

Vergaderjaar 2022–2023

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 789

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 21 juni 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 13 april 2023 over het definitieve besluit concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen (Kamerstuk 31 765, nr. 772).

De vragen en opmerkingen zijn op 16 mei 2023 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 20 juni 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie danken de Minister voor zijn brief met daarin zijn definitieve besluit ten aanzien van de concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Zij danken de Minister voor zijn brief en steunen het besluit van de Minister. Deze leden zien dit definitieve besluit niet als einde van een proces, maar juist als het begin van een volgend proces en hebben hierover nog een enkele vraag. Eerder heeft de Minister aangegeven de brief met daarin zijn visie op alle (hoog complexe) zorg die ten behoeve van kwaliteitsverbetering geconcentreerd moet worden rond de zomer naar de Kamer zal sturen. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd naar de stand van zaken omtrent deze brief. Loopt de Minister op schema of verwacht hij vertraging? Welke lessen uit het proces rondom de concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen neemt de Minister mee in deze visie?

Genoemde leden lezen dat binnenkort een begeleidingscommissie tot stand zal worden gebracht, ten behoeve van de transitieperiode en het vormgeven van de transitie. Zal deze begeleidingscommissie ook betrokken patiënten en aanpalend zorgveld betrekken bij de begeleiding?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie kennisgenomen van het besluit van de Minister over de concentratie van de concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Deze leden hechten veel waarde aan de beste zorg voor deze patiënten en snappen goed dat het vaak doen van een interventie of ingreep effect heeft op de kwaliteit van zorg. Deze leden kunnen zich dan ook vinden in het besluit van de Minister. Zij onderschrijven wel dat het belangrijk is om snel met een bredere visie te komen op de inrichting van het zorglandschap en roepen de Minister op om hier ook snel duidelijkheid over te geven. Ook vragen deze leden de Minister om bij het nemen van vervolgstappen goed op te trekken met zorgprofessionals en patiënten, zodat zij ook goed betrokken worden bij de uitwerking van het besluit.

Genoemde leden zien daarnaast dat goede gegevensuitwisseling, zowel primair als secundair, van groot belang is voor goede zorg. Zij willen daarom nogmaals het belang onderstrepen dat er naast uitwisseling van expertise en patiëntgegevens, ook ingezet wordt op het uitwisselen van onderzoeksdata, omdat dit bijdraagt aan goede zorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van het definitieve besluit van de Minister over de concentratie van kinderhartinterventiecentra. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen. Zij begrijpen uit de woorden van de Minister dat hij het veld verwijt al dertig jaar te treuzelen met het nemen van een beslissing over de concentratie van de kinderhartinterventiecentra en dat dit zijn beslissing rechtvaardigt om nu de knoop door te hakken. Deze leden willen de Minister erop wijzen dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dan ook dertig jaar de tijd heeft gehad om heldere criteria op te stellen en te werken aan een open en transparant proces. Genoemde leden constateren dat dit niet is gebeurd.

De betrokken universitair medische centra (UMC's) daarentegen hebben intussen wel degelijk werk gemaakt van de concentratie, in de jaren negentig waren er nog zeven kinderhartinterventiecentra en nu nog vier. Genoemde leden zijn dan ook van mening dat niet de UMC's maar de Minister er een rommeltje van heeft gemaakt. Wil de Minister dit tenminste toegeven? Kan de Minister nog eens uitleggen wat precies de perceptie is van het dogma «al 30 jaar wordt de beslissing uitgesteld om»? Onderdeel van die perceptie is het verlagen van het sterftecijfer dat toen met de concentratie van kinderhartinterventies in Zweden werd bereikt. Kan de Minister in een tabel aangeven wat het sterftecijfer van kinderhartinterventies in Zweden en Nederland toen was en wat die in Nederland en Zweden nu is? Een ander deel van dat dogma van dertig jaar is dat er moet worden gecentraliseerd. Waarom is bij het centraliseren van zeven naar vier kinderhartinterventiecentra dat dogma niet ingelost en bij zeven naar twee wel?

De leden van de PVV-fractie constateren dat de beslissing van de Minister in feite is gebaseerd op de criteria «grootste» en «regionale spreiding». Welke cijfers worden hierbij gehanteerd? Op basis waarvan is het Erasmus MC het «grootste» kinderhartinterventiecentrum? Zijn de criteria «grootste» en «regionale spreiding» leidend voor verdere concentraties in de zorgsector?

Deze leden betwijfelen of deze concentratie de kwaliteit van de kinderhart-interventiezorg ten goede komt. De toegankelijkheid staat in ieder geval onder druk. De aangekondigde juridische stappen van de UMC's in Leiden en Utrecht zullen ook niet bevorderlijk zijn voor de samenwerking, aldus deze leden. Had de Minister de gang naar de rechter niet kunnen voorkomen? Is het feit dat zorgpartijen naar de rechter stappen geen teken van falend beleid? Zorgaanbieders hebben immers wel wat anders te doen dan zich bezig te houden met tijdrovende rechtszaken. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen over de noodzakelijke aanpassingen en verbouwingen die in Groningen en Rotterdam nog moeten plaatsvinden om de toeloop van patiënten aan te kunnen. Wat als dit niet binnen tweeënhalf jaar gerealiseerd kan worden en de afbouw van de centra in Leiden en Utrecht al voltooid is? Hoe wordt geborgd dat de wachttijden voor patiënten niet gaan oplopen? Deze leden zien in dat de concentratie van kinderhartinterventies naar Groningen en Rotterdam vooral een grote aantrekkingskracht op het Erasmus MC zal hebben. De Minister schrijft dat mitigerende maatregelen nodig zijn om het aantal interventies in Groningen op het minimumaantal te krijgen. Wat zijn dat voor mitigerende maatregelen? Graag ontvangen deze leden een uitputtende lijst en een plan van aanpak hoe dat te realiseren is. Wat gaat de Minister doen om te voorkomen dat het UMC Groningen de minimum-aantallen niet haalt en alsnog omvalt, waardoor het Erasmus MC het enige kinderhartinterventiecentrum van Nederland wordt met alle kwetsbaarheden van dien? Welke kwetsbaarheden ontstaan er – naast bijvoorbeeld een uitbraak van meticillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) waardoor operaties niet door kunnen gaan – als maar een kinderhartinterventiecentrum overblijft in Nederland?

Met het niet bekend zijn met welke mitigerende overgangsmaatregelen wordt gerekend, ontstaat een onwerkbaar situatie. Wanneer maakt de Minister de mitigerende maatregelen bekend? Het Prinses Máxima Centrum (PMC) heeft daarbij aangegeven dat de zorg voor hun patiënten niet met mitigerende maatregelen is op te lossen. Wat is de reactie van de Minister daarop? Gaarne ontvangen genoemde leden een uitleg met details. Deze leden willen de Minister er nogmaals op wijzen dat ook de

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met de aanbeveling kwam om eerst het academisch zorglandschap in kaart te brengen voordat concentratiebeslissingen worden genomen. Waarom heeft de Minister deze aanbeveling naast zich neergelegd? Nu de Minister deze aanbeveling naast zich neerlegt, krijgen genoemde leden het gevoel dat de hele NZa-analyse slechts een zoethoudertje was richting de Kamer. Zij roepen de Minister daarom nogmaals op om te stoppen met de concentratie van de kinderkhartinterventiecentra, om deze hoog-specialistische zorg uit de marktwerking te halen en middels een bekostigingsbijdrage te financieren zodat er niet meer vier concurrerende bedrijven zijn maar vier locaties die samen de kinderkhartinterventies doen, en daarna met een visie te komen op het academisch zorglandschap en hierover met de Kamer in debat te gaan en te stoppen met te handelen als een olifant in een porseleinkast.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het definitief besluit over concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Deze leden hadden bij voorkeur gezien dat de betrokken instellingen en professionals zelf met een voorstel waren gekomen waar deze zorg geconcentreerd zou moeten worden. Beter nog zouden UMC's met een totaalplan moeten komen voor een goede verdeling van alle hoog complexe, laagvolume specialistische zorg over heel Nederland. Nu deze bestuurders en zorgprofessionals echter al jarenlang deze verantwoordelijkheid niet op zich hebben genomen, steunen de leden van de CDA-fractie de keus van de Minister om zelf hierover een knoop door te hakken. Deze leden steunen ook de keuze om te concentreren in Rotterdam en Groningen. Zij hebben wel nog enkele vragen bij de brief van de Minister.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke termijn de Kamer geïnformeerd kan worden over een gedegen transitieplan, waar mitigerende maatregelen een onderdeel van zijn.

De Minister schrijft dat voor de gevolgen voor de zorg in het PMC mitigerende maatregelen kunnen worden ingezet, wanneer in het UMC Utrecht geen interventies meer plaatsvinden. In de impactanalyse van de NZa staat hierover dat voor de inzet van de kinderkhartinterventiecardioloog goede afspraken nodig zijn tussen een interventielocatie en het PMC om de benodigde zorg te leveren in het PMC. Daarnaast is volgens de NZa aanvullend beleid bij concentratie van congenitale hartzorg noodzakelijk. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister deze twee zaken bedoelt met de benodigde mitigerende maatregelen die nodig zijn voor het PMC, of dat ook andere maatregelen nodig zijn. Deze leden vragen op welke wijze ingezet wordt om deze maatregelen op tijd te kunnen nemen. De Minister geeft aan dat de gevolgen van het voorgenomen besluit groot kunnen zijn voor het kindziekenhuis en de Pediatrie Intensive Care Unit (PICU) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), maar dat volgens de impactanalyse van de NZa op dit punt mitigerende maatregelen mogelijk zijn. Genoemde leden vragen de Minister om aan te geven welke mitigerende maatregelen dat zijn, en op welke termijn deze maatregelen genomen kunnen worden.

De Minister zal zelf een adviescommissie van onafhankelijke en gezaghebbende deskundigen instellen die de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gaat ondersteunen en adviseren bij de herinrichting van het academisch zorglandschap. De leden van de CDA-fractie vragen of de taakopdracht van deze adviescommissie alleen de transitieperiode van tweeënhalf jaar in het kader van de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen betreft, of dat ook breder

geadviseerd wordt over de verdeling van alle hoog complexe, laagvolume specialistische zorg over heel Nederland. Genoemde leden vragen tevens op welke wijze deze adviescommissie een goede betrokkenheid zal borgen van patiëntenorganisaties.

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of de Minister kan aangeven welke instellingen inmiddels hebben aangegeven mogelijk een bezwaar- en beroepsprocedure te zullen starten en welke impact dat heeft (of kan hebben) op de transitieperiode van tweeënhalf jaar.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het besluit om de interventies bij mensen met een aangeboren hartafwijking te concentreren in twee centra. Zij blijven zeer kritisch op dit besluit en hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen. Deze leden constateren dat de Minister nog steeds niet voldoende onderbouwd heeft waarom een scenario met drie interventiecentra niet mogelijk was. De volumenormen waar dit op is gebaseerd worden immers niet door alle experts onderschreven. Kan de Minister alsnog met een betere onderbouwing komen?

De Minister schrijft in zijn brief over de reactie van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) «dat zij het aantal van 60 niet als veldnorm ziet, maar [...] evenmin een andere norm hiervoor in de plaats [heeft] gesteld». Genoemde leden wijzen erop dat het feit dat de NVT geen alternatief heeft geboden, niet betekent dat die volumenorm van zestig ingrepen bij kinderen tot dertig dagen minder controversieel is. Waarom heeft de Minister niet gekeken of een breder gedragen volumenorm opgesteld zou kunnen worden?

De leden van de SP-fractie constateren dat het nog niet duidelijk is wat precies zal worden gedaan om te voorkomen dat andere typen zorg in de centra waar de interventies verdwijnen, in gevaar komen. Uit de impactanalyse van de NZa bleek immers «dat concentratie van de AHA-zorg grote en onomkeerbare gevolgen heeft voor een ziekenhuis dat de zorg moet overdragen»¹. Wanneer kan de Minister duidelijkheid geven over welke maatregelen genomen worden om ervoor te zorgen dat geen andere typen zorg in de centra verdwijnen of in kwaliteit achteruitgaan?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe hij de unaniem aangenomen (Handelingen II 2022/23, nr. 57, item 10) gewijzigde motie van het lid Hijink c.s.² gaat uitvoeren, over garanderen dat de concentratie van de kinderhartchirurgie niet zal leiden tot sluiting van de PICU in het LUMC. Kan de Minister al aangeven hoe hij ervoor gaat zorgen dat de kinder-Intensive Care (IC) in Leiden open kan blijven?

Genoemde leden vragen daarnaast wat er gebeurt als blijkt dat onvoldoende maatregelen kunnen worden genomen om te voorkomen dat andere typen zorg in gevaar komen. Wordt dit besluit dan alsnog doorgezet, ook als dat bijvoorbeeld betekent dat de kinder-IC in het LUMC verdwijnt? Of is de Minister dan alsnog bereid om dit besluit te herzien en een integrale analyse te maken van het academische zorglandschap voor kindzorg?

¹ Nederlandse Zorgautoriteit, 6 december 2022, «NZa: enkel concentreren van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijking heeft verstreckende gevolgen» (<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/12/6/nza-enkel-concentreren-van-zorg-voor-patienten-met-aangeboren-hartafwijking-heeft-verstreckende-gevolgen>).

² Kamerstuk 31 765, nr. 719.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het definitieve besluit over de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Er is uitvoerig gesproken over het besluit en het proces naar het besluit toe. Deze leden zijn in dit gehele proces zeer kritisch geweest. Zij vinden het belangrijk dat er, na tussenkomst van de Kamer, een impactanalyse is uitgevoerd door de NZa. Uit deze impactanalyse kwam duidelijk naar voren dat het kinderhartcentrum in het UMC Groningen cruciaal is voor de acute zorg in Noord-Nederland. Dat het UMC Groningen open blijft is dan ook een logische keuze naar mening van deze leden. Zij blijven kritisch over de onderbouwing van andere delen van het besluit. Zo blijft de keuze voor twee in plaats van drie centra, zeer pijnlijk. Hoewel overeenstemming is in de literatuur dat een zekere mate van concentratie bevorderlijk is voor de kwaliteit, staat de mate van concentratie ter discussie. De kwaliteit van interventies bij aangeboren hartafwijkingen is in Nederland erg hoog, en het is onduidelijk of de verdere concentratie van centra per definitie leidt tot een hogere kwaliteit. De onenigheid in het veld over de veldnorm van minimaal zestig ingrepen per jaar bij pasgeborenen onderschrijft dat de keuze voor twee centra niet noodzakelijk was. Ook als het gaat om de beschikbaarheid van professionals is de concentratie naar twee centra niet nodig. Zo blijkt uit de NZa impactanalyse (bladzijde 76) dat met drie centra nog steeds voldaan kan worden aan de norm van vier specialisten per centrum.

De leden van de PvdA-fractie zullen scherp in de gaten houden hoe het nu verder gaat met de concentratie van kinderhartcentra, maar ook met de bredere ambities van de Minister om hoog complexe, laag volume zorg te concentreren. Deze leden hechten groot belang aan de mitigerende maatregelen die zullen moeten worden genomen in de UMC's die hun kinderhartcentrum verliezen. Hoe wordt de Kamer op de hoogte gehouden van de verdere stappen in de concentratie van de kinderhartcentra? Hoe wordt gemonitord hoe dit besluit straks uitpakt voor de UMC's, wat dit betekent voor de kwaliteit van de zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking en hoe het verder gaat met de bijzondere interventies die alleen in het LUMC of het UMC Utrecht verricht konden worden? Kan de Minister aangeven of er andere specialismen zijn die hij wil concentreren? Zo ja, welke specialismen zijn dit en wat voor proces, inclusief tijdslijn, ziet de Minister bij deze specialismen voor zich? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat UMC's niet worden uitgekleeft?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van het besluit van de Minister om de kinderhartchirurgie te concentreren in Groningen en Rotterdam. Nu het besluit is genomen, hebben genoemde leden nog wel een aantal vragen over het proces in de toekomst. Zij lezen dat een transitieperiode van tweeënhalf jaar geldt voor de ziekenhuizen om de interventies te verplaatsen naar de twee centra in Groningen en Rotterdam. Deze leden vragen de Minister of deze periode ook wordt gebruikt om andere zorg te concentreren in Utrecht en Leiden. Hoe ziet dat proces eruit?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ook nog een aantal vragen over de mitigerende maatregelen. Kan de Minister schetsen welke maatregelen genomen zullen worden en wat daar de effecten van zullen zijn op het LUMC en UMC Utrecht? Kan de Minister ook een beeld geven van de financiële compensatie die beschikbaar wordt gesteld aan de UMC's?

Tot slot vragen deze leden wat de stand van zaken is van de andere concentratie-vraagstukken van super specialistische zorg. Zijn nieuwe trajecten opgestart om zorg te concentreren? Hoe staat dat specifiek met kankerzorg, aangezien de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) vorig jaar aangaf dat de zorg voor zeldzame kankers nog onvoldoende is geconcentreerd en daar nog grote kwaliteitswinst is te halen?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van het definitieve besluit van de Minister inzake de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Zij heeft grote zorgen over de gevolgen van dit besluit en over het proces van totstandkoming van dit besluit. Als dit een blauwdruk moet zijn voor de concentraties van hoog complexe zorg die nog moeten volgen, dan belooft dat weinig goeds. Wat het genoemde lid het meest verbaast is dat dit onderwerp al zo'n dertig jaar onderwerp van discussie is, maar dat er in die dertig jaar geen goede schets is gemaakt van op welke wijze het academische zorglandschap ingedeeld zou moeten worden. Het lid van de BBB-fractie denkt dat de Minister de plank heeft misgeslagen door de concentratie van de hoog complexe hartzorg als een zelfstandig onderdeel te behandelen zonder goed inzicht te hebben op de totale gevolgen voor de academische ziekenhuizen en zonder een beeld te hebben van verdere concentraties die nog gaan volgen.

Op deze wijze is sprake van een versnipperd beleid dat de kwaliteit van de academische ziekenhuizen geen goed zal doen. Waarom negeert de Minister de oproep van de NZa om eerst een schets te maken van de toekomst van het academische zorglandschap en zo te kiezen voor een integrale aanpak? In de beleving van het lid van de BBB-fractie is nu sprake van incidentenbeleid, niet van beleid waarin een duidelijke koers wordt gevaren met een bekende bestemming. Hoe gaat de Minister de overige concentraties aanpakken? Gaat hij nu wel gevolg geven aan de oproep van de NZa? Zo nee, waarom niet?

Het lid van de BBB-fractie maakt zich zorgen over de gevolgen van de keuze die nu gemaakt is. Deze zorg betreft dan met name het UMC Utrecht. In het verleden is ervoor gekozen om de kinderoncologie te concentreren in Utrecht, in het naastgelegen PMC. In dit ziekenhuis vindt hoogwaardige zorg voor kinderen met kanker plaats. Bij deze kinderen worden ook vaak hartproblemen geconstateerd, al dan niet als gevolg van de behandelingen die ze krijgen.

Het gaat hierbij zeker om zestig verrichtingen per jaar die noodzakelijk zijn en vallen onder de hoog complexe hartzorg. Het gaat bovenal om acute zorg. Genoemd lid maakt zich dan ook zorgen over hoe dit in de toekomst moet. Hoe ziet de Minister dit precies voor zich? Deze kinderen zullen vervoerd moeten worden naar Rotterdam. Het gaat hier om kinderen die al in een langdurig ziekteproces zitten. Is dit een overweging geweest bij de definitieve keuze? Welke waarde heeft de Minister daar dan aan gegeven? Zou de stapeling van ziektes en aandoeningen en de gevolgen van het besluit van de Minister voor deze kinderen en hun ouders niet van een groter belang moeten zijn?

Genoemd lid wil graag weten hoe de transitieperiode er precies uit gaat zien. Hoe draagt de Minister zorg voor de personele consequenties? Draait de Minister simpelweg de geldkraan dicht? Het gaat hier om personeel dat zeer gespecialiseerd is en hoogwaardige zorg verleent. Verwacht de Minister dat dit personeel van het ene ziekenhuis overstapt naar het andere? Wordt dit begeleid? Hoe gaat de Minister om met het feit dat door

de manier waarop dit proces is verlopen er ernstige verstoringen in de onderlinge verhoudingen tussen ziekenhuizen zijn ontstaan? Erkent de Minister dat juist goede verhoudingen nodig zijn om deze transitie goed te laten verlopen?

Het lid van de BBB-fractie heeft ook wat vragen over de zogenaamde mitigerende maatregelen (maatregelen die de negatieve effecten moeten verminderen). De Minister stelt dat de effecten op de aanpalende zorg voor kinderen met kanker in Utrecht op te lossen zijn met mitigerende maatregelen. Het PMC denkt daar anders over en stelt dat de acute zorg voor hun patiënten niet met mitigerende maatregelen is op te lossen. Welke mitigerende maatregelen ziet de Minister wel, die het PMC niet ziet, voor acute interventies die niet gepland kunnen worden? Bovendien zijn de effecten op de aanpalende zorg voor het UMC Utrecht, Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) en PMC niet in beeld gebracht. Is de Minister voornemens dit alsnog te doen?

Het lid van de BBB-fractie maakt zich grote zorgen over de volgende tekst uit de zienswijze van het PMC: «het Vertrek van het kinderhartteam uit het WKZ leidt in een aantal gevallen tot levensbedreigende situaties voor kinderen met kanker, hetgeen het PMC onvoldoende door samenwerking met een ander centrum kan opvangen». Heeft de Minister dit risico in beeld gebracht? Is de Minister het met het dit lid eens dat dit soort risico's niet acceptabel zijn?

Genoemd lid vreest dat door het verlies van het kinderhartteam uit Utrecht de succesvolle nationale concentratie van de zorg voor kinderen met kanker voor een belangrijk deel teniet wordt gedaan. De ene concentratie brengt de voordelen van de andere concentratie teniet. Dat kan nooit de bedoeling zijn en is precies de reden waarom er eerst een toekomstschets voor het totale academische zorglandschap moet komen. Het lid van de BBB-fractie staat dan ook op het standpunt dat de Minister een pas op de plaats moet maken en zijn beslissing op moet schorten om zo de tijd te nemen om alsnog met een toekomstbestendig beeld te komen, waarin ook andere vormen van concentratie van hoog complexe zorg meegenomen wordt. Ook hier moeten de gevolgen voor aanpalende zorg goed in beeld zijn gebracht en meegewogen worden in de beslissing.

Uiteraard zal dit betekenen dat geschoven wordt met zorg, maar als dit leidt tot een gedragen uitkomst met voldoende toekomstperspectief voor alle academische ziekenhuizen dan hebben alle academische ziekenhuizen daar baat bij. Ook wordt dan voorkomen dat voor elke vorm van hoog complexe zorg die geconcentreerd gaat worden, ditzelfde traject doorlopen moet worden. Een traject dat vooral verliezers kent en dat zijn niet in de laatste plaats de patiënten.

Vragen en opmerkingen van het lid van de fractie Den Haan

Het lid van de fractie Den Haan heeft kennisgenomen van het definitieve besluit over de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Zij is van mening dat regionale spreiding niet als criterium moet worden meegenomen bij het concentreren van hoog complexe zorg. Kwaliteit en de continuïteit van zorg moeten altijd voorop staan. Kan de Minister aangeven of de selectiecriteria voor de keuze van toekomstige concentraties van hoog complexe zorg nu zijn vastgesteld op welk centrum het grootst is en of er goede regionale spreiding is? Wat het lid van de fractie Den Haan betreft leidt dit besluit tot minder kwaliteit bij de concentratie van kinderoncologische zorg. Klopt het dat de Minister deze afname van kwaliteit accepteert als een effect van dit besluit?

In de brief geeft de Minister aan dat uit de impactanalyse blijkt dat er gevolgen zijn voor de zorg in het PMC als het UMC Utrecht niet wordt aangewezen als interventiecentrum, maar dat die gevolgen niet zodanig zijn dat die niet kunnen worden ingeperkt met mitigerende maatregelen. Aan welke maatregelen denk de Minister? Kan de Minister aangeven welke maatregelen hij zal nemen als blijkt dat de gevolgen voor de zorg voor patiënten met kanker niet met mitigerende maatregelen kan worden opgelost? Heeft de Minister een verkenning gedaan naar de mogelijkheden?

Tijdens het debat op 22 februari jongstleden (Handelingen II 2022/23, nr. 56, item 8) heeft het lid van de fractie Den Haan een motie ingediend³ waarin zij verzoekt alles op alles te zetten om hoog complexe ketenzorg voor kinderen met kanker te verbreken en hier eerst onderzoek naar te doen. Deze motie is aangenomen. Kan de Minister aangeven wanneer hij start met de uitvoering van die motie?

In de brief geeft de Minister aan dat hij een adviescommissie zal instellen die de NFU zal ondersteunen bij de herinrichting van het medisch zorglandschap. Deze commissie zal ook een goede betrokkenheid van alle patiëntenorganisaties borgen. Horen daar ook de patiëntenorganisaties voor kinderoncologie bij? Zo ja, wat was de strekking van deze gesprekken?

Het lid van de fractie Den Haan heeft al eerder aangeven dat volgens haar niet regionale spreiding moet worden gehanteerd als belangrijk criterium maar regionale dekking. Waarom heeft de Minister hier niet voor gekozen?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie danken de Minister voor zijn brief met daarin zijn definitieve besluit ten aanzien van de concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Zij danken de Minister voor zijn brief en steunen het besluit van de Minister. Deze leden zien dit definitieve besluit niet als einde van een proces, maar juist als het begin van een volgend proces en hebben hierover nog een enkele vraag. Eerder heeft de Minister aangegeven de brief met daarin zijn visie op alle (hoog complexe) zorg die ten behoeve van kwaliteitsverbetering geconcentreerd moet worden rond de zomer naar de Kamer zal sturen. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd naar de stand van zaken omtrent deze brief. Loopt de Minister op schema of verwacht hij vertraging? Welke lessen uit het proces rondom de concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen neemt de Minister mee in deze visie?

Deze brief wordt naar verwachting in het derde kwartaal van dit jaar naar de Kamer gestuurd. Daarin zal ik nader toelichten hoe de lessen uit het proces rondom de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen worden meegenomen. Daarbij kunt u ook denken aan de lessen naar aanleiding van de impactanalyse van de NZa.

Genoemde leden lezen dat binnenkort een begeleidingscommissie tot stand zal worden gebracht, ten behoeve van de transitieperiode en het vormgeven van de transitie. Zal deze begeleidingscommissie ook betrokken patiënten en aanpalend zorgveld betrekken bij de begeleiding?

³ Kamerstuk 31 765, nr. 720.

Het vormgeven en realiseren van de transitie is de verantwoordelijkheid van de Nederlandse federatie van universitaire medische centra (NFU) en de umc's zelf. Daarnaast heb ik een commissie van onafhankelijke en gezaghebbende deskundigen ingesteld. Deze Begeleidingscommissie herinrichting academisch zorglandschap (commissie) ondersteunt de NFU en adviseert bij de herinrichting van het academisch zorglandschap. Zij zal de voortgang van het transitieproces volgen en mij op de hoogte houden van deze voortgang en mij gevraagd en ongevraagd adviseren over de voortgang van de herinrichting van het academisch zorglandschap.

Ik onderschrijf het belang van patiëntenbetrokkenheid in de transitieperiode. Om die reden heb ik de commissie in de opdrachtverlening gevraagd een goede betrokkenheid van de patiëntenorganisaties te borgen. Daarnaast zal de commissie ook zorgen voor de verbinding met de betrokken zorgprofessionals en daar waar relevant de zorgverzekeraars.

De commissie bestaat uit vijf leden en staat onder voorzitterschap van prof. dr. Samsom. De samenstelling en opdracht van de commissie is op 14 april 2023 via een besluit van de ministerraad geformaliseerd en bekend gemaakt in de Staatscourant.⁴

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie kennisgenomen van het besluit van de Minister over de concentratie van de concentratie interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Deze leden hechten veel waarde aan de beste zorg voor deze patiënten en snappen goed dat het vaak doen van een interventie of ingreep effect heeft op de kwaliteit van zorg. Deze leden kunnen zich dan ook vinden in het besluit van de Minister. Zij onderschrijven wel dat het belangrijk is om snel met een bredere visie te komen op de inrichting van het zorglandschap en roepen de Minister op om hier ook snel duidelijkheid over te geven.

In het derde kwartaal van dit jaar zal ik uw Kamer nader informeren over mijn bredere visie op vraagstukken omtrent concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg. Daarin zal ik nader ingaan op het belang van deze beweging omwille van kwaliteit en ook toelichten hoe bij vervolgstappen zorgprofessionals en patiënten worden betrokken.

Ook vragen deze leden de Minister om bij het nemen van vervolgstappen goed op te trekken met zorgprofessionals en patiënten, zodat zij ook goed betrokken worden bij de uitwerking van het besluit.

Ik heb in de afgelopen maanden verschillende keren gesproken met de patiëntenorganisaties en zorgprofessionals. Zoals aangegeven heb ik de door mij ingestelde begeleidingscommissie ook expliciet meegegeven goed de verbinding te zoeken met beiden partijen. Uiteraard zal ik ook zelf gedurende de transitieperiode met hen in gesprek blijven.

Genoemde leden zien daarnaast dat goede gegevensuitwisseling, zowel primair als secundair, van groot belang is voor goede zorg. Zij willen daarom nogmaals het belang onderstrepen dat er naast uitwisseling van expertise en patiëntgegevens, ook ingezet wordt op het uitwisselen van onderzoeksdata, omdat dit bijdraagt aan goede zorg.

⁴ Stcrt. 2023, nr. 11780.

Gegevensuitwisseling en goede samenwerking zijn voor mij noodzakelijke randvoorwaarden die voldoende geborgd moeten zijn. Dit zal dan ook één van de aandachtspunten zijn in het transitieplan dat de NFU in samenwerking met de commissie samen met de umc's zullen opstellen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van het definitieve besluit van de Minister over de concentratie van kinderhartinterventiecentra. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen. Zij begrijpen uit de woorden van de Minister dat hij het veld verwijt al dertig jaar te treuzelen met het nemen van een beslissing over de concentratie van de kinderhartinterventiecentra en dat dit zijn beslissing rechtvaardigt om nu de knoop door te hakken. Deze leden willen de Minister erop wijzen dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dan ook dertig jaar de tijd heeft gehad om heldere criteria op te stellen en te werken aan een open en transparant proces. Genoemde leden constateren dat dit niet is gebeurd.

De betrokken universitair medische centra (UMC's) daarentegen hebben intussen wel degelijk werk gemaakt van de concentratie, in de jaren negentig waren er nog zeven kinderhartinterventiecentra en nu nog vier. Genoemde leden zijn dan ook van mening dat niet de UMC's maar de Minister er een rommeltje van heeft gemaakt. Wil de Minister dit tenminste toegeven? Kan de Minister nog eens uitleggen wat precies de perceptie is van het dogma «al 30 jaar wordt de beslissing uitgesteld om»?

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

In de afgelopen dertig jaar zijn diverse rapporten en onderzoeken gepubliceerd waarin bepleit wordt dat concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen noodzakelijk is om het risico op vermijdbare complicaties en sterfte te verminderen. Het Ministerie van VWS heeft de umc's meermaals gevraagd te komen tot een gedragen voorstel voor concentratie, maar zij zijn er (ook recent) niet uitgekomen. Dit gaf veel onzekerheid over de toekomstige organisatie van de zorg. Om de onzekerheid niet langer te laten voortbestaan en gezien de kwetsbaarheid van de situatie voor de toekomst, heb ik mij genooddaakt gezien om de knoop door te hakken. Voor een verdere reflectie op de eerdere besluitvorming verwijs ik naar de brieven aan uw Kamer van 11 februari 2022⁵ en 13 februari 2023.⁶

Onderdeel van die perceptie is het verlagen van het sterftecijfer dat toen met de concentratie van kinderhartinterventies in Zweden werd bereikt. Kan de Minister in een tabel aangeven wat het sterftecijfer van kinderhartinterventies in Zweden en Nederland toen was en wat die in Nederland en Zweden nu is?

Allereerst wil ik benadrukken dat het in het algemeen zeer moeilijk is om te spreken over «het sterftecijfer», omdat er sprake is van een scala van congenitale hartziekten met een grote variatie in mortaliteit. Wel beschrijft het rapport van de commissie Lie uit 2009 dat in Zweden deze interventies

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 618.

⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

in de jaren 90 zijn geconcentreerd van vier naar twee centra. In die tijd is het sterftepercentage gedaald van bijna 10% binnen 30 dagen na een operatie, naar 1,9% na de concentratie. De daling is niet alleen toe te schrijven aan concentratie, maar de commissie Lie concludeert wel dat dit voorbeeld aannemelijk maakt dat concentratie een positieve invloed had op de resultaten. Uit de huidige informatie die ik tot mijn beschikking heb volgt dat het sterftcijfer voor kinderen met een aangeboren hartafwijking in Zweden sinds de jaren 90 nog verder is gedaald van 1,2% in 2015, naar 0,6% in 2020 en 0,2% in 2022.⁷

Voorts volgt uit de impactanalyse⁸ van de NZa dat de totale sterfte ten gevolge van een hartafwijking al jaren afneemt; de overlevingskans voor kinderen met een aangeboren hartafwijking is meer dan 95%. Het landelijke mortaliteitscijfer in de eerste 30 dagen na een ingreep is 2,6% voor de jaren 2015–2021. De 30-dagen mortaliteit bij neonaten (baby's tot 30 dagen oud) is 6,3%. De variatie in mortaliteit tussen jaren bij neonaten is tussen de 3,9% (5 neonaten in 2017) en de 8,2% (13 neonaten in 2018).

Er is een noodzaak tot concentratie, omdat er knelpunten zijn voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg in de nabije toekomst, die niet binnen de huidige zorgstructuur zijn op te lossen. Uit alle rapporten en gesprekken, alsook de impactanalyse van de NZa, komt dit als rode draad naar voren. Ook blijkt uit alle eerdere rapporten en adviezen dat de concentratie van deze interventies noodzakelijk is om het risico op vermijdbare complicaties en sterfte te verminderen. Elke kans om het risico op vermijdbare sterfgevallen nog verder te verminderen moet mijns inziens worden aangegrepen.

In dit kader wil ik benadrukken dat de overlevingskans één van de redenen is waarom ik concentratie van de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking op twee locaties noodzakelijk acht. Zoals ik reeds eerder heb toegelicht is concentratie óók van belang vanwege de grote druk op professionals en kwetsbaarheid in de continuïteit van zorg. De huidige spreiding van zorg zorgt immers voor een zeer hoge dienstbelasting van medisch professionals. Naast de kwaliteit staat dus ook de continuïteit van zorg in dit specialistische vakgebied onder druk. Voor een verdere toelichting verwijs ik naar de Kamerbrieven van 13 februari 2023⁹ en 13 april 2023.¹⁰

Een ander deel van dat dogma van dertig jaar is dat er moet worden gecentraliseerd. Waarom is bij het centraliseren van zeven naar vier kinderhartinterventiecentra dat dogma niet ingelost en bij zeven naar twee wel?

Ik herken mij niet in de opmerking dat hier sprake zou zijn van een dogma. Voor de beantwoording van de vraag waarom ik kies voor concentratie van zorg in twee centra verwijs ik naar de bijlage bij de brief over het

⁷ Zie voor het sterftepercentage binnen 30 dagen na een kinderhartoperatie in Zweden (2015–2022): Socialstyrelsen, Hjärtkirurgi på barn och ungdomar (<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-varld-arlig-uppfoljning/tillstandsomrade/hjartkirurgi-pa-barn-och-ungdomar/>) en Vården i siffror (<https://vardenisiffror.se/indikator/bcb6b000-0b17-4183-9cb2-2b17e8577d45?datefrom=2017-01-01&dateto=2022-12-31&gender&periodtype=year&relatedmeasuresbyentry=keyword&relatedmeasuresbyid=hjart-och-karlsjukdomar&showtarget=false&units=se>).

⁸ Nederlandse Zorgautoriteit, 6 december 2022, p. 66. «NZa: enkel concentreren van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijking heeft verstrekkende gevolgen» (<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/12/6/nza-enkel-concentreren-van-zorg-voor-patienten-met-aangeboren-hartafwijking-heeft-verstrekkende-gevolgen>).

⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

¹⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

voorgenomen besluit van 13 februari 2023¹¹ en de brief over het definitieve besluit van 13 april 2023.¹²

De leden van de PVV-fractie constateren dat de beslissing van de Minister in feite is gebaseerd op de criteria «grootste» en «regionale spreiding». Welke cijfers worden hierbij gehanteerd? Op basis waarvan is het Erasmus MC het «grootste» kinderhartinterventiecentrum? Zijn de criteria «grootste» en «regionale spreiding» leidend voor verdere concentraties in de zorgsector?

Voor een toelichting op deze criteria verwijs ik naar de Kamerbrieven van 13 februari 2023¹³ en 13 april 2023.¹⁴

Deze leden betwijfelen of deze concentratie de kwaliteit van de kinderhartinterventiezorg ten goede komt. De toegankelijkheid staat in ieder geval onder druk. De aangekondigde juridische stappen van de UMC's in Leiden en Utrecht zullen ook niet bevorderlijk zijn voor de samenwerking, aldus deze leden. Had de Minister de gang naar de rechter niet kunnen voorkomen? Is het feit dat zorgpartijen naar de rechter stappen geen teken van falend beleid? Zorgaanbieders hebben immers wel wat anders te doen dan zich bezig te houden met tijdrovende rechtszaken. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

Het klopt dat een aantal belanghebbenden formeel bezwaar heeft aangetekend tegen het definitieve besluit. Ook hebben enkele partijen de rechter via een voorlopige voorziening verzocht om het besluit te schorsen. Dat is uiteraard het recht van belanghebbenden. Tegelijk betreur ik het dat het zover heeft moeten komen. Dergelijke juridische procedures kennen aan het eind alleen maar verliezers. Helaas heeft men de gesprekken binnen de NFU en met de commissie die ik heb ingesteld niet willen afwachten.

De leden van de PVV-fractie maken zich zorgen over de noodzakelijke aanpassingen en verbouwingen die in Groningen en Rotterdam nog moeten plaatsvinden om de toeloop van patiënten aan te kunnen. Wat als dit niet binnen tweeënhalf jaar gerealiseerd kan worden en de afbouw van de centra in Leiden en Utrecht al voltooid is? Hoe wordt geborgd dat de wachttijden voor patiënten niet gaan oplopen?

De transitie naar de nieuwe zorgstructuur moet zorgvuldig gebeuren. Capaciteit bij de interventiecentra en het mogelijk ontstaan van wachtlijsten zijn voor mij noodzakelijke randvoorwaarden die voldoende geborgd moeten zijn. Dit zal dan ook een aandachtspunt zijn in de transitieperiode. Het UMCG en het Erasmus MC hebben aangegeven op tijd klaar te kunnen zijn om de extra toeloop van patiënten te kunnen ontvangen.

Deze leden zien in dat de concentratie van kinderhartinterventies naar Groningen en Rotterdam vooral een grote aantrekkingskracht op het Erasmus MC zal hebben. De Minister schrijft dat mitigerende maatregelen nodig zijn om het aantal interventies in Groningen op het minimumaantal te krijgen. Wat zijn dat voor mitigerende maatregelen? Graag ontvangen deze leden een uitputtende lijst en een plan van aanpak hoe dat te realiseren is.

¹¹ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

¹² Kamerstuk 31 765, nr. 772.

¹³ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

¹⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

Van belang is om te benadrukken dat de NFU het voortouw heeft bij de herinrichting van het academisch zorglandschap, mede voortvloeiend uit de concentratie. Zoals ik ook heb aangegeven in de toelichting bij het instellingsbesluit waarbij een externe onafhankelijke commissie is ingesteld, is het de taak van de commissie om de NFU daarbij te ondersteunen en te adviseren. In dat kader zullen door de NFU onder meer de noodzakelijke mitigerende maatregelen in kaart worden gebracht die nodig zijn om ongewenste effecten te adresseren voor de latende centra. Dat alles in het licht van de doelstelling om te komen tot een bredere herschikking van het academisch zorglandschap. De NFU zal, in samenwerking met de commissie, de eerste periode van de transitie gesprekken opstarten met de umc's, waarbij in de eerste fase in meer algemene en verkennende zin zal worden gesproken over hoe een zorgvuldig transitieproces eruit zou moeten zien. De eerste gesprekken worden op korte termijn gepland. Om die reden is het nu nog te vroeg voor een uitputtende lijst en een plan van aanpak. Ik wil hierbij benadrukken dat de zowel de inhoud van deze eerste gesprekken, als de werkwijze en planning is voorbehouden aan de NFU en de commissie. Uiteraard zal ik uw Kamer informeren over de voortgang.

Wat gaat de Minister doen om te voorkomen dat het UMC Groningen de minimumaantallen niet haalt en alsnog omvalt, waardoor het Erasmus MC het enige kinderhartinterventiecentrum van Nederland wordt met alle kwetsbaarheden van dien? Welke kwetsbaarheden ontstaan er – naast bijvoorbeeld een uitbraak van meticillineresistente Staphylococcus aureus (MRSA) waardoor operaties niet door kunnen gaan – als maar een kinderhartinterventiecentrum overblijft in Nederland?

Ik deel de conclusie van de leden dat concentratie naar één interventiecentrum kwetsbaar zou zijn. Om die reden moet in het kader van de zorgtransitie (per umc) in kaart worden gebracht wat dit betekent voor de samenwerking van de interventiecentra met de shared care centra en het maken van landelijke afspraken voor doorverwijzing van patiënten zodat de door u geschetste situatie niet ontstaat.

Met het niet bekend zijn met welke mitigerende overgangsmaatregelen wordt gerekend, ontstaat een onwerkbaar situatie. Wanneer maakt de Minister de mitigerende maatregelen bekend?

Zoals gezegd heeft de NFU het voortouw bij de herinrichting van het academisch zorglandschap, mede voortvloeiend uit de concentratie. Daar zullen ook de gesprekken over de mitigerende maatregelen moeten plaatsvinden en ik volg dat proces intensief, ook via de door mij benoemde commissie. Uiteraard zal ik uw Kamer informeren over de voortgang.

Het Prinses Máxima Centrum (PMC) heeft daarbij aangegeven dat de zorg voor hun patiënten niet met mitigerende maatregelen is op te lossen. Wat is de reactie van de Minister daarop? Gaarne ontvangen genoemde leden een uitleg met details.

Zoals ik eerder heb toegelicht in de Kamerbrief van 13 april 2023 heeft de NZa in de impactanalyse ook gekeken naar de gevolgen voor de zorg in het PMC, als het UMC Utrecht niet werd aangewezen als interventiecentrum.¹⁵ Uit de impactanalyse van de NZa blijkt dat er gevolgen zijn voor de zorg in het PMC, maar niet dat die gevolgen zodanig zijn dat deze niet met mitigerende maatregelen kunnen worden ingeperkt. In verband

¹⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

met de lopende bezwaar- en gerechtelijke procedures, is het echter niet passend om hier verder op in te gaan.

Deze leden willen de Minister er nogmaals op wijzen dat ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met de aanbeveling kwam om eerst het academisch zorglandschap in kaart te brengen voordat concentratiebeslissingen worden genomen. Waarom heeft de Minister deze aanbeveling naast zich neerlegt, krijgen genoemde leden het gevoel dat de hele NZa-analyse slechts een zoethoudertje was richting de Kamer. Zij roepen de Minister daarom nogmaals op om te stoppen met de concentratie van de kinderhartinterventiecentra, om deze hoog-specialistische zorg uit de marktwerking te halen en middels een bekostigingsbijdrage te financieren zodat er niet meer vier concurrerende bedrijven zijn maar vier locaties die samen de kinderhartinterventies doen, en daarna met een visie te komen op het academisch zorglandschap en hierover met de Kamer in debat te gaan en te stoppen met te handelen als een olifant in een porseleinkast.

Ik herken mij niet in de suggestie in de vraagstelling dat ik het NZa advies terzijde heb gelegd. Ik volg het advies van de NZa, maar in een andere volgorde. Het vooraf uitwerken van een integraal perspectief op het academisch zal aanzienlijk meer tijd vergen dan de NZa voorziet. Ik heb eerder in de Kamerbrief van 13 april 2023 toegelicht dat een dergelijke «pas op de plaats» zich niet verhoudt tot de urgentie van deze concentratie.¹⁶ Vanwege die urgentie hebben ook patiëntenorganisaties aangedrongen op spoedige besluitvorming. Juist door een keuze te maken die een helder beeld van de eindsituatie geeft, zal invulling van de mitigerende maatregelen mogelijk zijn. Daarnaast zou voor patiënten, zorgverleners en centra de onzekerheid langer blijven bestaan. Met een structurele en robuuste oplossing met betrekking tot de interventies voor aangeboren hartafwijkingen zetten, wil ik een belangrijke stap zetten op weg naar de verbetering en versterking van het hele academisch zorglandschap.

Voor een toelichting op de beslissing om de interventies te concentreren op twee locaties verwijs ik naar de Kamerbrieven van 13 februari 2023¹⁷ en 13 april 2023.¹⁸

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het definitief besluit over concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Deze leden hadden bij voorkeur gezien dat de betrokken instellingen en professionals zelf met een voorstel waren gekomen waar deze zorg geconcentreerd zou moeten worden. Beter nog zouden UMC's met een totaalplan moeten komen voor een goede verdeling van alle hoog complexe, laagvolume specialistische zorg over heel Nederland. Nu deze bestuurders en zorgprofessionals echter al jarenlang deze verantwoordelijkheid niet op zich hebben genomen, steunen de leden van de CDA-fractie de keus van de Minister om zelf hierover een knoop door te hakken. Deze leden steunen ook de keuze om te concentreren in Rotterdam en Groningen. Zij hebben wel nog enkele vragen bij de brief van de Minister. De leden van de CDA-fractie vragen op welke termijn de Kamer geïnformeerd kan worden over een gedegen transitieplan, waar mitigerende maatregelen een onderdeel van zijn.

¹⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

¹⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

¹⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

De NFU heeft het voortouw bij de herinrichting van het academisch zorglandschap, mede voortvloeiend uit de concentratie. Samen met de commissie zullen de noodzakelijke mitigerende maatregelen in kaart worden gebracht. De eerste verkennende gesprekken worden gevoerd. Uiteraard zal ik uw Kamer informeren over de voortgang, maar de termijn waarop ik dat kan doen hangt af van de voortgang van de gesprekken en het verloop van de bezwaar- en andere juridische procedures.

De Minister schrijft dat voor de gevolgen voor de zorg in het PMC mitigerende maatregelen kunnen worden ingezet, wanneer in het UMC Utrecht geen interventies meer plaatsvinden. In de impactanalyse van de NZa staat hierover dat voor de inzet van de kinderinterventiecardioloog goede afspraken nodig zijn tussen een interventielocatie en het PMC om de benodigde zorg te leveren in het PMC. Daarnaast is volgens de NZa aanvullend beleid bij concentratie van congenitale hartzorg noodzakelijk. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister deze twee zaken bedoelt met de benodigde mitigerende maatregelen die nodig zijn voor het PMC, of dat ook andere maatregelen nodig zijn. Deze leden vragen op welke wijze ingezet wordt om deze maatregelen op tijd te kunnen nemen.

In de brief van 13 april 2023 ben ik ingegaan op de gevolgen voor de samenwerking tussen het UMC Utrecht en het PMC.¹⁹ Goede samenwerking en onderlinge werkafspraken tussen de interventielocaties en de shared care instellingen (zoals het PMC) zijn voor mij noodzakelijke randvoorwaarden die voldoende geborgd moeten zijn. Welke maatregelen eventueel nodig zijn en hoe deze gestalte moeten krijgen is nu juist onderwerp van gesprek in deze transitieperiode. Het is vooral aan de umc's onderling om te bepalen wat nodig is.

De Minister geeft aan dat de gevolgen van het voorgenomen besluit groot kunnen zijn voor het kinderziekenhuis en de Pediatrische Intensive Care Unit (PICU) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), maar dat volgens de impactanalyse van de NZa op dit punt mitigerende maatregelen mogelijk zijn. Genoemde leden vragen de Minister om aan te geven welke mitigerende maatregelen dat zijn, en op welke termijn deze maatregelen genomen kunnen worden.

Zoals aangegeven in de brief van 13 april 2023 heb ik bij besluitvorming zorgvuldig afgewogen dat de gevolgen van het voorgenomen besluit groot kunnen zijn voor het kinderziekenhuis en de PICU van het LUMC, maar doorslaggevend betekenis toegekend aan het feit dat volgens de impactanalyse van de NZa op dit punt mitigerende maatregelen mogelijk zijn.²⁰ In verband met de lopende juridische procedures, kan ik hier nu niet verder op ingaan.

De Minister zal zelf een adviescommissie van onafhankelijke en gezaghebbende deskundigen instellen die de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gaat ondersteunen en adviseren bij de herinrichting van het academisch zorglandschap. De leden van de CDA-fractie vragen of de taakopdracht van deze adviescommissie alleen de transitieperiode van tweeënhalf jaar in het kader van de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen betreft, of dat ook breder geadviseerd wordt over de verdeling van alle hoog complexe, laagvolume specialistische zorg over heel Nederland.

¹⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

²⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

Voor de taakomschrijving van de commissie verwijs ik naar de toelichting bij het Instellingsbesluit Begeleidingscommissie herinrichting academisch zorglandschap.²¹ De commissie is ingesteld voor de duur van de transitieperiode.

Genoemde leden vragen tevens op welke wijze deze adviescommissie een goede betrokkenheid zal borgen van patiëntenorganisaties.

Ik heb de ingestelde commissie in de opdracht meegegeven goed de verbinding met de patiëntenorganisaties te zoeken. Ik heb begrepen dat de commissie op korte termijn contact zal opnemen met de patiëntenorganisaties.

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of de Minister kan aangeven welke instellingen inmiddels hebben aangegeven mogelijk een bezwaar- en beroepsprocedure te zullen starten en welke impact dat heeft (of kan hebben) op de transitieperiode van tweeënhalf jaar.

In vervolg op het definitieve besluit hebben enkele belanghebbenden hun juridische bezwaren kenbaar maken bij het Ministerie van VWS. Mochten de bezwaren ongegrond worden verklaard, dan kan daartegen beroep worden ingesteld bij de bestuursrechter. Tegen de uitspraak van de rechtbank kan vervolgens hoger beroep worden ingesteld bij de Raad van State. Dat geldt uiteraard ook voor het Ministerie van VWS wanneer de bestuursrechter het beroep gegrond zou verklaren. Ook hebben enkele belanghebbenden zich direct tot de

rechter gewend en een voorlopige voorziening gevraagd. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe deze procedures bij de rechter verder zullen verlopen. Evenmin is duidelijk of en zo ja welke impact dit kan hebben op de transitieperiode.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het besluit om de interventies bij mensen met een aangeboren hartafwijking te concentreren in twee centra. Zij blijven zeer kritisch op dit besluit en hebben hierover nog een aantal kritische vragen en opmerkingen. Deze leden constateren dat de Minister nog steeds niet voldoende onderbouwd heeft waarom een scenario met drie interventiecentra niet mogelijk was. De volumenormenten waar dit op is gebaseerd worden immers niet door alle experts onderschreven. Kan de Minister alsnog met een betere onderbouwing komen? De Minister schrijft in zijn brief over de reactie van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) «dat zij het aantal van 60 niet als veldnorm ziet, maar [...] evenmin een andere norm hiervoor in de plaats [heeft] gesteld». Genoemde leden wijzen erop dat het feit dat de NVT geen alternatief heeft geboden, niet betekent dat die volumenormenten van zestig ingrepen bij kinderen tot dertig dagen minder controversieel is. Waarom heeft de Minister niet gekeken of een breder gedragen volumenorment opgesteld zou kunnen worden?

Zoals eerder toegelicht in de Kamerbrief van 13 april 2023 stel ik mij op het standpunt dat ik in de besluitvorming uit mag gaan van de in het visierapport beschreven volumenorment van 60 ingrepen per jaar voor kinderen jonger dan 30 dagen.²² Indien discussie binnen de beroepsgroep resulteert in een nieuwe consensus over de te hanteren volumenormenten voor deze vorm van zorg, dan dient dit te worden beschreven in een

²¹ Stcrt. 2023, nr. 11780.

²² Kamerstuk 31 765, nr. 772.

kwaliteitsrichtlijn of consensusdocument die vervolgens wordt gepubliceerd door de betrokken beroepsverenigingen. Voor een nadere toelichting verwijs ik naar de brief aan uw Kamer van 1 juni 2023 met de antwoorden op de schriftelijke vragen van het lid Van Houwelingen (FVD) over volumenormen voor kinderhartchirurgiecentra.²³

De leden van de SP-fractie constateren dat het nog niet duidelijk is wat precies zal worden gedaan om te voorkomen dat andere typen zorg in de centra waar de interventies verdwijnen, in gevaar komen. Uit de impactanalyse van de NZa bleek immers «dat concentratie van de AHA-zorg grote en onomkeerbare gevolgen heeft voor een ziekenhuis dat de zorg moet overdragen»²⁴. Wanneer kan de Minister duidelijkheid geven over welke maatregelen genomen worden om ervoor te zorgen dat geen andere typen zorg in de centra verdwijnen of in kwaliteit achteruitgaan?

De NFU heeft het voortouw bij de herinrichting van het academisch zorglandschap, mede voortvloeiend uit de concentratie. Samen met de commissie zullen de noodzakelijke mitigerende maatregelen in kaart worden gebracht. De eerste verkennende gesprekken worden op korte termijn gepland. Uiteraard zal ik uw Kamer informeren over de voortgang.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe hij de unaniem aangenomen gewijzigde motie van het lid Hijink c.s.²⁵ gaat uitvoeren, over garanderen dat de concentratie van de kinderhartchirurgie niet zal leiden tot sluiting van de PICU in het LUMC. Kan de Minister al aangeven hoe hij ervoor gaat zorgen dat de kinder-Intensive Care (IC) in Leiden open kan blijven?

Zoals eerder vermeld verwijs ik voor de beantwoording van deze vraag naar de Kamerbrief van 13 april 2023.²⁶

Genoemde leden vragen daarnaast wat er gebeurt als blijkt dat onvoldoende maatregelen kunnen worden genomen om te voorkomen dat andere typen zorg in gevaar komen. Wordt dit besluit dan alsnog doorgezet, ook als dat bijvoorbeeld betekent dat de kinder-IC in het LUMC verdwijnt? Of is de Minister dan alsnog bereid om dit besluit te herzien en een integrale analyse te maken van het academische zorglandschap voor kindzorg?

Deze concentratie gaat over de hartinterventies bij kinderen en volwassenen met hoogcomplexiteit aangeboren hartafwijkingen. Niet alle hartzorg verdwijnt uit de ziekenhuizen die straks geen interventies meer doen. Uiteraard moet de transitie naar de nieuwe zorgstructuur zorgvuldig gebeuren. Per centrum zal in kaart worden gebracht wat de mogelijke nadelige effecten zouden kunnen zijn. Daarbij wordt ook gekeken wat de gevolgen zijn voor de acute zorg en voor aanpalende specialismen bij de umc's. Bijvoorbeeld de complexe kindergeneeskunde, (kinder) ic-zorg, gynaecologie en verloskunde, of klinische genetika. Als hier knelpunten uit naar voren komen, moeten en zullen die worden opgelost. Hoe dat zijn beslag krijgt zal in het transitieproces naar voren komen.

²³ Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 2773.

²⁴ Nederlandse Zorgautoriteit, 6 december 2022, «NZa: enkel concentreren van zorg voor patiënten met aangeboren hartafwijking heeft verstrekende gevolgen» (<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/12/6/nza-enkel-concentreren-van-zorg-voor-patiënten-met-aangeboren-hartafwijking-heeft-verstrekende-gevolgen>).

²⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 719.

²⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het definitieve besluit over de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Er is uitvoerig gesproken over het besluit en het proces naar het besluit toe. Deze leden zijn in dit gehele proces zeer kritisch geweest. Zij vinden het belangrijk dat er, na tussenkomst van de Kamer, een impactanalyse is uitgevoerd door de NZa. Uit deze impactanalyse kwam duidelijk naar voren dat het kinderhartcentrum in het UMC Groningen cruciaal is voor de acute zorg in Noord-Nederland. Dat het UMC Groningen open blijft is dan ook een logische keuze naar mening van deze leden. Zij blijven kritisch over de onderbouwing van andere delen van het besluit. Zo blijft de keuze voor twee in plaats van drie centra, zeer pijnlijk. Hoewel overeenstemming is in de literatuur dat een zekere mate van concentratie bevorderlijk is voor de kwaliteit, staat de mate van concentratie ter discussie. De kwaliteit van interventies bij aangeboren hartafwijkingen is in Nederland erg hoog, en het is onduidelijk of de verdere concentratie van centra per definitie leidt tot een hogere kwaliteit. De onenigheid in het veld over de veldnorm van minimaal zestig ingrepen per jaar bij pasgeborenen onderschrijft dat de keuze voor twee centra niet noodzakelijk was. Ook als het gaat om de beschikbaarheid van professionals is de concentratie naar twee centra niet nodig. Zo blijkt uit de NZa impact analyse (bladzijde 76) dat met drie centra nog steeds voldaan kan worden aan de norm van vier specialisten per centrum.

De leden van de PvdA-fractie zullen scherp in de gaten houden hoe het nu verder gaat met de concentratie van kinderhartcentra, maar ook met de bredere ambities van de Minister om hoog complexe, laag volume zorg te concentreren. Deze leden hechten groot belang aan de mitigerende maatregelen die zullen moeten worden genomen in de UMC's die hun kinderhartcentrum verliezen. Hoe wordt de Kamer op de hoogte gehouden van de verdere stappen in de concentratie van de kinderhartcentra?

De NFU heeft het voortouw bij de herinrichting van het academisch zorglandschap, mede voortvloeiend uit de concentratie. Samen met de commissie zullen de noodzakelijke mitigerende maatregelen in kaart worden gebracht. De eerste verkennende gesprekken worden op korte termijn gepland. Als er betekenisvolle ontwikkelingen zijn zal ik uw Kamer daar uiteraard over informeren.

Hoe wordt gemonitord hoe dit besluit straks uitpakt voor de UMC's, wat dit betekent voor de kwaliteit van de zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking en hoe het verder gaat met de bijzondere interventies die alleen in het LUMC of het UMC Utrecht verricht konden worden?

Het doel dat ik nastreef met de concentratie van de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking is de kwaliteit van de zorg ook voor de lange termijn te borgen en te verbeteren. Ik vind dat we het aan de patiënten en hun verwanten verplicht zijn te streven om qua kwaliteit en uitkomsten van zorg tot de Europese en mondiale top te behoren. Ik wil nogmaals benadrukken dat deze concentratie alleen gaat over de hartinterventies bij kinderen en volwassenen met hoogcomplexere aangeboren hartafwijkingen. Niet alle hartzorg verdwijnt uit de ziekenhuizen die straks geen interventies meer doen. Het Erasmus MC en het Radboudumc werken al jaren op deze manier samen, met goede behandelresultaten en tevreden patiënten.

De NFU heeft het voortouw in de transitie naar een optimale inrichting van de academische zorg in de toekomst. Samen met hen, daarbij geholpen door de onafhankelijke en deskundige begeleidingscommissie en in overleg met de patiëntenorganisaties gaan we deze verandering vormgeven. In de transitieperiode zal uiteraard ook aandacht worden besteed aan eventuele ongewenste gevolgen voor (aanpalende) specialismen die uitsluitend in het LUMC en het UMC Utrecht verricht worden. Monitoring is wat mij betreft onderdeel van het transitieproces. Hoe hier in de praktijk invulling aan zal worden gegeven, is voorbehouden aan de NFU en de commissie.

Kan de Minister aangeven of er andere specialismen zijn die hij wil concentreren? Zo ja, welke specialismen zijn dit en wat voor proces, inclusief tijdslijn, ziet de Minister bij deze specialismen voor zich? Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat UMC's niet worden uitgekleeft?

In het derde kwartaal van dit jaar zal ik uw Kamer nader informeren over mijn bredere visie op vraagstukken omtrent concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg. Daarin zal ik ook breder ingaan op de zorggebieden waarbij dit speelt. Onderdeel daarvan is dat in het Integraal Zorgakkoord (IZA) door de betrokken partijen afspraken zijn gemaakt over concentratie en spreiding van zorg op het gebied van oncologie en hart- en vaatziekten. Het streven is om eind 2023 voor een aantal zorginterventies te komen tot hogere volumennormen. Vervolgens zal in de regio de impact hiervan worden bepaald en zal een transformatieplan worden opgesteld. Uiteindelijk geven zorgverzekeraars deze volumennormen een plek in de contracten per 1 januari 2026. Van het uitkleden van umc's is uiteraard geen sprake.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van het besluit van de Minister om de kindhartchirurgie te concentreren in Groningen en Rotterdam. Nu het besluit is genomen, hebben genoemde leden nog wel een aantal vragen over het proces in de toekomst. Zij lezen dat een transitieperiode van tweeënhalf jaar geldt voor de ziekenhuizen om de interventies te verplaatsen naar de twee centra in Groningen en Rotterdam. Deze leden vragen de Minister of deze periode ook wordt gebruikt om andere zorg te concentreren in Utrecht en Leiden. Hoe ziet dat proces eruit?

Zoals ik heb toegelicht in de Kamerbrief van 13 februari 2023²⁷ zetten we met dit besluit een belangrijke stap richting een toekomstbestendig academisch zorglandschap dat zich kan gaan meten met de internationale top. Met ruimte voor maximale kwaliteit van zorg voor patiënten en specialisatie voor zorgprofessionals. Een academisch zorglandschap van dat kaliber vraagt ook om een evenwichtige verdeling van specialismen onder de umc's. De centra waar van de interventies voor aangeboren hartafwijkingen worden geconcentreerd, zullen daarom andere vormen van zorg moeten loslaten, zodat concentratie van die vormen van zorg bij andere centra mogelijk is. Welke vormen van zorg dat precies zijn zal in het transitieproces nader moeten worden bepaald.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ook nog een aantal vragen over de mitigerende maatregelen. Kan de Minister schetsen welke maatregelen genomen zullen worden en wat daar de effecten van zullen zijn op het LUMC en UMC Utrecht? Kan de Minister ook een beeld geven

²⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

van de financiële compensatie die beschikbaar wordt gesteld aan de UMC's?

De NFU heeft het voortouw bij de herinrichting van het academisch zorglandschap, mede voortvloeiend uit de concentratie. Samen met de commissie zullen ook de noodzakelijke mitigerende maatregelen voor het LUMC en UMC Utrecht in kaart worden gebracht. Als hier knelpunten uit naar voren komen, dan zal ik daar zorgvuldig naar kijken. Welke maatregelen dat precies zijn, moet in het komende transitieproces blijken. Ik verwacht niet dat aan de umc's extra geld ter beschikking zal worden gesteld en ik denk ook niet dat daar reden toe is.

Tot slot vragen deze leden wat de stand van zaken is van de andere concentratie-vraagstukken van super specialistische zorg. Zijn nieuwe trajecten opgestart om zorg te concentreren? Hoe staat dat specifiek met kankerzorg, aangezien de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) vorig jaar aangaf dat de zorg voor zeldzame kankers nog onvoldoende is geconcentreerd en daar nog grote kwaliteitswinst is te halen?

Ik zal uw Kamer in het derde kwartaal van dit jaar nader informeren over mijn bredere visie op vraagstukken omtrent concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg. Daarin zal ik ook breder ingaan op de zorggebieden waarbij dit speelt.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van het definitieve besluit van de Minister inzake de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Zij heeft grote zorgen over de gevolgen van dit besluit en over het proces van totstandkoming van dit besluit. Als dit een blauwdruk moet zijn voor de concentraties van hoog complexe zorg die nog moeten volgen, dan belooft dat weinig goeds. Wat het genoemde lid het meest verbaast is dat dit onderwerp al zo'n dertig jaar onderwerp van discussie is, maar dat er in die dertig jaar geen goede schets is gemaakt van op welke wijze het academische zorglandschap ingedeeld zou moeten worden. Het lid van de BBB-fractie denkt dat de Minister de plank heeft misgeslagen door de concentratie van de hoog complexe hartzorg als een zelfstandig onderdeel te behandelen zonder goed inzicht te hebben op de totale gevolgen voor de academische ziekenhuizen en zonder een beeld te hebben van verdere concentraties die nog gaan volgen.

Op deze wijze is sprake van een versnipperd beleid dat de kwaliteit van de academische ziekenhuizen geen goed zal doen. Waarom negeert de Minister de oproep van de NZa om eerst een schets te maken van de toekomst van het academische zorglandschap en zo te kiezen voor een integrale aanpak? In de beleving van het lid van de BBB-fractie is nu sprake van incidentenbeleid, niet van beleid waarin een duidelijke koers wordt gevaren met een bekende bestemming. Hoe gaat de Minister de overige concentraties aanpakken? Gaat hij nu wel gevolg geven aan de oproep van de NZa? Zo nee, waarom niet?

Graag wil ik benadrukken dat ik het advies van de NZa volg, maar in een andere volgorde. Het vooraf uitwerken van een integraal perspectief op het academisch zal aanzienlijk meer tijd vergen dan de NZa voorziet. Voor een verdere toelichting verwijs ik naar de Kamerbrief van 13 februari 2023.²⁸

²⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

Ik zal uw Kamer in het derde kwartaal van dit jaar nader informeren over mijn bredere visie op vraagstukken omtrent concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg. Daarin zullen de lessen uit het proces rondom de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen worden meegenomen.

Het lid van de BBB-fractie maakt zich zorgen over de gevolgen van de keuze die nu gemaakt is. Deze zorg betreft dan met name het UMC Utrecht. In het verleden is ervoor gekozen om de kinderoncologie te concentreren in Utrecht, in het naastgelegen PMC. In dit ziekenhuis vindt hoogwaardige zorg voor kinderen met kanker plaats. Bij deze kinderen worden ook vaak hartproblemen geconstateerd, al dan niet als gevolg van de behandelingen die ze krijgen.

Het gaat hierbij zeker om zestig verrichtingen per jaar die noodzakelijk zijn en vallen onder de hoog complexe hartzorg. Het gaat bovenal om acute zorg. Genoemd lid maakt zich dan ook zorgen over hoe dit in de toekomst moet. Hoe ziet de Minister dit precies voor zich? Deze kinderen zullen vervoerd moeten worden naar Rotterdam. Het gaat hier om kinderen die al in een langdurig ziekteproces zitten. Is dit een overweging geweest bij de definitieve keuze? Welke waarde heeft de Minister daar dan aan gegeven? Zou de stapeling van ziektes en aandoeningen en de gevolgen van het besluit van de Minister voor deze kinderen en hun ouders niet van een groter belang moeten zijn?

In de brief van 13 april 2023 ben ik ingegaan op de gevolgen voor de samenwerking tussen het UMC Utrecht en het PMC.²⁹ In de transitieperiode zal aandacht besteed moeten worden aan goede samenwerking en onderlinge werkafspraken tussen de interventielocaties en de shared care instellingen. Daar zal ook expliciet aandacht nodig zijn voor de patiënten van het PMC. Begrijpelijk(er)wijs zijn extra reistijd en andere mogelijke veranderingen als de operatie verder weg plaatsvindt, vervelend voor patiënten. Patiënten hebben echter ook laten weten dat zij verder willen reizen voor een operatie, als dat betekent dat zij de beste zorg krijgen. Iedereen wil uiteindelijk de beste zorg voor zichzelf, zijn of haar kind of naaste, ook als dat bij een ander ziekenhuis is.

Genoemd lid wil graag weten hoe de transitieperiode er precies uit gaat zien. Hoe draagt de Minister zorg voor de personele consequenties? Draait de Minister simpelweg de geldkraan dicht? Het gaat hier om personeel dat zeer gespecialiseerd is en hoogwaardige zorg verleent. Verwacht de Minister dat dit personeel van het ene ziekenhuis overstapt naar het andere? Wordt dit begeleid?

In het kader van de zorgtransitie moet per centrum in kaart worden gebracht wat dit betekent voor de medische specialisten en ondersteunende zorgprofessionals die bij deze zorg betrokken zijn. Het is belangrijk om deze zorgprofessionals te behouden, want zij zijn ook in de toekomst hard nodig. Ik streef ernaar dat snel duidelijkheid wordt geboden aan betrokken artsen en verpleegkundigen, maar dat is vooral ook een zaak van de umc's zelf. De snelheid waarmee er duidelijkheid kan komen is overigens ook mede afhankelijk van het verloop van de juridische procedures.

Hoe gaat de Minister om met het feit dat door de manier waarop dit proces is verlopen er ernstige verstoringen in de onderlinge verhoudingen tussen ziekenhuizen zijn ontstaan? Erkent de Minister dat juist goede verhoudingen nodig zijn om deze transitie goed te laten verlopen?

²⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

Ja, goede verhoudingen en samenwerking zijn essentieel om de transitie goed te laten verlopen. Tegen die achtergrond begrijp ik de zorgen over de huidige spanningen tussen de zorgprofessionals van vier centra en de impact die dit kan hebben op patiënten en hun naasten. Goede samenwerking tussen de zorgprofessionals in deze kleine beroepsgroep, die toch met elkaar verder moet, is van groot belang. Patiëntenzorg en het wetenschappelijk onderzoek mogen niet onder deze situatie lijden. In de transitieperiode zullen gesprekken gevoerd moeten worden met de zorgbestuurders en patiëntenorganisaties, om te bepalen wat nodig is om de onderlinge verhoudingen en de samenwerking te herstellen. In de Kamerbrief van 13 februari 2023³⁰ heb ik de verschillende betrokkenen opgeroepen over hun schaduw heen te stappen en deze nieuwe situatie aan te grijpen als een kans. Een kans om de interventies voor patiënten met een aangeboren hartafwijking op de best mogelijke wijze te organiseren. Deze oproep zal ik waar nodig blijven herhalen en ook de zorgprofessionals op het hart drukken.

Het lid van de BBB-fractie heeft ook wat vragen over de zogenaamde mitigerende maatregelen (maatregelen die de negatieve effecten moeten verminderen). De Minister stelt dat de effecten op de aanpalende zorg voor kinderen met kanker in Utrecht op te lossen zijn met mitigerende maatregelen. Het PMC denkt daar anders over en stelt dat de acute zorg voor hun patiënten niet met mitigerende maatregelen is op te lossen. Welke mitigerende maatregelen ziet de Minister wel, die het PMC niet ziet, voor acute interventies die niet gepland kunnen worden? Bovendien zijn de effecten op de aanpalende zorg voor het UMC Utrecht, Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) en PMC niet in beeld gebracht. Is de Minister voornemens dit alsnog te doen?

Zoals ik eerder heb toegelicht in de Kamerbrief van 13 april 2023 heeft de NZa in de impactanalyse ook gekeken naar de gevolgen voor de zorg in het PMC, als het UMC Utrecht niet werd aangewezen als interventiecentrum. Uit de impactanalyse van de NZa blijkt dat er gevolgen zijn voor de zorg in het PMC, maar niet dat die gevolgen zodanig zijn dat deze niet met mitigerende maatregelen kunnen worden ingeperkt. Dit geldt ook voor de mogelijke gevolgen voor de aanpalende zorg in het UMC Utrecht en het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ). In verband met de lopende bezwaar- en gerechtelijke procedures, is het echter niet passend om hier verder op in te gaan.

Het lid van de BBB-fractie maakt zich grote zorgen over de volgende tekst uit de zienswijze van het PMC: «het Vertrek van het kinderhartteam uit het WKZ leidt in een aantal gevallen tot levensbedreigende situaties voor kinderen met kanker, hetgeen het PMC onvoldoende door samenwerking met een ander centrum kan opvangen». Heeft de Minister dit risico in beeld gebracht? Is de Minister het met het dit lid eens dat dit soort risico's niet acceptabel zijn?

Ja dit soort risico's zijn niet acceptabel maar zullen zich naar het oordeel van de impactanalyse van de NZa ook niet hoeven voor te doen als adequate maatregelen worden genomen. In de transitieperiode zal duidelijk worden hoe die maatregelen er uit zien en hun beslag krijgen.

Genoemd lid vreest dat door het verlies van het kinderhartteam uit Utrecht de succesvolle nationale concentratie van de zorg voor kinderen met kanker voor een belangrijk deel teniet wordt gedaan. De ene concentratie brengt de voordelen van de andere concentratie teniet. Dat kan nooit de bedoeling zijn en is precies de reden waarom er eerst een

³⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

toekomstschets voor het totale academische zorglandschap moet komen. Het lid van de BBB-fractie staat dan ook op het standpunt dat de Minister een pas op de plaats moet maken en zijn beslissing op moet schorten om zo de tijd te nemen om alsnog met een toekomstbestendig beeld te komen, waarin ook andere vormen van concentratie van hoog complexe zorg meegenomen wordt. Ook hier moeten de gevolgen voor aanpalende zorg goed in beeld zijn gebracht en meegewogen worden in de beslissing.

Uiteraard zal dit betekenen dat geschoven wordt met zorg, maar als dit leidt tot een gedragen uitkomst met voldoende toekomstperspectief voor alle academische ziekenhuizen dan hebben alle academische ziekenhuizen daar baat bij. Ook wordt dan voorkomen dat voor elke vorm van hoog complexe zorg die geconcentreerd gaat worden, ditzelfde traject doorlopen moet worden. Een traject dat vooral verliezers kent en dat zijn niet in de laatste plaats de patiënten.

Ik stel mij op het standpunt dat een dergelijke «pas op de plaats» zich niet verhoudt tot de urgentie van deze concentratie. Voor een toelichting op de beslissing verwijs ik naar de Kamerbrieven van 13 februari 2023³¹ en 13 april 2023.³²

Vragen en opmerkingen van het lid van de fractie Den Haan

Het lid van de fractie Den Haan heeft kennisgenomen van het definitieve besluit over de concentratie van interventies bij aangeboren hartafwijkingen. Zij is van mening dat regionale spreiding niet als criterium moet worden meegenomen bij het concentreren van hoog complexe zorg. Kwaliteit en de continuïteit van zorg moeten altijd voorop staan. Kan de Minister aangeven of de selectiecriteria voor de keuze van toekomstige concentraties van hoog complexe zorg nu zijn vastgesteld op welk centrum het grootst is en of er goede regionale spreiding is?

Voor een toelichting op hoe de criteria tot stand zijn gekomen, verwijs ik naar de brief van 23 december 2022.³³ Ook verwijs ik u naar de Kamerbrieven van 13 februari 2023³⁴ en 13 april 2023.³⁵ Zoals vermeld zal ik uw Kamer in het derde kwartaal van dit jaar nader informeren over mijn bredere visie op vraagstukken omtrent concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg. *Wat het lid van de fractie Den Haan betreft leidt dit besluit tot minder kwaliteit bij de concentratie van kinderoncologische zorg. Klopt het dat de Minister deze afname van kwaliteit accepteert als een effect van dit besluit?*

Nee, dat klopt niet. Het doel dat ik nastreef met de concentratie van de interventies bij patiënten met een aangeboren hartafwijking is juist om de kwaliteit van de zorg ook voor de lange termijn te borgen en te verbeteren. Dit geldt uiteraard ook voor kinderoncologische zorg.

In de brief geeft de Minister aan dat uit de impactanalyse blijkt dat er gevolgen zijn voor de zorg in het PMC als het UMC Utrecht niet wordt aangewezen als interventiecentrum, maar dat die gevolgen niet zodanig zijn dat die niet kunnen worden ingeperkt met mitigerende maatregelen. Aan welke maatregelen denk de Minister? Kan de Minister aangeven welke maatregelen hij zal nemen als blijkt dat de gevolgen voor de zorg

³¹ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

³² Kamerstuk 31 765, nr. 772.

³³ Kamerstuk 31 765, nr. 703.

³⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

³⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 772.

voor patiënten met kanker niet met mitigerende maatregelen kan worden opgelost? Heeft de Minister een verkenning gedaan naar de mogelijkheden?

De NFU heeft zoals gezegd het voortouw bij de herinrichting van het academisch zorglandschap, mede voortvloeiend uit de concentratie. Samen met de commissie zullen ook de noodzakelijke mitigerende maatregelen voor het PMC in kaart worden gebracht. Als hier knelpunten uit naar voren komen, dan zal ik daar natuurlijk zorgvuldig naar kijken.

Tijdens het debat op 22 februari jongstleden heeft het lid van de fractie Den Haan een motie ingediend³⁶ waarin zij verzoekt alles op alles te zetten om hoog complexe ketenzorg voor kinderen met kanker te verbreken en hier eerst onderzoek naar te doen. Deze motie is aangenomen. Kan de Minister aangeven wanneer hij start met de uitvoering van die motie?

In de transitie de komende tweeënhalve jaar zal ook aandacht worden besteed aan mogelijke ongewenste gevolgen voor kinderoncologische zorg. Hiermee zal uitvoering gegeven worden aan de door u genoemde motie.

In de brief geeft de Minister aan dat hij een adviescommissie zal instellen die de NFU zal ondersteunen bij het herinrichten van het medisch zorglandschap. Deze commissie zal ook een goede betrokkenheid van alle patiëntenorganisaties borgen. Horen daar ook de patiëntenorganisaties voor kinderoncologie bij? Zo ja, wat was de strekking van deze gesprekken?

In de opdracht aan de commissie heb ik meegegeven dat ik verwacht dat de commissie de verschillende patiëntenorganisaties voor patiënten (volwassenen en kinderen) zal betrekken. Op welke wijze de commissie dat doet is aan de commissie zelf. De commissie heeft mij bericht dat de gesprekken op afzienbare termijn zullen plaatsvinden dus de strekking is op dit moment nog niet weer te geven.

Het lid van de fractie Den Haan heeft al eerder aangeven dat volgens haar niet regionale spreiding moet worden gehanteerd als belangrijk criterium maar regionale dekking. Waarom heeft de Minister hier niet voor gekozen?

Voor een toelichting op de selectiecriteria verwijs ik naar de Kamerbrieven van 13 februari 2023³⁷ en 13 april 2023.³⁸

³⁶ Kamerstuk 31 765, nr. 720.

³⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 707.

³⁸ Kamerstuk 31 765, nr. 772.