aan de commissie. Daar is uitdrukkelijk om gevraagd.

- De Minister zal de voorgeschiedenis met betrekking tot het capaciteitsonderzoek op dit dossier laten onderzoeken en de Kamer informeren.

Dat is een toezegging aan mevrouw Agema.

- Een afschrift van de opdracht over de impactanalyse zal ook naar de Kamer gestuurd worden.

Daar is in ieder geval van meerdere kanten om gevraagd.

Er is een tweeminutendebat aangevraagd. Dat wordt nog vóór het krokusreces gepland, dus volgende week. Met deze mededeling sluit ik deze vergadering onder dankzegging aan iedereen voor de belangstelling. Dank u wel.

Sluiting 15.05 uur.