8
Besluit tot sluiten van kinderhartcentra

Aan de orde is het **debat** over **het besluit tot sluiten van kinderhartcentra**.

De **voorzitter**:
Aan de orde is het debat over het besluit tot sluiten van kinderhartcentra. Een hartelijk woord van welkom aan de minister. Het is fijn om u hier weer te zien.

We hebben dertien sprekers van de zijde van de Kamer. Ik geef graag als eerste het woord aan de heer Bushoff van de Partij van de Arbeid. Hij heeft zoals iedereen vier minuten spreektijd.

□

De heer **Bushoff** (PvdA):
Voorzitter. Ik hoor vanuit de zaal: hoeveel interrupties?

De **voorzitter**:
Ja, volgens mij is het stomste wat je aan de voorzitter kunt vragen hoeveel interrupties toegestaan zijn. Ik ga er vooralsnog geen limiet op zetten, maar als het uit de hand loopt, ga ik op de rem staan en verander ik wellicht de spelregels tijdens de wedstrijd. Het woord is aan de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Voorzitter. De toekomst van de kinderhartchirurgie is een beladen onderwerp. De afgelopen tijd, het afgelopen jaar, zagen we de betrokkenheid van patiënten, ouders, zorgverleners en verschillende organisaties. We zagen het gisteren, we zien het vandaag op de publieke tribune. Los van die betrokkenheid is het ook een onderwerp dat mij raakt, wat het ook een beladen onderwerp maakt.

Als je het hebt over de toekomst van de kinderhartchirurgie, dan staat voor ons voorop dat wij kwalitatief goede en tegelijkertijd ook toegankelijke zorg willen. Juist daarom was het vorige besluit van de vorige minister van VWS om, zonder de consequenties te overzien, twee van de vier kinderhartcentra, waaronder Groningen, te sluiten, onverantwoord. Dat besluit zette de acute zorg in heel Noord-Nederland op het spel. Dat is natuurlijk onacceptabel. Sterker nog, als je er nu op terugkijkt, slaat de kou mij weer om het hart. Daarom is het goed dat dat besluit is teruggedraaid en dat eerst de consequenties van het sluiten van de verschillende kinderhartcentra door de Nederlandse Zorgautoriteit, de NZa, in kaart zijn gebracht. Daar komt duidelijk uit naar voren dat het openhouden van Groningen geen andere keuze is. Het is dan ook te prijzen dat deze minister van VWS het besluit van zijn voorganger heeft heroverwogen en tot een beter besluit is gekomen.

Wat de Partij van de Arbeid betreft, kunnen we het besluit steunen dat Rotterdam en Groningen nu openblijven. Die eerste stap snappen wij heel goed. Maar de tweede stap die de minister nu zet, het sluiten van de andere helft van onze kinderhartcentra, die in Leiden en Utrecht, vinden wij nog onvoldoende overtuigend en onvoldoende onderbouwd. Die stap vinden wij op drie punten onvoldoende onderbouwd.

In de eerste plaats vinden wij de noodzaak om over te gaan tot concentratie naar twee centra in plaats van naar drie centra onvoldoende onderbouwd. De NZa beschrijft in haar rapport dat er geen wetenschappelijke studies zijn die aantonen dat de kwaliteit significant en met zekerheid verbetert als je concentreert van drie naar twee centra. Op zich zou je dus ook kunnen kiezen voor drie centra. Dat geldt ook voor de personele bezetting. Als het een punt van zorg is hoeveel chirurgen er zo meteen zijn, kun je er ook voor kiezen om drie in plaats van twee centra open te houden.

Het laatste raakt aan het tweede punt waarover wij de minister nog niet overtuigend vinden in zijn keuze voor het openhouden van twee centra en het sluiten van twee andere centra, namelijk dat de voordelen van concentratie naar twee in plaats van naar drie centra zouden opwegen tegen de nadelen en de grote gevolgen die dat heeft voor bijvoorbeeld Leiden en Utrecht.

Ten derde zijn wij er nog niet van overtuigd dat de nadelige gevolgen van het sluiten van twee van de kinderhartcentra en de grote impact die dat heeft op Leiden en Utrecht, daadwerkelijk goed kunnen worden opgevangen met de mitigerende maatregelen waar de minister over spreekt. We weten nog niet of die mitigerende maatregelen wel of niet gaan werken, maar we gaan op voorhand wel de helft van onze kinderhartcentra sluiten.

Voorzitter. Concluderend begrijpen wij als Partij van de Arbeid de keuze van de minister om Groningen en Rotterdam open te houden, maar zijn wij nog niet overtuigd van het nut en de noodzaak om de twee andere centra, Utrecht en Leiden, te sluiten.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Merci. Er is nog een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Als ik goed naar meneer Bushoff luister, dan zegt hij eigenlijk: houd ze alle vier maar open, want dat is misschien ook het makkelijkst. Is dat wat meneer Bushoff zegt?

De heer **Bushoff** (PvdA):
Nee. Ik zeg daar eigenlijk twee dingen over. In de eerste plaats vind ik het, gelet op het rapport van de NZa, logisch dat naast Rotterdam ook Groningen openblijft, maar ik zie nog niet de noodzaak om de andere twee te sluiten. Ik kan me dus heel goed voorstellen dat er drie openblijven.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Meneer Bushoff zegt dus eigenlijk: de minister moet het voorgenomen besluit nog even uitstellen en hij moet mij nog overtuigen welke van die twee open moet blijven. Dan is mijn vraag aan meneer Bushoff natuurlijk: welke criteria vindt meneer Bushoff daar belangrijk bij?

De heer **Bushoff** (PvdA):
Ik denk dat het goed is om hierover wat meer helderheid te schetsen. Ik verwacht van de minister, en ik zie graag, dat wij nu als eerste besluiten om stap één te zetten door te zeggen: Groningen en Rotterdam blijven open. De tweede stap, het kiezen welke van de andere eventueel sluit, nemen we dan pas als we zeker weten dat de mitigerende maatregelen gaan werken en als die in kaart zijn gebracht.

De **voorzitter**:
Afrondend, kort.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Maar dan snap ik nog steeds niet goed wat meneer Bushoff wil, anders dan het besluit uitstellen. Dat is eigenlijk wat meneer Bushoff vraagt.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Volgens mij kun je heel goed het besluit aanhouden dat Groningen en Rotterdam openblijven. Dat is de eerste stap die je zet. De tweede stap die de minister zet, is het sluiten van Utrecht en Leiden. Volgens mij is dat nu nog niet verantwoord en ook nog niet nodig. Het is dus beter om daarmee te wachten tot je zicht hebt op de mitigerende maatregelen en op het antwoord op de vraag of die daadwerkelijk kans van slagen hebben.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik probeer dit toch even te begrijpen. Dat betekent toch ook dat je helemaal niet met enige vorm van implementatie kan beginnen. Ik zoek eigenlijk, in vervolg op de vraag van mevrouw Tielen, naar: wat wil meneer Bushoff precies?

De heer **Bushoff** (PvdA):
Het is heel duidelijk. Je kan lang of kort proberen onduidelijk te maken wat ik hier neerleg, maar wat de Partij van de Arbeid wil, is heel simpel. Wij willen Groningen en Rotterdam openhouden. Die eerste stap van het besluit van de minister volgen wij, maar we volgen nog niet dat de andere twee locaties allebei per se gesloten moeten worden. De noodzaak daarvan is onvoldoende onderbouwd. Het nut daarvan is onvoldoende onderbouwd. Wij denken dat je ook met drie centra uit de voeten zou kunnen. Het is dus nodig om voor die andere twee, voor Leiden en Utrecht, eerst in kaart te brengen welke mitigerende maatregelen kans van slagen hebben en welke niet.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Meneer Bushoff zei aan het begin heel duidelijk dat de acute zorg in Groningen onder druk stond en dat het daarom heel belangrijk is dat Groningen overblijft. Daar had hij een heel duidelijk criterium. Ik zoek toch naar de criteria die meneer Bushoff verder zou willen toepassen.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Misschien moet ik de vraag dan terugstellen.

De **voorzitter**:
Neeneenee. Neeneenee.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Hoe kan het verantwoord zijn om twee centra te sluiten terwijl we de noodzaak daarvan niet kunnen inzien en, twee, terwijl we niet weten of de mitigerende maatregelen en het opvangen van de gevolgen van het sluiten van die twee centra werken? Hoe kunnen we dat met z'n allen verantwoord vinden? Kunnen we dan niet beter kiezen voor drie centra? Dat is dus nog één extra centrum naast Rotterdam en Groningen. Het antwoord van de Partij van de Arbeid is: ja, dat zou een betere keuze zijn.

De **voorzitter**:
We gaan luisteren naar mevrouw Van den Berg van het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dank u wel, voorzitter. Het CDA steunt de minister in het voornemen om alle hoogcomplexe laagvolumezorg te concentreren. Dat is van essentieel belang voor het behoud van de kwaliteit. Maar voor de goede orde, dat is minder dan 10% van de zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit adviseert in haar rapport om daartoe een integraal plan te maken, zodat er een eerlijke verdeling komt en om te voorkomen dat door een salamitactiek overige planbare en acute zorg in de regio's onder druk komt. Wij hadden als CDA liever zo'n integraal plan gezien, maar we hebben er begrip voor dat de minister nu toch een knoop doorhakt wat betreft kindercardiologie. Kan de minister nog wel toelichten waarom drie centra geen optie is?

Voorzitter. Dat brengt ons bij de volgende vraag. De minister wil ook zo'n integraal plan en roept de academische huizen op dat te maken. Maar welk tijdpad heeft de minister voor ogen? En wat gaat hij doen als er geen voortgang is? Hoe gaat de minister daar zelf regie op houden? Heeft hij voldoende toereikende instrumenten? Kunnen wij in de zomer van 2024 een update ontvangen over de voortgang?

Voorzitter. De minister weet dat het CDA wil dat er bij de keuze van concentratie sprake is van een eerlijke spreiding. In mijn motie van februari vorig jaar vroeg ik de regering om bij verdere concentratie regionale spreiding te operationaliseren en mee te nemen in de besluitvorming. Want ik herhaal het nog maar eens: concentreren is niet hetzelfde als centraliseren in de Randstad. Concentreren kan ook in Groningen, Nijmegen en Maastricht. Goed dat nu ook voor Groningen is gekozen, want anders was ik in ieder geval er met gestrekt been ingegaan, zeg ik maar.

Dit brengt mij wel bij mijn vraag. In mijn andere motie uit februari vorig jaar bepleit ik dat bij concentreren naast samenwerking en gebruik van eenduidige definities van kengetallen, ook adequate digitale informatie-uitwisseling en shared care als voorwaarden gesteld moeten worden. De minister schrijft in zijn brief, in lijn met deze motie, dat ziekenhuizen eenduidige definities et cetera moeten hanteren, zodat we appels met appels kunnen vergelijken. Maar de NFU geeft onzes inziens terecht aan dat ze van de minister geen criteria hadden meegekregen. Hoe gaat de

minister in het algemeen eenduidig werken, goede informatie-uitwisseling en met name shared care borgen, nu en bij andere concentraties? Graag een reactie daarop evenals op ons verzoek aan de minister om daarover een uitgebreide brief naar de Kamer te sturen.

Voorzitter. Tot slot het Leids Universitair Medisch Centrum en UMC Utrecht. De minister heeft tweeënhalf jaar uitgetrokken voor een transitieperiode. In Utrecht is er intensieve samenwerking tussen het Wilhelmina Kinderziekenhuis en het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie, want sommige kinderen hebben zorg nodig van beide instellingen. Van ongeruste ouders ontvang ik daarover vragen, zoals we ook gisteren zagen bij de petitieaanbieding. Kan de minister daarop reageren? We weten dat het LUMC in Leiden als enige operaties uitvoert terwijl de baby nog in de baarmoeder zit. Hoe wordt die kennis overgedragen en geborgd?

In het LUMC is men ook erg ongerust over het kwijtraken van de academische status. De minister heeft in Skipr en in antwoord op vragen daar al wat over gezegd. Maar ik zou dit graag nog nader toegelicht zien.

Dank u wel.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Mevrouw Van den Berg kwam net naar de heer Bushoff met de vraag of er drie centra open zouden moeten blijven. Ik ben wel benieuwd hoe het CDA daarin staat. Is het CDA wel bereid om in ieder geval drie kinderhartcentra open te laten?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Wij willen met name graag van de minister dat hij de argumenten voor zijn beslissing nog eens toelicht. Want ook in het rapport van de Nederlandse Zorgautoriteit wordt verwezen naar het buitenland, waar men pak 'm beet 1 centrum heeft op ruim 5 miljoen mensen. Dat zouden er hier dus drie zijn. De minister heeft in eerdere geschriften ook gezegd dat dat uiteindelijk leidt tot weer andere logistieke problemen, juist vanwege die bemensing, want het is natuurlijk maar een heel klein team van artsen die dit kunnen doen. Maar wij willen van de minister nog wel graag de argumenten hiervoor horen.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ja, u wil van de minister de argumenten horen. Maar kijk hier achter ons: daar zitten heel veel mensen die rechtstreeks betrokken zijn. Mevrouw Van den Berg heeft ook met hen gesproken. Zij hebben al argumenten gegeven om eventueel drie centra open te laten. Alle vier de centra hebben hun argumenten gegeven. Maar die argumenten hebben mevrouw Van den Berg kennelijk nog niet overtuigd. Daar heeft zij de minister nog even voor nodig. Wat is er gebeurd met die argumenten, dat u die zo betwijfelt dat de minister de doorslag geeft? Volgens moeten de mensen die met de poten in de klei staan, die het werk doen en die de praktijk kennen, al de argumenten hebben gegeven aan de partijen om te kiezen voor in ieder geval drie.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Nou, daar zou ik toch eerst een heel andere groep bij willen betrekken. Dan ga ik even terug naar het rondetafelgesprek dat we vorig jaar hebben gehad met heel veel betrokkenen. Daarin kwam met name naar voren dat juist ook de patiëntverenigingen zeiden: doe het alsjeblieft op één plek; maak er één locatie van. Persoonlijk vind ik één locatie kwetsbaar, maar niet zozeer vanwege de medische kennis en kunde. We hebben een keer de kelders onder water gehad in Amsterdam. We hebben ook weleens een ICT-hack van een ziekenhuis. Ik vind het dus heel kwetsbaar om iets op één plek uit te voeren. In feite vroegen degenen die wat mij betreft de eersten zouden moeten zijn als het gaat over kwaliteit van de zorg: doe alle kennis en kunde op één plek. Vandaar dat ik zeg dat ik één plek kwetsbaar vind. Twee vind ik op zich goed, zeker ook omdat ik de regionale spreiding belangrijk vind. Maar we krijgen inderdaad die vragen, dus ik wil graag van de minister horen waarom het toch beter is om twee plekken te hebben dan drie.

De **voorzitter**:
Afrondend, kort.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik heb het helemaal niet gehad over één plek. Mevrouw Van den Berg gaat ineens een heel andere discussie beginnen. Mijn vraag aan mevrouw Van den Berg was de volgende. Als we het al hebben over in ieder geval drie, dan heeft mevrouw Van den Berg zich kennelijk niet laten overtuigen door de vele, vele gesprekken die iedereen hier in de zaal met de blauwe stoeltjes uren heeft gevoerd met alle betrokkenen. Dan blijf ik het heel vreemd vinden dat het oordeel van het CDA gaat afhangen van wat de minister gaat vinden. Dan hebben die gesprekken kennelijk niet genoeg gebracht voor het CDA of voor mevrouw Van den Berg om hier keihard te zeggen: luister eens, wij gaan voor in ieder geval drie, sowieso.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Het CDA heeft al die gesprekken gevoerd. Ik heb er enorm veel tijd aan besteed, als ik zie hoeveel werkbezoeken ik toen allemaal heb afgelegd, met wie ik allemaal heb gesproken en welke berichten ik allemaal heb ontvangen. Maar ik heb vorig jaar ook gezegd dat ik enorm veel moeite heb met het moddergooien dat plaatsvindt. Natuurlijk hebben die instellingen ook eigen belangen. Natuurlijk vinden die het fantastisch als ze deze topoperaties mogen doen. Ik denk echt dat je mag zeggen dat het eervol is, als je als arts dit soort dingen kunt doen en zulke patiënten kunt redden. Maar het uitgangspunt voor het CDA is in eerste instantie niet wat de vier instellingen naar voren brengen. Het uitgangspunt voor het CDA is de kwaliteit van de patiëntenzorg. Daar heb ik vorig jaar in de rondetafelgesprekken heel andere dingen over meegekregen.

De heer **Hijink** (SP):
Ik ga daar dan maar op door. Als het gaat over de kwaliteit van zorg, zegt mevrouw Van den Berg: concentratie helpt, want het is goed om de kwaliteit te verbeteren. De inspectie zegt: de kwaliteit van zorg is in alle vier de centra nu goed. De Zorgautoriteit zegt ook in de uitgebreide analyse: er is geen enkel wetenschappelijk bewijs dat verdere concentratie

leidt tot meer kwaliteit. Wat is nu nog de reden om te zeggen dat we per se van vier naar twee moeten, als je het puur hebt over kwaliteit? Ik heb die argumenten niet gezien, niet bij de inspectie en ook niet bij de NZa. Waarop baseert mevrouw Van den Berg dat de kwaliteit van zorg beter zal worden, als je naar twee centra zou gaan?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb zeker gelezen — vraag me niet op welke pagina in welk stuk — dat de inspectie ook adviseert om twee centra open te houden, niet omdat het op dit moment niet goed gaat, maar omdat we moeten kijken naar de enorme belasting die er nu is en naar het beperkte aantal mensen die dit soort topoperaties kunnen uitvoeren. Om die mensen rust te geven en te zorgen dat de werkdruk niet te hoog wordt, moet je daarin keuzes maken. Dat heeft de inspectie ook aangegeven. Als ik dan alleen al de discussie zie die is gevoerd en waar vanmiddag ook de Zorgautoriteit mee begon, over iedereen die zijn eigen data had, dan staat het samenwerken voor mij wel op de allereerste plaats.

De heer **Hijink** (SP):
Mevrouw Van den Berg haalt nu alles door elkaar, dus dat maakt het ingewikkeld. Over die beperkte groep chirurgen die dit werk moeten doen. Het zijn er tussen de elf en de veertien; dat wisselt een beetje. De hele discussie was ooit begonnen met: ze werken nu op te veel locaties en daardoor zijn die teams te kwetsbaar, dus je moet naar minder locaties zodat je per locatie vier chirurgen hebt die daar de boel draaiende kunnen houden. Vervolgens zegt de NZa in de impactanalyse: we hebben straks een reële kans dat er chirurgen boventallig worden. Dat woord wordt letterlijk gebruikt. We hebben straks dus de kans dat we naar twee locaties gaan waar in totaal acht — laat het er misschien negen of tien zijn — chirurgen komen te werken, en dat vier chirurgen vervolgens ander werk moeten gaan zoeken of zo. Die gaan dus wat anders doen, terwijl de hele discussie begonnen is met de vraag hoe we er nou voor zorgen dat we deze chirurgen zo effectief mogelijk kunnen inzetten. Ik lees daarin een pleidooi voor zeker drie centra, zodat je die teams volwaardig kunt opstellen en de scholing en opleidingen goed kunt organiseren, en dus niet voor twee centra, omdat je het daarmee juist nog kwetsbaarder maakt.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dat is precies waarom wij aan de minister vragen om nog eens goed toe te lichten waarom drie volgens hem geen reële optie is en waarom we naar twee moeten gaan. Maar nogmaals, ik hou ook in gedachten wat de diverse patiëntenorganisaties vorig jaar tijdens het rondetafelgesprek hebben geroepen.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Het is natuurlijk een best beladen onderwerp. Het is goed om het debat zo inhoudelijk mogelijk te maken. Eigenlijk dacht ik in het begin dat ik en mevrouw Van den Berg, de PvdA en het CDA, elkaar wel zouden vinden. Ik hoorde mevrouw Van den Berg namelijk zeggen: wij gaan voor de goede kwaliteit én de toegankelijkheid van de zorg. Complimenten voor de inzet voor de toegankelijkheid van de zorg, maar op het punt van de kwaliteit van de zorg zegt mevrouw Van den Berg nu in reactie op verschillende interrupties eigenlijk: "Ik weet eigenlijk niet of de kwaliteit wel beter is als we het concentreren in twee centra in plaats van drie. Sterker nog, ik zie daar helemaal geen argumenten voor. Die moet ik nog horen." Ondertussen weten we wel dat de impact van het sluiten van de twee andere locaties enorm is. Dan is mijn vraag aan mevrouw Van den Berg: zou het vanuit dat oogpunt niet verstandiger zijn om in ieder geval te kiezen voor drie, zodat we maar één locatie hoeven te sluiten en de consequenties dus minder groot zijn?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ja, maar dan komen we in een soort vicieuze cirkel terecht. Wij zullen niet alleen op dit dossier over concentratie moeten besluiten; dat zullen we ook op andere punten moeten doen. Het gaat ons erom dat we voor heel Nederland de toegankelijkheid goed geborgd hebben — zoals ik al zei, concentreren kun je ook in Groningen, Nijmegen en Maastricht — en ook de kwaliteit. De minister heeft aangegeven dat hij nu kiest voor twee. In het NZa-rapport wordt inderdaad gezegd dat er veel discussie is over de volumenormen. Daar wil ik van de minister dan ook graag nog wat nadere toelichting op horen. De minister heeft ook al aangegeven dat het juist belangrijk is dat niet alleen een locatie een bepaalde volumenorm haalt, maar ook een specifieke arts. Anders kunnen er alsnog artsen zijn met heel weinig ervaring. Dat is precies het punt. Meneer Hijink zegt: dan heb je misschien wel meer artsen dan je in totaal nodig hebt. Maar het gaat er juist ook om dat een arts voldoende ervaring heeft, en niet alleen een ziekenhuis.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dat was niet helemaal een antwoord op mijn vraag, maar dan toch nog een iets andere vraag. Mevrouw Van den Berg schetste in haar conclusie de nadelige gevolgen van het sluiten van Leiden en Utrecht. Die gevolgen hebben we allemaal gehoord. Ik denk dan ook dat het terecht is dat mevrouw Van den Berg die aanstipt. Maar wegen die nadelen dan minder zwaar voor mevrouw Van den Berg dan het voordeel van het sluiten van twee van de kinderhartcentra? En kan zij dat voordeel dan heel expliciet noemen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dat heeft alles te maken met die integrale aanpak en het feit dat je naar het totale plaatje kijkt. De minister gaf dat al aan. Het gaat om mitigerende maatregelen; zo wordt dat dan genoemd. Er zijn nadelen voor Utrecht en er zijn nadelen voor Leiden. Ik wil ook graag weten hoe die zorgen geadresseerd worden. Ik wil dus graag een reactie van de minister op die twee punten. Maar ik zie ook dat andere onderdelen van Rotterdam naar Leiden of Utrecht zouden kunnen gaan. Daar krijgen we dezelfde discussie over.

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema. Nee, mevrouw Den Haan. Ik vind alles best.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dank u wel, voorzitter. Ik had nog wel mijn blauwe pak aangetrokken. Ik dacht: dan val ik een beetje op.

De **voorzitter**:
Ja, maar met die blauwe stoeltjes werkt dat toch niet.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Nee, het werkt niet. Ik val een beetje weg. Dat is dan weer jammer.

Ik werd even getriggerd door collega Van den Berg. Zij gaf aan dat concentratie van zorg buitengewoon belangrijk is. Dat ben ik met u eens. Maar u gaf aan dat u er met gestrekt been in was gegaan als er niet voor Groningen was gekozen. Kunt u mij nog één keer heel kort en heel beknopt uitleggen waarom?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb vorig jaar gezegd: het concentreren van zorg is niet hetzelfde als centraliseren in de Randstad. Daar heb ik ook een motie over ingediend. Als je kijkt naar concentratie … Als je maar één plek hebt, zoals het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis of het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie, dan zal je ergens een keuze moeten maken. Maar als er meer dan één plek is en het ook iedere keer de insteek was dat er meer dan één plek zou zijn, dan zeg ik: het kan niet zo zijn dat er dan alleen maar voor de Randstad wordt gekozen. Concentreren is namelijk niet hetzelfde als centraliseren.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Daar heeft u gelijk in, maar regionale spreiding is ook iets anders dan regionale dekking. Ik neem aan dat u dat met mij eens bent en dat u ook vindt dat dat buitengewoon belangrijk is.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Nee, want Groningen wordt iedere keer genoemd. Maar laten we vooropstellen dat het UMC Groningen het ziekenhuis is voor Groningen, Friesland, Drenthe en heel Noord-Overijssel. En regionale spreiding … Het kan straks ook zijn dat er iets anders in het Radboudumc wordt geconcentreerd, waardoor mensen uit Overijssel naar het Radboudumc moeten. Daar hebt u gelijk in.

De **voorzitter**:
Heel kort, afrondend.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dat betekent dus eigenlijk dat u geografie boven demografie zet. In het noorden en noordoosten is er sprake van een krimpregio qua bevolkingsgroei, terwijl er in het zuidoosten, het westen en in het midden van Nederland sprake is van een groeiregio. Als je dus naar aantallen kijkt, is het niet logisch dat er wordt gekozen voor Groningen. Daarnaast vergt kwaliteit volume en met de groei die voorspeld is door de NZa haalt ook Groningen het volume niet. Ik ben dus echt benieuwd waarom u toch specifiek voor Groningen kiest.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Maar dan komen we op een heel ander onderwerp. Ook het debat over acute zorg van 9 december ging daarover. Daar heb ik met mevrouw Ellemeet een motie over ingediend. Als we dus overal maar alle voorzieningen altijd weghalen omdat er in Amsterdam toevallig meer mensen zijn en als we in de Atlas van afgehaakt Nederland nog meer afgehaakte mensen willen zien, dan moeten we vooral doorgaan met dat beleid. Ik ben het helemaal met mevrouw Den Haan eens dat je niet op alle plekken alles kunt hebben en zeker niet met dit soort hoogspecialistische zorg, maar als er meer dan één locatie wordt gekozen, dan vinden wij inderdaad dat regionale spreiding een criterium is dat meegenomen moet worden. Vorig jaar heb ik dat ook in mijn motie vastgelegd. Dat is volgens mij toen ook nog gesteund door mevrouw Den Haan, maar dat even terzijde.

Mevrouw **Agema** (PVV):
De PVV is voor vier locaties, maar ik zal straks betogen waarom. Ik hoor mevrouw Van den Berg van het CDA zich ferm uitspreken tegen …

De **voorzitter**:
Is het de achterban die belt?

Mevrouw **Agema** (PVV):
Het Jeugdjournaal, voorzitter. Ik moest even mijn telefoon uitzetten.

De **voorzitter**:
O, het Jeugdjournaal.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik hoor mevrouw Van den Berg zich ferm verzetten tegen één locatie, maar nu moet mij toch van het hart dat mevrouw Van den Berg toch impliciet kiest voor één locatie door de nu gekozen variant van Rotterdam en Groningen. Het lijkt namelijk even alsof de mensen in Groningen opgelucht adem kunnen halen, maar we lezen in de impactanalyse van de NZa dat zij er maar 15% aan interventies bij krijgen. Daarmee zullen zij niet voldoen aan de volumenormen die VWS hanteert. Over enkele jaren valt Groningen dus alsnog om en dan blijft alleen Erasmus over. Realiseert mevrouw Van den Berg zich dat Groningen alsnog om zal vallen als zij instemt met het voorgenomen besluit van de minister?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dat Groningen zal omvallen is in ieder geval niet mijn conclusie van het hele rapport. Er wordt volgens mij juist gezegd dat er ook een groei is in dit aantal patiënten omdat ze steeds betere behandelingen hebben. Dus dat zal ook voor Groningen gelden. En ja, mevrouw Agema heeft gelijk als ze zegt dat Rotterdam percentueel veel meer toeneemt dan Groningen. Dat klopt.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Het is soms een beetje doorremmeren op een bepaald punt, maar het NZa-rapport zegt toch echt dat Groningen er in

de gekozen variant 15% aan interventies bij krijgt. Dan kom je op zo'n 160 van die 800 kinderhartinterventies en dat is niet die 400 tot 500, dus de norm die de minister stelt. Ik snap dat de mensen in Groningen opgelucht ademhalen — ik zal straks dus ook betogen waarom het er volgens ons vier moeten zijn — maar het CDA moet ze geen rad voor ogen draaien. Doe niet alsof je als CDA iets geregeld hebt terwijl dat straks helemaal niet waar blijkt te zijn.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dan heb ik anders naar de cijfers gekeken.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik wilde even terugkomen op het punt van het aantal centra. Ik ken mevrouw Van den Berg ook als een heel inhoudelijk Kamerlid, dat zich goed laat informeren. Ze doet zichzelf dus tekort door zich te verschuilen achter wat de minister ervan vindt. Ik weet zeker dat mevrouw Van den Berg hier zelf een mening over heeft. Ik wil haar ook wel even helpen met een aantal feiten. Feit één is het feit dat we er drie open kunnen houden met het aantal artsen dat er is. De heer Hijink van de SP noemde dat al. Feit twee is dat de kwaliteit ook met drie centra voldoende zal zijn. Dat is de discussie over de volumenormen. Feit drie is minstens even belangrijk. Als wij inderdaad uiteindelijk die specialistische zorg gaan herschikken — mevrouw Van den Berg zegt terecht dat dat slechts 10% is — gaat dit besluit een impact hebben op die herschikking die we later gaan doen. Dan zou het toch verstandig zijn om ook in dat licht drie centra open te houden? Dan maken we de impact van het besluit dat we nu nemen op de herschikking die nog gaat komen, zo klein mogelijk. Die drie feiten lijken mij te leiden tot de conclusie dat het verstandig is om drie centra open te houden.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb net ook de vraag gesteld aan de minister of hij dat nog een keer nader kan toelichten. Want nogmaals, wij zien het punt van die artsen ook, maar we vinden het ook belangrijk dat zij zeggen dat de werkdruk die er nu is, met de huidige bezetting, een te groot risico is en dat zij dat duurzaam geregeld willen hebben. Ik heb in ieder geval in de stukken gelezen dat het duurzamer is om dit bij twee centra te doen, in plaats van dat je dit weer bij drie centra gaat doen. Je ziet inderdaad dat er veel discussie is over de volumenorm. Is die nu wel of niet van toepassing? Is het nu wel of niet 60? Een ander roept weer: nee het moet meer dan 40 zijn. Dan zeggen we: ja, er is wel een correlatie, maar geen causale relatie. Er zijn allemaal van dat soort discussies. Maar in het algemeen is het wel zo dat als je iets vaker doet, je gewoon meer expertise en ervaring hebt. Dus nogmaals, ik hoor dat graag van de minister.

Ten aanzien van het laatste punt zit ik er toch wat anders in. Ik denk dat namelijk over heel veel verschillende specialismen. Het is ook heel mooi dat de Zorgautoriteit dat in kaart gaat brengen, zodat we in ieder geval een compleet overzicht krijgen van welke hoogcomplexe laagvolumebehandelingen er allemaal zijn. Dit kunnen, met zeldzame ziektes erbij, misschien gewoon weleens meer dan honderden keuzes zijn. Ik zie dus niet wat op het punt van die ene kindercardio het grote verschil gaat maken. Wij zullen veel meer discussies krijgen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Dat is toch onlogisch. Aan de ene kant zegt mevrouw Van den Berg namelijk dat we integraal moeten kijken en dat we een integrale visie moeten hebben. Daar ben ik het helemaal mee eens. De Zorgautoriteit was vanmiddag ook heel duidelijk over dat de besluiten die we nu nemen wel degelijk impact hebben op de herschikking die nog gaat komen. Het punt dat ik maak is het volgende. Je wilt dat eigenlijk integraal doen. Nou, dat is nu niet mogelijk. Daarvan kan je van alles vinden, maar laten we dat even constateren. Dan wil je er toch voor zorgen dat je, zeker als je die kwaliteit kan behouden met drie centra, de mogelijke negatieve impact op de herschikking die je nog gaat doen, beperkt? Laten we alsjeblieft hopen dat dit niet, zoals nu, stap voor stap gaat, waardoor we er hier bij ieder specialisme aparte debatten over hebben. Volgens mij gaat het om de integraliteit en dat je die zo open mogelijk in wilt gaan. Dat doe je door drie centra open te houden. Dan laat je zo veel mogelijk opties voor die herschikking open.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Maar dan krijg je volgens mij toch dat probleem. Nogmaals, wij horen daar ook graag een toelichting van de minister op. Als blijkt dat het eigenlijk weinig tot niets uitmaakt, moet je je afvragen wat daarvan de toegevoegde waarde is. Maar zoals ik het nu heb gelezen en geconcludeerd, ook op basis van het rapport van de Zorgautoriteit — die zegt namelijk dat de minister in feite de omgekeerde volgorde neemt — gaat het juist ook over die mitigerende maatregelen. Wat wordt er verder nog afgesproken in die transitie? Ik heb net het woord "shared care" genoemd. Dat is enorm belangrijk. Toen bijvoorbeeld het Radboud weer ging samenwerken met Rotterdam — waar ze aanvankelijk met Utrecht samenwerkten, zijn ze uiteindelijk met Rotterdam gaan samenwerken — konden ook allerlei operaties die eerst naar Utrecht waren verplaatst gewoon weer in Nijmegen plaatsvinden. Het gaat mij dus ook echt om het totale plan dat de minister daarvoor maakt. Ik denk wel dat je dan druk op de ketel moet houden.

De heer **Stoffer** (SGP):
19 januari 2023, het Algemeen Dagblad: het is onbegrijpelijk dat minister Kuipers het advies over kinderhartchirurgie negeert, aldus mevrouw Van den Berg; wat het CDA betreft neemt de minister het advies over en maakt hij pas op de plaats. Ik val hier vanavond even in voor mijn collega Van der Staaij, maar ik hoor nu een verhaal waarvan ik denk: ik heb dit vandaag zitten lezen, wat heeft het CDA in die afgelopen kleine vijf weken bewogen om in één keer een complete draai te maken? Zou mevrouw Van den Berg mij dit kunnen uitleggen?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ja. Wij hadden dat ook absoluut het liefst gezien. De minister zei dus: ik wil ze de kans geven en anders neem ik gewoon een besluit; ze krijgen dus tot half februari om ernaar te kijken en als de NFU zegt dat ze er niet uit komt, neem ik een besluit. Dat heb ik inderdaad gezegd. Ik vind nog steeds dat het ideale pad was geweest dat men er samen uit was gekomen en dat men voor mijn part in de brief van de NFU had geschreven: weet u, minister, wij gaan nu geen besluit nemen over kindercardiologie, maar de Zorgautoriteit adviseert om voor de zomer van 2023 met

een integraal plan te komen en daar gaan wij als NFU voor zorgen. Dan had ik hier vandaag ook gestaan en had ik gezegd "geen steun voor de minister", want dan vind ik dat de NFU de kans moet krijgen tot de zomer van 2023 om met dat plan te komen. Maar dat heeft de NFU ook niet in haar reactie aan de minister geschreven.

De heer **Stoffer** (SGP):
Dan toch de vraag aan mevrouw Van den Berg: heeft ze niet enorm spijt dat ze mensen dit heeft voorgespiegeld en nu met heel iets anders komt?

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Nee, want wij willen altijd als eerste graag het maatschappelijk middenveld zelf de kans geven om eruit te komen. Dat zal iedere keer ook mijn eerste stap zijn. Geef het maatschappelijk middenveld, in dit geval de NFU, de kans om er zelf samen uit te komen. Nogmaals, als zij medio februari aan de minister hadden geschreven "wij kunnen nu geen besluit nemen over kindercardiologie, maar wij gaan zorgen voor dat integrale plan voor de zomer van 2023, zoals de NZa adviseert", had ik hier vandaag met een andere boodschap aan deze minister gestaan.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar mevrouw Agema van de fractie van de Partij voor de Vrijheid.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dank u wel, voorzitter. Gisteravond was Alec in het Jeugdjournaal. Hij heeft een aangeboren hartafwijking. Hij liet de tientallen Tikkieringen zien van de vele keren dat hij in zijn vertrouwde Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht was behandeld. Hij is verdrietig over de sluiting. Met tranen van boosheid achter de ogen zei hij: "Dat is dan dubbel zo ver rijden. Als ik dan uit de narcose kom, ben ik al misselijk. In de auto word ik dan nog misselijker. Dat is echt helemaal niet fijn." Het was dan ook een blunder van de minister dat hij bij Jinek beweerde dat de sluiting van twee interventielocaties op steun van "de ouders en patiënten" kon rekenen. Zij die nu al naar Rotterdam en Groningen gaan, zijn opgelucht, maar zij die naar Leiden en Utrecht gaan niet. De vraag is ook of het nu eind goed, al goed is voor UMC Groningen. Ik denk het niet. De interventies gaan niet gelijk verdeeld worden over de twee overgebleven ziekenhuizen. 15% komt erbij bij UMC Groningen, zeg ik tegen mevrouw Van den Berg. Dat staat op pagina 61 van het NZa-rapport. En dan voldoen ze alsnog niet aan de volumegroei zoals die door VWS wordt gehanteerd, staat op pagina 47 van het NZa-rapport. Dan worden ze alsnog gesloten, toch? Dat vraag ik de minister. En dan?

Veruit de meeste patiënten zullen naar het Sophia Kinderziekenhuis van het Erasmus MC in Rotterdam gaan. Dat wordt 183%. Dat is een forse toename van interventies, maar van de paar honderd PICU-verpleegkundigen geeft 93% aan niet te overwegen in een ander ziekenhuis te gaan werken. Dat is heel erg kwetsbaar. Dat is niet iets wat je oplost door "opleiden" te roepen, zoals de minister doet. En wat als alleen Rotterdam overblijft? Wat dan? Wat als er een ICT-storing, een MRSA-infectie of een pandemie is? Dan ligt de hele boel plat en zijn er geen uitwijkmogelijkheden meer voor spoedpatiëntjes. Graag een reactie van de minister.

Dan het kwaliteitsargument. In de voorbije jaren werden vijf ziekenhuizen, negentien intensive cares en negentien spoedeisendehulpposten gesloten met het argument van kwaliteit. Intussen is onze spoedzorg een stuk kwetsbaarder geworden. Hoezo kwaliteit? Daarnaast is de kwaliteit bij alle vier de interventiecentra erg hoog en bovendien onvergelijkbaar omdat er heel veel verschillende innovaties en specialisaties zijn. De minister baseert zijn belangrijkste kwaliteitsargument op de concentratie van deze interventies in Zweden in de jaren negentig van de vorige eeuw en het feit dat die daar toen heeft geleid tot een flinke daling in het aantal sterfgevallen. Hij toont echter niet aan dat in ons land in dezelfde periode dezelfde daling niet heeft plaatsgevonden. En dat was wel het geval. Het sterftecijfer neemt al jaren af; zie pagina 66 van het NZa-rapport. Het sterftecijfer van alle vier de interventiecentra tezamen is met 2,7% bijzonder laag. Ik vraag de minister of nog lager wel haalbaar is.

Overigens klopt het "meer ervaring"-argument als het gaat om kwaliteit niet. Het maakt niet uit of de teams hetzelfde aantal interventies in vier of twee locaties doen als dit hetzelfde aantal interventies is. Samenwerking zorgt voor doorspecialiseren. Dat is natuurlijk de angel in dit verhaal. De angel heet "marktwerking". De vier locaties zijn in werkelijkheid vier bedrijven die concurreren op omzet; zie het NZa-rapport op pagina 95. Het zijn vier concurrerende bedrijven die elkaar inmiddels de tent uit vechten, bevestigt ook de NZa. Daarna moeten ze ook nog eens voor de overnemende partij als verkocht vee aan het werk. Dat is sfeerverziekend. De eerste rechtszaak wordt al aangekondigd. Me dunkt dat dit de kwaliteit niet ten goede komt.

Wat is ons voorstel? Ik pleit ervoor om deze superspecialisatie uit de marktwerking te halen en te bekostigen op basis van een beschikbaarheidsbijdrage. De specialisten werken dan samen voor één gezamenlijke non-profitorganisatie, die vier locaties houdt. Dat geeft doorspecialisatie, zo dicht mogelijk bij de patiënten. Dan pas keert de rust terug. Dat is in het belang van de patiënten, de specialisten, de verpleegkundigen en de ouders.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Heel goed. Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de heer Hijink, van de fractie van de SP.

De heer **Hijink** (SP):
Dank, voorzitter. Als jouw kind een aangeboren hartafwijking heeft, dan wil je maar één ding en dat is de best mogelijke zorg. Op dit moment wordt die zorg, worden die operaties nog op vier locaties uitgevoerd. De SP vindt het belangrijk om te benadrukken dat ook de inspectie zegt: op al deze vier locaties is de kwaliteit van zorg hoog. Voor de SP staat daarom ook voorop dat je wel heel zeker van je zaak moet zijn, wil je zomaar een locatie gaan sluiten. Het sluiten van locaties brengt heel veel onzekerheid met zich mee voor personeel en patiënten, je gooit kennis en kunde, die vaak decennialang is opgebouwd, met één pennenstreek

overboord, en je verbreekt de vertrouwensband tussen zorgverleners en patiënten. Dus als je al gaat concentreren, dan moet je wel verdomd goed weten dat dat ook een verbetering is.

De SP steunt het besluit van deze minister niet. Wij zien namelijk geen bewijzen voor een kwaliteitsverbetering of voor betere toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg voor deze groep patiënten. Het proces is daar bovendien enorm chaotisch en rommelig verlopen. De uiteindelijke beslissing vinden wij slecht onderbouwd en ondoordacht. De minister heeft na aandringen van de Tweede Kamer gevraagd om een impactanalyse van de NZa. De vraag van SP is: waarom doet hij vervolgens zo weinig met de aanbevelingen en conclusies die de NZa trekt? De NZa legt heel duidelijk uit dat sluiting hele grote gevolgen kan hebben, vooral als operaties uit Leiden en Groningen weg zouden worden gehaald. Wij snappen dus ook heel goed dat er gekozen is om de locatie Groningen open te houden, omdat de acute zorg daar meteen in gevaar zou komen. Tegelijk heeft een sluiting voor Leiden ook enorme consequenties: zij dreigen hun eigen kinder-ic te verliezen. Bovendien worden daar hartoperaties uitgevoerd bij baby's die nog in de baarmoeder zitten. Dat is uniek in Nederland en in Europa. Dat dreigt te verdwijnen met dit besluit.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik dacht dat meneer Hijink nog iets langer zou spreken over nut en noodzaak van concentreren. Ik dacht te begrijpen dat de SP ook de noodzaak van het concentreren van deze hoogcomplexe zorg niet ziet. Heb ik dat verkeerd begrepen?

De heer **Hijink** (SP):
Voor de SP is concentratie nooit een doel op zich. Ik heb de indruk dat dat wel het geval is bij de minister en bij sommige partijen in deze zaal. Als je kijkt naar wat de inspectie en de NZa zeggen, zie ik geen overtuigend bewijs dat concentratie tot een kwaliteitsverbetering zal leiden. Wat ik wél zie, is de vaststelling dat er heel weinig chirurgen zijn die dit werk kunnen doen en dat de teams kwetsbaar zijn. Het is kwetsbaar als je met twee of drie mensen 24 uur per dag en zeven dagen per week diensten moet draaien. Dan kun je twee dingen doen: je kunt kijken of je meer mensen kunt opleiden, zodat meer mensen aan het werk kunnen, of je moet kijken naar minder locaties. Maar dan heb je het al niet meer over kwaliteit, maar vooral over beschikbaarheid van personeel. Dat vinden wij een andere discussie. Dus dat is het punt. De SP is niet principieel tegen concentreren, want soms kan dat nodig zijn. Ik hoor ook wel dat veel experts zeggen dat het in dit geval misschien nodig is, maar waarom dan naar twee en niet naar drie? En waarom zou je het probleem niet kunnen oplossen door meer te investeren in het opleiden van artsen en chirurgen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik deel met meneer Hijink dat het heel goed is dat de inspectie aangeeft dat de zorg zo goed is op alle vier de plekken. Wat vindt meneer Hijink ervan dat artsen op alle vier de locaties al 30 jaar zeggen dat deze zorg geconcentreerd moet worden, vanwege alle argumenten die u nu noemt én de kwaliteit en dat de patiëntenverenigingen exact hetzelfde zeggen?

De heer **Hijink** (SP):
Tegelijkertijd geeft het wel te denken. Hoe kan het argument overeind blijven als dit al 30 jaar gezegd wordt en de kwaliteit van de zorg in dezelfde 30 jaar uitmuntend is? Er valt met de SP best te praten als concentratie aantoonbaar leidt tot betere bereikbaarheid, meer toegankelijkheid en betere kwaliteit van zorg. Wij zijn niet gek. Als dat een verbetering is, dan is het een verbetering. Alleen ik zie op dit moment de verbetering niet, zeker niet als het gaat over twee locaties, omdat dat tot ongekende problemen gaat leiden, met name in Leiden en Utrecht.

De **voorzitter**:
U continueert.

De heer **Hijink** (SP):
Hoe voorkomt de minister dat met dit besluit over de kinderhartchirurgie juist heel veel andere problemen gaan ontstaan, bijvoorbeeld als specialismen en ingrepen in Leiden en Utrecht verdwijnen? Vergeleken met andere landen - dat zeg ik in de richting van mevrouw Paulusma — is de kinderhartchirurgie al heel erg geconcentreerd. Hoe reageert de minister op de kritiek van de NZa dat door concentratie op twee locaties mogelijk zes van de veertien chirurgen boventallig worden? Is dat niet bizar? De minister wil concentreren omdat er te weinig chirurgen zijn om het werk te kunnen doen, maar vervolgens gaat hij zo hard snijden dat een deel van de chirurgen een andere baan moet zoeken. Dat is toch de omgekeerde wereld?

Ook hangt de minister zijn besluit om te halveren grotendeels op aan die norm van 60 operaties per jaar; dat gaat dan om 60 operaties per jaar voor baby's tot 90 dagen oud. Deze 60 operaties per jaar per specialist is helemaal geen wetenschappelijke norm. Dat schrijft ook de NZa en dat zeggen ook de onderzoekers die dit getal één keer hebben genoemd. Zij geven zelf aan: dit is geen getal dat je als basis kunt gebruiken om al dan niet te kunnen concentreren. Waarom maakt deze minister dan deze norm heilig? Kun je niet op basis van dit NZa-rapport net zo goed een voorstel uitwerken voor drie locaties? Dat wil maar zeggen dat het alles bij elkaar een hoog gehalte aan willekeur heeft. Je kunt net zo goed een ander besluit nemen. Waarom overweegt de minister niet … Stel dat je met drie locaties kunt voorkomen dat andere specialismen straks ook moeten verdwijnen. Dan is dat toch de moeite waard om te overwegen? Ik wil de minister vragen om dat alsnog te onderzoeken.

Voorzitter. Ziekenhuizen horen niet te concurreren, maar moeten zo goed mogelijk samenwerken. Niet de belangen van de eigen instelling moeten vooropstaan, maar het belang van de patiënt. Het was dus heel goed geweest als de samenwerking door de ziekenhuizen zelf begonnen was. Maar deze minister en helaas zeker ook zijn voorganger hebben dit proces niet makkelijker en beter gemaakt. Hij heeft nu een analyse, maar hij kiest er bewust voor om de conclusies en aanbevelingen van de NZa niet op te volgen. De SP vindt dat dom en onverstandig. Wij vinden dat de NZa een heel goed advies geeft, toegespitst op de kinderzorg in de ziekenhuizen: breng in kaart welke vormen van zorg er in de verschillende kindercentra zijn, welke eventueel specialisatie en welke misschien spreiding nodig hebben, en ga dan gezamenlijk een goed besluit nemen. Kijk niet

door de koker alleen naar de kinderhartchirurgie, want dit gaat tot ongelukken leiden, met name als het gaat om andere specialismen.

Dank, voorzitter.

De **voorzitter**:
Heel goed. Dan gaan we luisteren naar mevrouw Den Haan.

□

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dank u wel, voorzitter. Onzorgvuldig, onvolledig en onjuist. Ik wil daaraan toevoegen: onbegrijpelijk en ondoorgrondelijk. Er is een hoop te doen over de concentratie van zorg voor kindjes met een aangeboren hartafwijking en dat is terecht. Het heeft namelijk enorme implicaties. De minister geeft in zijn brief van 13 februari aan dat hij streeft naar topkwaliteit van deze zorg. Nederland moet tot de Europese en mondiale top behoren. Dat is helemaal terecht en dat steun ik van harte. En dus moet dit belangrijke besluit genomen worden op kwaliteit, maar mij bekruipt het gevoel dat de vijf criteria die op kwaliteit zijn opgesteld, overruled worden door een later toegevoegd zesde criterium: regionale spreiding en toegankelijkheid. Het is vreemd dat de minister vorig jaar om deze tijd nog bevestigt dat hij zich kan vinden in het besluit van zijn ambtsvoorganger: Rotterdam en Utrecht blijven open. De minister gaf aan dat als de NZa na haar impactanalyse zou komen tot inhoudelijk beargumenteerde andere zaken, hij zijn conclusie zou willen heroverwegen. Wat mij betreft geeft de impactanalyse van de NZa geen ander beeld. Sterker nog, de NZa geeft aan dat concentreren nu risicovol is. Ik vraag me af wat hier toch is gebeurd.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Wat er is gebeurd? Ik heb een motie ingediend om de regionale context als zesde criterium toe te voegen. Mevrouw Den Haan stond op die motie. Ze wist dus van tevoren dat dit zou worden meegenomen in de afweging die de NZa ging maken. Ik ben aan de andere kant oprecht verbaasd over wat hier nu gebeurt.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Maar mevrouw Paulusma geeft aan dat dit een onderdeel moet zijn van de besluitvorming. Regionale spreiding is wat anders dan regionale dekking. Ik heb dat net al in een interruptiedebat met mevrouw Van den Berg aangegeven. Het Noorden is een krimpregio en in de rest groeit de bevolking. Dit betekent dat qua aantallen de keuze voor het openlaten van Rotterdam en Groningen buitengewoon vreemd is.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Kort. Ik hoor mevrouw Den Haan net zeggen dat het Noorden een krimpregio is. Dat is niet zo. Het is wel wat ingewikkeld om op een motie te gaan staan, omdat dat dan goed uitkomt, en als er nu een keuze is die mevrouw Den Haan ingewikkeld vindt, klinkt zij net als de ziekenhuizen die er met elkaar niet uitkomen. Dat vind ik dan weer een hele wonderlijke situatie.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Ik neem aan dat mevrouw Paulusma het Planbureau voor de Leefomgeving ook een belangrijk instituut vindt. De cijfers over de bevolkingsgroei geven dat aan. Nogmaals, bij de toegankelijkheid van zorg is het belangrijk om naar regionale spreiding te kijken, maar geografie gaat nooit boven demografie en mag ook niet van doorslaggevende aard zijn.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Mevrouw Den Haan noemde nu bij herhaling Groningen een krimpregio en dat zou reden zijn om deze vorm van zorg daar weg te halen. Zoals ik de rapporten heb begrepen — we hebben er ook met de NZa over gesproken — is een van de argumenten om in Groningen verder te gaan juist de acute zorg, niet zozeer deze interventies maar alles eromheen wat met acute zorg te maken heeft, ook voor de mensen in het noorden van het land. Het is voor hen belangrijk dat op die plek deze vorm van zorg, deze interventies, mogelijk blijft zodat de kennis daar blijft. Wat zegt mevrouw Den Haan tegen al die Groningers, ook al worden het er in haar ogen steeds minder, die daarvan zo meteen afhankelijk zijn?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Acute zorg kan heel goed behouden blijven. Daar heb je geen kinderhartchirurgiecentrum voor nodig. Kijk maar naar het Radboud, die dat ook oplost. Verder zou ik de acute zorg graag onderbouwd willen hebben, want heel veel kinderhartoperaties zijn over het algemeen planbaar. Acute zorg die toegepast moet worden kan bijvoorbeeld de hartlongmachine zijn, de ECMO. Daar heeft u het waarschijnlijk over. Deze wordt gebruikt bij bijvoorbeeld drenkelingen of complicaties bij operaties. Dit komt zeer zeldzaam voor en wat mij betreft is dit geen argument. Misschien kan meneer Drost mij schetsen wat wat hem betreft dan wel acute zorg is?

De **voorzitter**:
Neeneeneeeneenee. Het stellen van vragen is eenrichtingsverkeer.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik ga dat pad niet op om hier alle vormen van zorg uit te splitsen. Dat is niet onze rol. Ik baseer me op de rapporten die we hebben en op de conclusies die daarin worden getrokken. Een van de conclusies is dat het voor de acute zorg in Groningen belangrijk is dat we deze keuze maken. Dat is een van de conclusies van de NZa en daar ga ik van uit.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dat klopt. Dat staat er inderdaad, maar dan is het wel belangrijk om te kijken naar wat die acute zorg inhoudt, om welke aantallen het gaat en wat het belang daarvan is. Ik hoor daar geen antwoord op. De voorzitter geeft aan dat er geen tegenvraag gesteld mag worden, maar ik zal die dan stellen op het moment dat de heer Drost zijn bijdrage geeft.

De **voorzitter**:
Kijk, zo moet het. Mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik wil nog even terugkomen op de uitdrukking "geografie mag niet gaan voor demografie". Dan concludeer ik dat mevrouw Den Haan zegt dat dan alles bij elkaar komt in de grote Randstad. Mevrouw Den Haan heeft het alleen over Groningen, maar het academisch ziekenhuis in Groningen is voor heel Noord-Nederland relevant. Mevrouw Den Haan heeft de motie van mevrouw Ellemeet en mij ondersteund, die in december unaniem is aangenomen, waarin wordt aangegeven dat leefbaarheid en het behoud van voorzieningen relevant zijn om mee te nemen in alle te nemen besluiten. Daar wil ik graag een reflectie op horen.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Zeker, maar mevrouw Van den Berg heeft ook aangegeven dat kwaliteit het allerbelangrijkste is. We hebben het hier over hele kwetsbare kleine kindjes met een aangeboren hartafwijking. Zelfs als je kijkt naar de voorspellingen van de NZa, dan geeft het volume in Groningen nog steeds niet aan dat zij kunnen voldoen aan de volumenormen, aan de kwaliteitseisen. Daar maak ik mij buitengewoon zorgen over. Ik begrijp eerlijk gezegd niet goed waarom dat niet prevaleert bij het CDA.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Ik heb er gewoon grote moeite mee — dat zien we nu ook weer met het moddergooien — dat hier wordt geschetst dat het academisch ziekenhuis in Groningen geen kwaliteit zou kunnen leveren. Daar neem ik graag afstand van.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
De collega van het CDA heeft mij niet horen zeggen dat Groningen geen kwaliteit kan leveren. Dat staat ook in het rapport van de NZa. Overigens gaat de NZa niet over kwaliteit. Wij weten dat alle vier de ziekenhuizen op zich kwalitatief goed presteren. Maar nogmaals, het gaat wel om het belang van al die patiëntjes. Het gaat ook om het belang van de specialismes buiten de kinderhartchirurgie als het gaat om kinderen met een aangeboren hartafwijking. Er zijn er nog meer.

De **voorzitter**:
U continueert.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Voorzitter. Ik heb het hele dossier bestudeerd en ik kan nergens een inhoudelijke onderbouwing op kwaliteit vinden voor het heroverwegen van het besluit van minister De Jonge. Zoals ik al zei, regiospreiding is kennelijk van doorslaggevende aard geweest. Dat is wat mij betreft zeer discutabel. Erger nog, het doet ook geen recht aan waarom minister Kuipers deze concentratie zo belangrijk vindt, namelijk: kwaliteit. Waarom deze draai? Nogmaals, het argument regiospreiding alleen snijdt hier geen hout. De NZa heeft zelfs berekend dat bij een keuze voor Groningen de reistijd ook langer is dan bij een keuze voor Rotterdam en Utrecht. Verder, nogmaals, is het een non-argument. Het zou moeten gaan om regionale dekking. Daar heb ik het net al uitgebreid over gehad, dus dat zal ik niet nog een keer doen. Ik zou wel graag een reflectie van de minister willen hebben op het feit dat regionale dekking belangrijker is dan regionale spreiding.

Verder gaat de NZa ervan uit dat UMC Groningen een volumetoename van 15% zal hebben. Daarmee ontstaat wat mij betreft geen volwaardig hartcentrum en zal Groningen niet aan de kwaliteitseisen kunnen voldoen. Mijn vraag is of hier een politieke dubbele agenda achter zit. Wat is dan de volgende stap? Moet Groningen dicht en gaat alles naar Rotterdam? Als dat het doel is, dan zou ik zeggen: communiceer dat dan ook meteen en wees daar transparant over. Graag een reactie van de minister.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Nog even op het punt van kwaliteit versus regionale spreiding. Volgens mij is de minister best duidelijk. Hij zegt: de kwaliteit is goed in al die centra. De regionale spreiding komt daarbij. Hij kiest voor twee centra en zegt: dan kan ik de keuze maken voor Groningen, want de kwaliteit is daar goed en ik voldoe aan het criterium van regionale spreiding. Mevrouw Den Haan zegt wel: Groningen versus Erasmus is een ongelijkwaardige verdeling van patiënten. Is zij het dan ook met GroenLinks eens dat het ook — er zijn allerlei argumenten voor te geven — in dit licht verstandig zou zijn om te kiezen voor drie centra in plaats van twee?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Absoluut.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Het valt mij een beetje tegen van mevrouw Den Haan dat zij hier wat insinuerende opmerkingen maakt over verborgen politieke agenda's. Ik wil aan mevrouw Den Haan vragen waar zij dan signalen vandaan haalt om deze insinuatie zomaar deze zaal in te doen, terwijl dit over een onderwerp gaat dat volgens mij serieus en integer met elkaar dient te worden besproken.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Ik ben het helemaal met mevrouw Tielen eens dat wij hier geen politieke besluiten moeten nemen, of althans geen besluiten gebaseerd op politiek, maar op inhoud. Ik heb geen insinuatie gedaan, maar het lijkt er wel op als je streeft naar evenwichtige hartchirurgiecentra en je ziet dat het volume in Groningen niet voldoet. Dat is nodig om die kwaliteitseisen te halen. Ik mag geen vragen terug stellen, maar dan zou ik toch bijna zeggen dat het duidelijk is. Als dat zo is, is er kennelijk een agenda. Mijn vraag aan de minister is: willen we naar één centrum?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik noem dat een insinuatie. Dit is gewoon echt het opwerpen van rookgordijnen om ik weet niet precies welke boodschap over te brengen. Ja, dat mevrouw Den Haan Groningen geen goede keuze vindt. Daar had ze voldoende argumenten voor opgeleverd, waar we volgens mij inhoudelijk over kunnen debatteren. Maar ik vind het echt geen pas geven om nu verborgen agenda's te insinueren.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Mevrouw Tielen gaat over haar eigen woorden, maar ik ook. Ik werp het woord "insinuatie" verre van mij.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik ben nog steeds aan het bekomen van de woorden van mevrouw Den Haan. Ik denk: dan moet je even gaan zitten en weer nadenken. Toen keek ik op Twitter en zag ik dat mevrouw Pouw-Verweij de woordvoering namens mevrouw Den Haan had gedaan bij het vorige commissiedebat. Het argument op Twitter was: JA21 vindt het criterium afstand dan ook essentieel bij de keuze voor locaties van centra voor kinderhartchirurgie, namens mevrouw Den Haan. Ik ben wel benieuwd wat er gebeurd is tussen dat standpunt en de woordvoering van vanavond.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Ik denk dat mevrouw Paulusma niet helemaal goed geluisterd heeft. Ik heb ook aangegeven dat ik het belangrijk vind dat de zorg in heel Nederland toegankelijk is. Overigens is afstand in Nederland maar heel relatief. Maar het mag niet van doorslaggevende aard zijn om een besluit te nemen om bijvoorbeeld andere centra niet open te laten. Ik zie geen enkele onderbouwing op zorginhoudelijk, kwalitatief niveau. Misschien mag mevrouw Paulusma mij dat straks uitleggen in haar eigen bijdrage, maar ik zie het niet. Ik zie wel dat regionale spreiding en toegankelijkheid van zorg van doorslaggevende aard zijn en dat vind ik onjuist op dit onderwerp.

De **voorzitter**:
U gaat verder.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Het verbaast mij ook zeer dat zowel de NZa, de IGJ als de minister niet gekeken heeft naar het belang van patiëntjes met kinderkanker. Naast de negen à tien zeer complexe kinderhartoperaties zijn er ook nog zeker zestig operaties en interventies nodig voor kinderen met kinderkanker. Van die zestig patiëntjes hebben er 20 tot 30 spoedzorg nodig, waarbij een kindercardiochirurg en een kindercardio-anesthesioloog nodig is. Dit kan door de concentratie van zorg en de integrale kindzorg die in Utrecht geleverd wordt. Het Princes Máxima Centrum heeft niet voor niets gekozen om integraal te gaan samenwerken met het WKZ vanwege de kinderhartchirurgie. De concentratie van complexe kinderoncologische zorg doen we op deze manier tekort.

Het is risicovol om een besluit te nemen over locaties als er geen zicht is op noodzakelijke andere concentratiebewegingen in de toekomst. Kom eerst met een integraal toekomstperspectief op het academische zorglandschap en kijk daarbij zorgvuldig naar het belang van kinderen met kanker.

Het zou ook een oplossing kunnen zijn om te gaan naar drie locaties, waarbij hoogcomplexe zorg voor pasgeborenen bij twee belegd wordt. Ik zou vooral willen zeggen: neem geen onomkeerbare besluiten en heb hart voor al onze hartekindjes, want zij verdienen het allerbeste.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Over het punt dat de volumenormen in Groningen niet gehaald zouden worden. Als je daar afspraken over maakt, schrijft ook de NZa, dan worden die wel gehaald. Dan kan het gewoon prima in Groningen mede geconcentreerd worden. Dat argument gaat dus niet meer op. Het argument dat dan overblijft om Groningen open te houden, is niet dat de kinderhartchirurgie uit Groningen verdwijnt, maar dat de heel acute zorg in heel Noord-Nederland, dus in Friesland, Drenthe en Groningen, en in een deel van Oost-Nederland, onder hele hoge druk komt te staan. Zou het niet een logischer keuze zijn om Groningen om die reden open te houden en omdat de kwaliteit geborgd kan worden? En zou het niet logischer zijn om dan te kiezen voor een derde centrum?

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Ik hou niet zo van herhalingen. Ik heb net uitgelegd waarom ik denk dat die acute zorg niet van doorslaggevende aard zou moeten zijn en dat we het op een andere manier ook kunnen realiseren. Dat zien we bijvoorbeeld in het Radboudumc in Nijmegen. Die doet dat ook. En over uw eerste argument: ik neem aan dat collega Bushoff ook voor vrije artsenkeuze is. Mensen die in Amersfoort, Amstelveen of Vlaardingen wonen, worden straks gedwongen om naar Groningen te gaan. Hun wordt de vrije artsenkeuze ontnomen. Wat mij betreft is dat geen goede oplossing.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Wat er nu gezegd wordt is natuurlijk niet waar. Er worden nu ook al afspraken gemaakt en er werden voordat dit dossier zo hoog opliep, ook al afspraken gemaakt tussen umc's waar ze welke specialisten gingen beleggen. Ze werkten ook al goed samen. Samenwerken en afspreken waar je bepaalde operaties uitvoert, kon in het verleden al. Dat kan ook in de toekomst. Als je dat in de toekomst doet, kun je dus gewoon goede afspraken maken tussen Rotterdam en Groningen, zodat de volumenormen ook in Groningen voldoende worden gehaald. Dat concludeert ook de NZa.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dan heeft meneer Bushoff misschien een ander rapport van de NZa gelezen dan ik. Hij mag het mij straks even laten zien. Ik heb dat namelijk anders gelezen.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de heer Drost van de fractie van de ChristenUnie.

☐

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dank u wel, voorzitter. Ik was de afgelopen weken in een aantal van de ziekenhuizen waarover wij vandaag spreken. Wat een kwaliteit en wat een intrinsieke motivatie zag ik daar bij alle betrokken professionals, van specialisten tot verpleegkundigen, om in Nederland topkwaliteit van zorg te leveren, al helemaal waar het gaat om kinderen met een aangeboren hartafwijking. Ik sprak ook ouders, kreeg mails van kinderen en andere directbetrokkenen. Dan komt de zorg waar wij het over hebben heel dichtbij.

Het debat van vandaag gaat over het voorgenomen besluit van de minister om de kinderhartzorg op twee van de vier locaties te concentreren. Het is opvallend dat er een heel breed draagvlak is om het uitvoeren van kinderhartoperaties verder te concentreren. Dat geldt voor de minister, de NZa, de specialisten zelf en zelfs de bestuurders van de betrokken umc's.

Het is ook goed om te markeren dat deze discussie niet gaat over geld of bezuinigingen. Het gaat er in deze discussie om dat we met elkaar ook voor de langere termijn de best mogelijke zorg willen voor kinderen die geboren worden met een aangeboren hartafwijking. De vrij basale vraag is: op welke plekken dan?

Voorzitter. Als ik iets heb meegekregen bij mijn rondgang in de afgelopen weken, dan is het wel dat er bij elk centrum serieuze problemen en uitdagingen ontstaan. Voor de ChristenUnie is goede zorg nabij, vertrouwd en van hoge kwaliteit. Als we op ons kwetsbaarst zijn, doen we een beroep op zorg en moeten we ervan op aan kunnen dat die goed is, waar je ook woont in Nederland. Wij kunnen ons bijvoorbeeld de keuze voor Groningen dan ook goed voorstellen. De ChristenUnie wil daarbij ook bijzonder oog hebben voor de patiënten — of hartekindjes, zoals de gelijknamige stichting ze noemt — hun ouders en directbetrokkenen. We hebben het hier immers over zeer ingrijpende operaties en medische trajecten voor heel jongere kinderen. Om deze redenen de volgende vragen aan de minister over zijn voorgenomen besluit en over de kinderen en hun ouders.

Voor welke ingrepen en behandelingen kunnen patiënten straks nog wel terecht in Leiden, Amsterdam en Utrecht? Kunnen ouders of andere familie er bij een ingreep in Rotterdam of Groningen voldoende van op aan dat zij terecht kunnen in een kwalitatief goede ouderkamer of het Ronald McDonald Huis?

Dan de verpleegkundigen. Een hartinterventie is teamwerk van specialisten en verpleegkundigen. Ook in het CAHAL en in Utrecht doen deze teams fantastisch werk. Kan de minister aangeven of deze teams in zijn visie helemaal ophouden te bestaan? Hoe blijft het voor een verpleegkundige aantrekkelijk om te blijven werken op de hartafdeling als er geen interventielocatie meer is? Hoe wordt ervoor gezorgd dat er voldoende personeel is in Groningen en Rotterdam?

Dan over het CAHAL in Leiden. Verdwijnt het specialisme interventie bij foetussen hierdoor uit Nederland? Welke risico's ziet de minister daar? De consequentie kan zijn dat de kinder-ic moet sluiten. Hoe gaat de minister daarmee om? Accepteert hij dat? En staat de academische status van het LUMC dan op de tocht wat de minister betreft?

Dan het Máxima Centrum voor kinderoncologie in Utrecht. Dat is afhankelijk van de kinderhartafdeling waar we nu over spreken, die zou moeten sluiten. Circa 50 keer per jaar is er een acute behoefte aan ondersteuning. Onderkent de minister deze afhankelijkheid? Hoe groot acht hij de impact van het voorgenomen besluit op de zorg in het Máxima Centrum voor kinderoncologie?

De NZa adviseert een integrale aanpak voordat er ingrijpende beslissingen worden genomen. De minister wijkt af van dit advies. Hoe weegt de minister dat? Creëert de minister nu geen onnodige onrust en onduidelijkheid in met name Leiden en Utrecht?

De minister trekt er tweeënhalf jaar voor uit om een transitieplan op te stellen na realisatie van deze concentratie. Hoe wordt de continuïteit van zorg bij de huidige patiënten geborgd? Hoe wordt de ondersteuning voor ouders in of dichtbij het ziekenhuis geborgd? En hoe blijft de minister patiënten en hun ouders goed informeren over de stappen die gezet worden?

Dank u.

De **voorzitter**:
Een vraag van de heer Heijink.

De heer **Hijink** (SP):
De heer Drost zegt heel terecht dat het sluiten van twee van de vier locaties een enorme impact heeft op die twee locaties. Dan is natuurlijk de vraag: als die impact zo groot is, is het dan wel verstandig om per definitie al uit te gaan, zoals de minister doet, van het schrappen van de helft? Staat de ChristenUnie er ook voor open om misschien het aantal locaties met één te verminderen in plaats van met de helft?

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik denk dat het dilemma ook in dit debat naar voren komt. Dat is volgens mij goed. Ik heb ook aangegeven dat er bij iedere keuze die wij maken moeilijke beslissingen naar voren komen. Wij zijn het er in elk geval met elkaar over eens dat er geen vier kunnen blijven. Bij iedere partij ligt de keuze: als je er één zou willen sluiten, welke wordt het dan? Wordt het dan Utrecht, Leiden, Rotterdam of Groningen? Ik denk — zo interpreteer ik het maar even — dat de achterliggende vraag is: als wij overgaan tot sluiten, of het er nu een of twee zijn, hoe lossen wij dan de problemen op die daar ontstaan? Ik stelde deze vragen zojuist aan de minister. Hoe gaan we om met de kinder-ic in Leiden? Hoe zien we de oncologie in Utrecht? Die vragen heb ik aan de minister gesteld. Hij heeft het voorgenomen besluit nu aan ons kenbaar gemaakt. Volgens mij is hij degene die zo meteen aan ons moet uitleggen hoe hij dat ziet.

De heer **Hijink** (SP):
Nee, zo werkt het natuurlijk niet. Wij controleren de regering, maar we zijn ook gekozen om zelf standpunten in te nemen en om zelfstandig onze visie te vormen op hoe het er wat ons betreft moet uitzien. De SP heeft gezegd: het zou misschien met vier locaties kunnen en als dat niet lukt, bijvoorbeeld door personeelsproblemen, dan zou drie een optie kunnen zijn. Ik vind dat de ChristenUnie ook een standpunt moet hebben over de vraag waarom je al bij voorbaat het aantal locaties zou moeten halveren, als u tegelijk aangeeft dat dat hele grote gevolgen heeft voor die betreffende locaties, voor Leiden en Utrecht. Je moet dan hele goede argumenten hebben, bijvoorbeeld dat de kwaliteit van de zorg enorm onder druk staat of heel veel beter kan, of omdat er iets anders verschrikkelijks gaat gebeuren als we van vier naar drie zouden gaan. Ik zie dat dus niet. Als de ChristenUnie dat wel ziet, dan vind ik dat dat moet worden aangegeven. Dan kun je onderbouwen waarom het verstandig is om van vier naar twee te gaan.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik heb nog helemaal geen finale mening gegeven. De minister heeft zijn voorgenomen besluit aan ons voorgelegd. Als we het formeel maken, is hij degene die daarvoor verantwoordelijk en bevoegd is. Wij controleren hem daarop. Wij doen dat vandaag. Daarom stellen wij hem deze kritische vragen. Net zoals meneer Hijink dat heeft gedaan, heb ik dat gedaan. Volgens mij verschillen wij helemaal niet zo veel van elkaar. Ik blijf dus bij wat ik zojuist zei. Ook als we uitgaan van drie of van twee, dan blijven er een of twee over met grote problemen. Ik onderken die problemen. Die heb ik gezien. Die heb ik gehoord. Die geloof ik direct. Die staan ook bijna tot in de puntkomma beschreven in het NZa-rapport. Ik vind dat de minister daar goed antwoord op moet geven. Dat is ons standpunt op dit moment.

De heer **Hijink** (SP):
Ik concludeer dus: als de minister maar heel beperkt kan onderbouwen waarom de kwaliteit van de zorg beter zou worden als we naar twee locaties gaan, dan staat de ChristenUnie ook open voor het eventueel openhouden van een derde locatie.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
We hebben vanmiddag met de NZa gesproken. Eén van de onderwerpen die naar voren kwamen, was de transitieperiode van tweeënhalf jaar die de minister voorziet. De NZa zei tegen ons: het definitieve besluit is uiteindelijk als we dat hele plan, met al die verschillende vormen van zorg, hebben uitgewerkt. Ik verwacht ook dat we, voor de drie of vier locaties waarover we spreken, met dat plan alle problemen die in het NZa-rapport naar voren komen, kunnen en zullen oplossen.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Het ingewikkelde van de formulering van de heer Drost ... Ik vind trouwens dat hij op een heel prettige, rustige manier formuleert. Hij is net nieuw in de Kamer, dus complimenten. Het probleem hierbij is dat de minister van plan is om op korte termijn een knoop door te hakken en dat vervolgens alle mitigerende maatregelen nog genomen en uitgewerkt moeten worden.

Ik zou 'm toch willen omdraaien. Ik zou toch willen zeggen: de impact van het besluit dat de minister nu neemt, is zo enorm groot dat we dit zeer zorgvuldig moeten wegen. Weegt het sluiten van twee centra, wat het voornemen van de minister is, wel op tegen alle nadelen die daarmee gepaard gaan? Ik denk dat het als Kamer ook onze verantwoordelijkheid is om vanuit eigen opvattingen — met alle informatie die we hebben gekregen, zijn we inmiddels goed geïnformeerd — te besluiten wat wijsheid is. Ik sluit me geheel aan bij de heer Hijink die zegt: er is nog geen argument gegeven dat overtuigend is om te kiezen voor het sluiten van twee ten opzichte van één.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Volgens mij is dat precies het dilemma. Dat geldt zowel voor de keuze om er één te sluiten als voor de keuze om er twee te sluiten. Daar wilde zelfs de NZa deze middag met ons geen definitieve keuze in maken. Zij legde die keuze duidelijk hier in ons midden neer. Dat is een politieke keuze en afweging. Ik voel dat dilemma. Ik schetste in mijn bijdrage dat ik op die locaties geweest ben. Ik zie daar wat de impact kan zijn. Dat staat ook letterlijk beschreven in het NZa-rapport. Ik heb ook bij herhaling gevraagd ... De mensen daar staan achter de inhoud van het rapport. Wij zullen daar dus wat mee moeten doen. Dat delen wij.

Ik vind dat ik op deze plek niet bij voorbaat kan zeggen: de minister neemt een verkeerd besluit. Hij moet de antwoorden allemaal nog geven. Ik ga ook niet bij voorbaat zeggen: het moet definitief anders.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Goed. De heer Drost wil dat niet bij voorbaat zeggen. Hij wacht de minister af. Maar laat ik het anders formuleren. Noem mij één argument uit de impactanalyse van de NZa waaruit blijkt dat het onverantwoord zou zijn om te kiezen voor het openhouden van drie centra.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Volgens mij heeft de NZa zelf vanmiddag aangegeven dat dat er niet is op die manier en dat het een inhoudelijke keuze is. Ook die keuze, dus om voor twee te gaan, is te onderbouwen, ook daar zijn argumenten voor. Volgens mij gaat de minister die zo meteen aan ons meedelen. Die staan voor een deel overigens ook in zijn brief, in de toelichting op zijn besluit. Dat is in die zin ook een keuze.

De **voorzitter**:
Afrondend.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Afrondend. Ik hoor de heer Drost met mij zeggen dat er geen argument te geven is uit de impactanalyse dat zegt dat het onverantwoord is om te kiezen voor het openhouden van drie centra.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik zie met mevrouw Ellemeet dat er met name in de locaties die nu dreigen af te vallen best grote problemen ontstaan. Ik vind dat we daar vandaag over moeten spreken, dat we de minister erover moeten bevragen. Dat hebben we volgens mij allemaal gedaan. Hij gaat daarop antwoorden en dan gaan wij daarover nadenken.

De **voorzitter**:
Ja. Helder, helder, helder.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:
U bedankt. We gaan luisteren naar de heer Stoffer van de Staatkundig Gereformeerde Partij.

De heer **Stoffer** (SGP):
Voorzitter. Ik vervang in deze eerste termijn mijn collega Van der Staaij, die elders verplichtingen heeft. Ik schat in dat hij over zo'n drie kwartier hier weer zal zijn en dan lost hij mij af.

Voorzitter. Het besluit van minister Kuipers om twee kinderhartcentra te sluiten roept veel emoties op, bij artsen, bij verpleegkundigen, bij de hartekinderen en hun ouders. Blijdschap en opluchting in Rotterdam en Groningen, boosheid, frustratie, onzekerheid en grote bezorgdheid in Utrecht, Leiden en Amsterdam. In de vele gesprekken de afgelopen tijd merkten we hoe ingewikkeld het concentratievraagstuk is geworden. Want de kinderhartcentra leveren alle vier hoge kwaliteit en geen enkel ziekenhuis zou overduidelijk af moeten vallen. En de organisatie is kwetsbaar, maar ook weer niet zó kwetsbaar, en misschien is dat de reden dat concentratiebewegingen in de afgelopen jaren tot stilstand zijn gekomen. Het besluitvormingsproces in de nadagen van het vorige kabinet verliep rommelig en onzorgvuldig. Na de brede kritiek op het besluit van minister De Jonge heeft de Nederlandse Zorgautoriteit op verzoek van minister Kuipers uiteindelijk toch een impactanalyse gemaakt, een doorwrocht rapport met glasheldere aanbevelingen. De NZa vindt het gelet op de grote consequenties voor de kinderhartcentra risicovol voor de continuïteit van zorg om nu een besluit te nemen. Het loopt ook vooruit op de toekomstige inrichting van het academischezorglandschap. De NZa adviseert daarom dringend: breng het komend halfjaar eerst het toekomstperspectief in kaart en neem dan pas een besluit over de concentratie van kinderhartzorg.

De minister zegt dat hij het NZa-advies overneemt en slechts de volgorde omdraait. Maar naar onze bescheiden mening gaat de kern van het NZa-advies juist over die volgorde der dingen: eerst het toekomstperspectief en dan pas een besluit. Dat omdraaien, waarvoor de minister heeft gekozen, is risicovol, zorgt voor veel onzekerheid en blokkeert ook het gesprek tussen de ziekenhuizen. En of er in de komende tweeënhalf jaar mitigerende maatregelen komen, en zo ja, welke, is niet duidelijk. De garanties voor de ziekenhuizen waar kinderhartchirurgie verdwijnt, zijn dun en zacht. Hoe moet het verder met de kinder-ic en daarmee de academische status van het kinderziekenhuis in Leiden? Hoe moet het met de foetale hartoperaties in Leiden? Hoe wordt de acute hartzorg voor kinderen met kanker uit het Prinses Máxima Centrum in Utrecht gewaarborgd? Daarbij komt nog dat de bereidheid van verpleegkundigen om in een ander umc te gaan werken, nihil is. Hoe voorkomen we nu al een grote leegloop van het zorgpersoneel? Ik denk dat dat wel een heel grote vraag is. En gaat het Rotterdam en Groningen lukken om in tweeënhalf jaar genoeg ic-verpleegkundigen te vinden? Allemaal vragen waarop nu nog geen begin van een antwoord is. De SGP wil dan ook dat de minister alsnog het volledige NZa-advies uitvoert voordat hij een definitief besluit neemt. Mijn vraag is of de minister daartoe bereid is.

De minister kiest voor concentratie in twee centra en niet in drie centra. De SGP vindt de argumenten daarvoor mager. Wij zien op dit moment geen dwingende argumenten waarom concentratie naar drie centra niet zou kunnen. Mijn vraag aan de minister …

De **voorzitter**:
Er is een vraag van mevrouw Tielen.

De heer **Stoffer** (SGP):
Dan laat ik mijn vraag aan de minister even achterwege.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Meneer Stoffer en ik gaan niet meer zo vaak met elkaar in debat, dus ik neem de gelegenheid te baat. Meneer Stoffer zegt: door het besluit van de minister is er onzekerheid en onrust in het veld. Maar is meneer Stoffer het met mij eens dat die onzekerheid en onrust eigenlijk al een paar jaar aan de gang is, dat die niet door de instituten zelf geminimaliseerd kon worden, maar dat die zelfs nog een beetje is opgepookt doordat de academische centra zelf niet de beslissing nemen, het aan de minister laten en vervolgens niet tevreden zijn met de uitkomst?

De heer **Stoffer** (SGP):
Dat er al langere tijd onzekerheid en bezorgdheid is, is helder. Dat was ook de vorige keer, in de vorige kabinetsperiode het geval toen er een besluit genomen leek te zijn. Waar voor ons een stuk extra angst zit, is dat je dit nu hier neerzet en eigenlijk nog niet het antwoord weet op de perspectiefvragen die we zojuist hebben neergelegd. Wat gebeurt er bij mensen als je denkt: mijn baan raakt hier weg? Dat gaat toch in je hoofd zitten en dan ga je naar iets anders kijken. Dat zijn juist de vragen die ik hier neerleg. Stel nu dat dadelijk blijkt dat het toch op een andere manier moet plaatsvinden. Dan zijn die verpleegkundigen misschien allemaal al weg, in Utrecht, in Leiden en ga zo maar door. Heb je dat dan allemaal goed gewogen? Als dit er nu ligt, schat ik in dat heel veel mensen die in die ziekenhuizen werken waarvan nu wordt gezegd dat het daar niet meer gaat plaatsvinden, al bezig zijn met: "Waar ga ik dadelijk solliciteren? Nu is de arbeidsmarkt misschien nog goed, maar is die dat straks ook nog?" Dat komt er nu extra bij. Om op de eerste vraag terug te komen: natuurlijk was die onzekerheid er de afgelopen jaren ook. Dat blijft toch een beetje boven de markt hangen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik herken heel goed wat meneer Stoffer zegt over de mensen die daar werken. Maar is het dan niet nog slechter om de besluitvorming op de lange baan te schuiven en die onzekerheid boven de markt te laten hangen? Is het niet verstandig om dan een knoop door te hakken?

De heer **Stoffer** (SGP):
Dat zou je natuurlijk kunnen zeggen. Maar goed, ik was net bezig om de minister de vraag te gaan stellen over de drie centra. Als je het advies leest, is dat nog geen onmogelijkheid. Zoals al naar voren kwam, is dat een keuze, ook een politieke keuze die we maken.

De **voorzitter**:
Prima. U vervolgt.

De heer **Stoffer** (SGP):
Met de beantwoording? Of met mijn vraag aan de minister?

De **voorzitter**:
Ik dacht met uw tekst. Ik dacht dat u in één vloeiende beweging richting uw tekst ging.

De heer **Stoffer** (SGP):
Dat ga ik doen, maar ik dacht: zet eerst even dat integrale perspectief neer en neem dan een besluit zodat je zeker weet dat bepaalde dingen er niet net naast vallen zonder dat je ze goed hebt opgepakt. En waarom? We denken er al tientallen jaren over na en dat halfjaar zouden we er best nog bij kunnen hebben. Dan maak je het net iets zorgvuldiger en laat je geen dingen vallen.

Voorzitter. Ik ga door met mijn tekst. De vraag die ik aan de minister wilde stellen, is of hij bereid is om de concentratie in twee centra te heroverwegen. Vandaar dat ik hier neerleg om toch te gaan voor drie centra. Het NZa-rapport toont aan dat het besluit leidt tot een onevenwichtige verdeling. Dat kwam net ook al even aan de orde. Het aantal patiënten in Rotterdam groeit met maar liefst 183%, lees ik in het rapport, en in Groningen slechts met 15%. Dan zou toch de gedachte bij je kunnen opkomen: leidt het uiteindelijk niet toch tot een concentratie in één centrum? Ik denk dat we dat vanavond hier heel goed met elkaar moeten wegen.

Tot slot in mijn laatste negentien seconden. De NZa roept op tot een zeer zorgvuldig besluitvormingsproces en wil zo snel mogelijk duidelijkheid over de consequenties van het besluit. En daar zet ik een hele, hele dikke streep onder.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Heel goed. Dan mevrouw Paulusma van de fractie van D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Dank u wel, voorzitter. Als jouw kind een ernstig hartprobleem heeft en een complexe ingreep nodig blijkt, dan wil je als ouder de beste zorg. Dat snap ik als politica én als moeder. Wat ik ook goed snap, is dat voor deze hoogcomplexe zorg het belangrijk is dat een behandeling vaak gedaan wordt, dat je zogenaamde "vlieguren" maakt als specialist, dat je voldoende collega's hebt en dat concentratie daarbij nodig is. Ook patiëntenverenigingen geven aan dat de complexe zorg zo ook voor de toekomst geborgd blijft. Daarom is D66 blij dat de minister voornemens is een besluit te nemen om de kinderhartchirurgie te concentreren. Dat is een moeilijke, maar noodzakelijke stap, na bijna 30 jaar discussie en onderzoek. Het was namelijk geen garantie dat deze zorg voor deze hele kwetsbare patiënten in de nabije toekomst ook nog goed georganiseerd zou kunnen worden. Er is immers een beperkt aantal specialisten, waarvan er binnenkort ook nog eens een aantal met pensioen gaat. Dat laat direct de kwetsbaarheid zien van de manier waarop het nu georganiseerd is. Zie het voor u: vier locaties met straks nóg minder specialisten. Dat doet wat met de continuïteit en de werkdruk, die nu al hoog is.

Voorzitter. D66 begrijpt de zorgen van ouders, maar ook die van de umc's in Leiden en Utrecht heel erg goed. Daarom moet er duidelijkheid komen over de stappen die in de komende tweeënhalf jaar gezet worden. We vragen de minister om in te gaan op de zorgen in en uit Utrecht over de samenhang met het Prinses Máxima Centrum, maar ook op de zorgen in Leiden, onder andere over de academische status van het ziekenhuis. Daarbij moet er duidelijkheid over komen wat het voorgenomen besluit precies betekent voor patiënten en hun ouders, voor wie alleen de interventie op een andere plek gaat plaatsvinden. Kan de minister in deze toelichting ook het voorbeeld van het Radboudumc meenemen, waar ze vijftien jaar geleden al de kinderhartchirurgie concentreerden, waarbij de ingreep in Rotterdam plaatsvindt en alle andere zorg in het Radboud is gebleven?

Voorzitter. De patiëntenverenigingen geven ook nog aan dat het belangrijk is om niet alleen te concentreren, maar ook expertise en patiëntgegevens uit te wisselen, dat het ook belangrijk is om onderzoeksdata te delen tussen de verschillende interventiecentra en dat er landelijke regie moet komen op de besluitvorming over waar een patiënt geopereerd wordt. Ik hoor graag een reflectie van de minister hierop.

Voorzitter. Nu voorgenomen is om dit besluit te nemen, wil D66 ook snel duidelijkheid, ook over de bredere visie van dit kabinet op de toekomst van het zorglandschap, juist in relatie tot hoog- én laagcomplexe zorg, zoals ook is afgesproken in het Integraal Zorgakkoord tussen zorgpartijen, gemeenten en patiënten.

Voorzitter, tot slot. Als er vervolgstappen worden gezet, roep ik de minister ertoe op om goed op te trekken met zorgprofessionals en patiënten, en in het bijzonder met verpleegkundigen. Zij weten vaak het allerbeste hoe invulling te geven aan passende zorg en veranderingen op de werkvloer. Betrek hen er dan ook goed bij, zodat de uitkomst de beste is voor iedereen.

Voorzitter, tot slot — nu echt tot slot-slot. Het begint druk te worden aan de overkant! We hebben het er vaker over gehad. Ik wil ook de oproep doen aan de betreffende zorgprofessionals om juist wel de samenwerking op te zoeken, omdat de verhoudingen verstoord zijn, en om vooral op te houden met moddergooien. Het is schadelijk voor het aanzien van hun vak en voor de zorg, maar bovenal: het schaadt het vertrouwen van patiënten in de zorg. Laten we nu vooruitkijken naar de toekomst.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Ik dacht dat mevrouw Agema er als eerste was, maar ik geef toch graag het woord aan de heer Van Houwelingen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik wilde hem even tackelen, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dat is goed. Dat is heel goed.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
We hebben het vandaag over de concentratie van zorg. Als je heel kleine kinderhartchirurgiecentra zou hebben, zou de kwaliteit vanzelfsprekend niet gegarandeerd zijn. Maar bij hele grote is dat ook niet het geval. Dat blijkt uit de stukken. Nou is mijn vraag aan mevrouw Paulusma de volgende. Als zij de stukken en de onderliggende artikelen leest, wat is dan wat haar betreft de optimale omvang van een kinderhartchirurgiecentrum in Nederland, uitgedrukt in het aantal operaties per jaar, met als uitkomstfactor mortaliteit en complicaties? Wat is haar conclusie?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik ga waarschijnlijk niet het antwoord geven dat meneer Van Houwelingen wil horen, want ik vind dat wij die conclusies niet moeten trekken. Ik zei vanmiddag tijdens de technische briefing wat kort door de bocht: ik baal als een stekker dat wij hier in dit huis dit besluit moeten nemen. Dat heb ik in debatten over dit onderwerp al heel vaak gezegd. Dit besluit had door het zorgveld zelf genomen moeten worden. Er zijn allerlei data over en er wordt al 30 jaar over gesproken. Ik ga u dus geen antwoord geven over omvang en mortaliteit. Dat is iets wat inhoudsdeskundigen hadden moeten doen. Er ligt nu een besluit, waarin ik de minister heel goed kan volgen, namelijk dat concentratie van zorg nodig is.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Maar het is wel onze taak om de regering te controleren en om de stukken goed te lezen. Daar zult u het ongetwijfeld mee eens zijn. Ik heb de stukken gelezen en de rapporten die daaraan ten grondslag liggen, bijvoorbeeld het centrale rapport, Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking, waar alles op terug te voeren is. U kunt met mij meelezen. Op pagina 23 — u kunt het straks nakijken — staat: het omslagpunt voor het aantal operaties ligt tussen 200 en 300. Dan kom je op 250 uit. Als je de onderliggende artikelen leest, blijkt dat allemaal te kloppen. Ik citeer er één van Kansy, degene die er het meest gespecialiseerd in is, uit Cardiology in the Young. In tabel 3 is een logistische regressie uitgevoerd. 99 centra zijn op een rij gezet en de grootste centra fungeren als referentiecategorie. Ik had het net nog over de gemiddelde centra met ongeveer 250 operaties per jaar. Die blijken het eigenlijk altijd beter te doen. De mortaliteit is bijvoorbeeld lager en het aantal complicaties is ook lager. Ook met het oog op patiëntveiligheid kom je dus uit op een optimaal aantal van 250 operaties per jaar; kijkt u het strakjes nog maar even rustig na. Maar hoeveel operaties hebben we per jaar? Dat zijn er 1.000. Dus als je 1.000 deelt door 250 kom je uit op 4. Zouden het er dus eigenlijk niet vier moeten zijn?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Meneer Van Houwelingen kan heel goed rekenen, maar ik volg de artsen, de ziekenhuizen en de patiëntverenigingen die al 30 jaar lang aangeven dat deze zorg geconcentreerd moet worden. Dat is niet omdat dat een hobby is, maar omdat dat de zorg ten goede komt.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Ik heb gisteren ook die artsen gesproken, maar ik vind dat de discussie nu wat wordt vervuild. Zij zeggen terecht dat ze het zo druk hebben en dat ze 24 uur per dag paraat moeten staan enzovoort. Dat snap ik. Daar ben ik het mee eens, maar dan moet je zorgen dat er meer artsen komen. Dat is natuurlijk een hele andere discussie. Mijn discussie is fundamenteel. Er wordt hier namelijk in principe een besluit genomen dat we teruggaan naar twee vanwege volumenormen. Dat zal u als volksvertegenwoordiger toch ook aan het hart moeten gaan, want u behoort de regering te controleren. Ik hoor de hele tijd over die volumenormen, maar als we de stukken zelf lezen — het is toch fijn als we ook zelf af en toe nadenken — blijkt dus dat vier eigenlijk heel normaal is en dat dat het aantal zou moeten zijn. Dat zie je ook in Europa.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Meneer Van Houwelingen zegt eigenlijk een heleboel in dit korte stukje tekst, maar ik kan hem zeggen dat ik heel goed nadenk als volksvertegenwoordiger. Ik lees stukken heel goed. Ik spreek een heleboel mensen en ik heb vooral heel goed geluisterd. Er wordt al 30 jaar door artsen, patiënten en ziekenhuisbestuurders gezegd dat deze zorg geconcentreerd moet worden.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat is toch heel vervelend. Dat gedeelte over 30 jaar ging namelijk over Zweden. Die zorg werd daar 30 jaar geleden gecentreerd, wat leidde tot minder sterfte, maar in Nederland is zonder het concentreren van die zorg het sterfteaantal ook gewoon teruggelopen. Maar dat was niet de vraag die ik wilde stellen. Ik denk dat mevrouw Paulusma van D66 vanuit haar eigen expertise als oud-ziekenhuisverpleegkundige de volgende vraag zelf kan beantwoorden. We lezen in het rapport van de NZa dat 93% van de PICU-verpleegkundigen — in Leiden zijn dat er ongeveer 100 en in Utrecht ongeveer 120 — aangeeft niet in een ander ziekenhuis te willen gaan werken; de gevolgen daarvan vind ik heel erg schokkend. De minister komt met niks anders dan: dan moeten we meer mensen opleiden. Maar hoe ziet mevrouw Paulusma vanuit haar eigen expertise als oud-ziekenhuisverpleegkundige dit probleem worden opgelost?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik herken het heel erg. Ik wilde ook niet altijd in een ander ziekenhuis werken, maar soms deden we dat omdat we de zorg in de regio op die manier moesten organiseren. Ik heb dus op verschillende locaties in Drenthe gewerkt maar ook in Groningen en in Scheemda. Dat is voor sommige mensen aan het einde van de wereld, maar het ligt nog steeds in Groningen. Ik ben heel erg blij dat de minister heeft gezegd: bij dit voorgenomen besluit nemen we de tweeënhalf jaar de tijd. Ik heb gekscherend thuis al even gezegd: het zal wel een halfjaar langer duren, want net zoals bij een verbouwing loopt het altijd uit. Laten we die tijd serieus nemen om ervoor te zorgen dat we aan de vraag van mevrouw Agema voldoen. Ik zie namelijk echt wel dat we heel zorgvuldig met onze hoogopgeleide professionals moeten omgaan, maar ik zie ook dat we moeten wel toewerken naar een toekomstplaatje van concentratie van zorg.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Maar het onderliggende argument daarvan was nou juist kwaliteit. Hoe kan mevrouw Paulusma hier nou een voorge-

nomen beslissing ondersteunen waarbij de kwaliteit, namelijk de ondersteunende verpleegkundige teams, onder de kinderhartinterventies uit wordt geschopt? Dat lost natuurlijk niks op als die PICU-verpleegkundigen, die gespecialiseerd zijn om met 220 van die hele kleine kwetsbare baby'tjes om te gaan, niet naar Groningen en Rotterdam gaan verhuizen. Dan gaat het hele argument van kwaliteit toch 300 keer onderuit?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
"Onderuit schoppen" zijn de woorden van mevrouw Agema. Het voorbeeld van het Radboudumc is al een aantal keren genoemd. Daar hebben ze vijftien jaar geleden al de kinderhartchirurgie geconcentreerd. Daar is niet zo veel veranderd voor de PICU-verpleegkundigen, want de interventie ging naar een andere locatie en een heel groot deel van de zorg bleef in het Radboudumc. Datzelfde geldt dus ook voor de professionals die daar werkten. Daarom ben ik blij dat de minister de tijd neemt om dit goed te beleggen in overleg met professionals. Dat heb ik hem zonet ook gevraagd. Ik ga ervan uit dat dat goed komt.

De **voorzitter**:
Mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
De heer Bushoff was eerder, voorzitter.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Wat een keurige interrupties aan de overkant!

De **voorzitter**:
Wat zijn jullie allemaal netjes bij die interruptiemicrofoon, zeg. Ik geef het woord aan de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
Ik vind het prima, voorzitter. Ik wil mevrouw Paulusma de volgende vraag stellen. Als in alle stukken niet aantoonbaar bewezen wordt dat verdere concentratie op twee locaties tot kwaliteitswinst leidt, als uit de onderzoeken blijkt dat de schade op die plekken die gesloten worden heel groot is en als uit de onderzoeken blijkt dat het aantal artsen dat daadwerkelijk deze ingrepen kan doen, straks misschien wel lager is dan nu, wat maakt dan dat mevrouw Paulusma toch zegt: ja, het is eigenlijk een heel goed idee om van vier naar twee locaties te gaan?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Dat is omdat meneer Hijink net als ik niet in een glazen bol kan kijken. Daarom ben ik blij met het voorgenomen besluit, waarin tweeënhalf jaar — ik denk zelf aan drie jaar — de tijd wordt genomen om te komen tot een constructie in samenhang met de andere kleine gebieden als het gaat om hoogcomplexe zorg. Als nou uit het onderzoek komt dat het misschien wel naar één locatie moet en iedereen dat omarmt, zult u mij op basis van die conclusies horen zeggen dat één dan ook een goed idee is. Maar we gaan nu uit van de data die we nu hebben, en van het NZa-rapport en de wensen uit het veld. En dan kan ik heel goed volgen wat de minister zegt.

De heer **Hijink** (SP):
Wat gebeurt hier nou weer? Nou loopt mevrouw Paulusma van D66 dus vooruit op het concentreren op één locatie.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Neeneenee, meneer Hijink, nee ...

De **voorzitter**:
Het woord is aan de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
We hebben het hier over de onzekerheid, de slordigheid en de chaos die om deze hele besluitvorming heen hangen. Mevrouw Paulusma maakt het nu nog erger. Ik wil gewoon het volgende van haar weten. Dat is niet omdat ík dat vind. We hebben nou juist die impactanalyse van de NZa gevraagd om te weten te komen wat de gevolgen zijn. Die gevolgen zijn bikkelhard, voor Leiden, voor Utrecht en voor het aantal artsen en chirurgen dat straks nog aan het werk is in deze sector. Dat aantal gaat omlaag, terwijl de bedoeling nou juist is dat we meer mensen aan het werk hebben om deze zorg te kunnen waarborgen. Ik vraag dan aan mevrouw Paulusma: wat maakt nou dat die keuze voor van vier naar twee gaan slim is, als er geen aantoonbare voordelen zijn?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Voorzitter, excuses. Ik reageerde net, want ik vond het wat flauw wat meneer Hijink deed. Ik heb de vraag geïnterpreteerd als: stel dat we tweeënhalf jaar verder zijn en er komt uit alle actie die op dat moment ondernomen is dat het naar één moet. Daar reageerde ik dus even op. Excuses als dat niet het antwoord was op de vraag die u stelde. Maar u zegt wel: er is heel veel chaos rondom de besluitvorming. Nee, er was bij het eerste besluit heel veel chaos. Godzijdank is er door deze Kamer aan de rem getrokken. We hebben niet alleen dat rondetafelgesprek gehad — daar denk ik trouwens niet met heel veel plezier aan terug — maar er zijn ook een schriftelijk overleg, verschillende vragensets en een technische briefing geweest, en de minister heeft een hele uitgebreide brief geschreven. Ik vind dit proces nou verre van rommelig. Ik vind het juist ook een proces waarbij de Kamer heel erg betrokken is geweest. Als ik het dus vergelijk met het eerste besluit, herken ik het beeld van chaos niet.

De heer **Hijink** (SP):
Voorzitter, mag ik ten slotte nog één keer aan mevrouw Paulusma vragen om te reageren op de punten die ik aandraag? Ik vraag haar: welke voordelen van het concentreren van de zorg op twee locaties ziet zij? Waar is de kwaliteitswinst?

De **voorzitter**:
Helder, helder, helder.

De heer **Hijink** (SP):
Waar is de winst voor het aantal chirurgen dat dit werk doet? En waar is de winst als het gaat om de toegankelijkheid van zorg voor patiënten?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Meneer Hijink, ik snap dat u die vraag stelt, maar u krijgt bijna hetzelfde antwoord als meneer Van Houwelingen. Wij hadden dit hier nooit zelf moeten besluiten. Dit had het zorgveld … Meneer de voorzitter, meneer Hijink wacht niet op een antwoord. Dan ben ik ook klaar.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Daar dan over, want het is misschien liefst niet aan ons, maar het ligt nu eenmaal op ons bordje en er moet dus een besluit over genomen worden. Dan kan wel gezegd worden "ja, heel veel mensen zijn het erover eens dat we moeten concentreren", maar dat is natuurlijk niet de hamvraag van dit debat. De vraag is in welke mate het verstandig is om te concentreren. Ga je terug naar twee en sluit je dus de helft van de kinderhartcentra of ga je kiezen voor drie? Als je voor drie kiest, vind je de patiënten, die mevrouw Paulusma belangrijk vindt, nog steeds aan je zijde. Dan vind je de volumenormen nog steeds aan je zijde, omdat je die haalt bij drie. Tot slot haal je dan ook nog de norm voor het aantal chirurgen per interventiecentrum. Mijn vraag aan mevrouw Paulusma is niet of we voor of tegen concentreren zijn. Mijn vraag blijft dan waarom we voor concentreren naar twee zijn en niet naar drie, terwijl we weten wat de nadelige gevolgen voor Leiden en Utrecht zijn.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik begin met het laatste deel van de vraag. Ik vind dat elke keuze altijd nadelige gevolgen heeft. Anders was het veld er namelijk zelf wel uitgekomen. Dus over die nadelige gevolgen zeg ik het volgende. We hebben de hele middag gesproken over mitigerende maatregelen. Dat is eigenlijk gewoon het leed dat gebeurt omdat dat de keuze niet op jou is gevallen, opvangen. Daar heb ik de minister ook vragen over gesteld en ik ga ervan uit dat we daarop in tweeënhalf jaar tijd niet alleen een goed aanbod, maar ook een goed antwoord kunnen geven. Ik kan de minister heel goed volgen als hij zegt: we moeten naar twee. Ik bedoel, met een heleboel mensen zeggen dat we moeten concentreren … Er zijn al 30 jaar lang allerlei specialisten die dit vinden. Er is al allerlei onderzoek. De inspectie heeft daar ook al van alles en nog wat over gezegd. Concentratie verhoogt de kwaliteit. Meneer Bushoff en ik gaan het niet eens worden over de volumenorm, want ik zie wel dat de samenstelling van het aantal patiënten dat behandeld wordt en het aantal specialisten dat we nu hebben, te kwetsbaar is voor drie locaties. Dan kies ik voor kwaliteit van zorg en continuïteit en kan ik twee locaties heel goed volgen.

De heer **Bushoff** (PvdA):
De argumenten van onder anderen de minister en nu ook van mevrouw Paulusma betreffen onder andere die volumenormen. Het is wel heel exemplarisch dat gezegd wordt: wij worden het niet eens over die volumenormen. Nee, het veld wordt het ook niet eens over die volumenormen. Maar één ding staat wel als een paal boven water, namelijk dat niet is aangetoond dat als je in plaats van het in twee in drie concentreert, de kwaliteit slechter wordt. Mijn vraag is dus aan mevrouw Paulusma: geef me dan één voorbeeld, één concrete wetenschappelijke studie die heeft aangetoond dat dan de kwaliteit echt slechter wordt, want dat is waar u uw argumentatie op baseert. Verder, tot slot, wordt uw tweede argument ontkracht op pagina 76 van het NZa-rapport, namelijk dat er veertien chirurgen in Nederland zullen zijn. Het is heel makkelijke wiskunde. In mijn tijd op de middelbare school en zelfs in uw tijd was het nog steeds zo dat als je veertien deelt door drie je boven de vier chirurgen uitkomt. Dat is de norm die de minister zelf hanteert. Dus die twee kernargumenten worden toch gewoon ontkracht?

De **voorzitter**:
Ik zie mevrouw Paulusma nu snel een staartdeling maken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik zit vooral te lachen om het gegeven dat ik blijkbaar heel veel ouder ben dan meneer Bushoff. Volgens mij is dat verschil niet heel erg groot. Maar ik kan wel beter rekenen. Er zijn er namelijk veertien, dat klopt. Maar er gaan er drie met pensioen.

De **voorzitter**:
Ho ho ho, meneer Bushoff. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik ben aan het woord. De groep wordt dus kleiner. We leiden niet voldoende op om te komen tot een aantal waarbij we allemaal gerustgesteld zijn en heel comfortabel naar huis kunnen met het idee dat het meer locaties worden dan waar de minister nu toe besloten heeft.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Tot slot daar eventjes over. Want als dat het enige argument is dat nog overblijft om te kiezen voor twee in plaats van drie, dan denk ik dat we zo meteen ook D66 aan onze zijde vinden voor drie. Er wordt namelijk heel duidelijk beschreven dat er inderdaad mensen met pensioen gaan, maar dat we uiteindelijk uitkomen op een aantal van veertien chirurgen in Nederland, zoals de NZa omschrijft. Dus als dat de enige zorg en het enige misverstand was bij D66, dan is dat bij dezen weggenomen en kunnen we dus volgens mij ook gewoon kiezen voor drie in plaats van twee.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Nee, dat is niet mijn enige zorg. Mijn zorg is dat het al 30 jaar niet lukt om voor patiënten en hun ouders de juiste keus te maken, en dat dat continu vooruitgeschoven is, met alle nadelige gevolgen van dien. Ik kan wel meegaan in wat de minister zegt — daar kunnen wij het blijkbaar niet over eens worden — namelijk dat twee centra met de huidige bezetting de beste uitgangspositie hebben, ook als je kijkt naar het aantal patiënten.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Laat ik positief beginnen. We zijn het over een heleboel dingen met elkaar eens. Wij zijn voor kwaliteit van zorg. We

komen ook allebei uit de gezondheidszorg. Als concentratie helpt, dan moeten we dat inderdaad doen, maar de NZa geeft aan: nog niet nu. Vervolgens hebben we vanmiddag gehoord dat er nog een onderzoek gedaan moet worden naar welke mitigerende maatregelen er genomen moeten worden. Antwoord met uw zorghart, vraag ik via de voorzitter aan mevrouw Paulusma. Zou het dan toch niet beter zijn om dat definitieve besluit te nemen nadat we dat inzicht hebben gekregen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik zal met mijn zorghart antwoorden, maar ook met mijn politieke hart. Er ligt een voorgenomen besluit, waarin ook een aantal zaken genoemd worden rondom mitigerende maatregelen. Wij zaten samen bij de technische briefing van de NZa. Ik was heel blij om te horen dat zij daar ook nu mee aan de slag gaan. Ik dacht ook: dat had wellicht ook eerder gekund, want dit speelt al 30 jaar, dus ergens hadden we erover kunnen nadenken wat er dan terug had moeten komen voor het ander. Ik heb er vertrouwen in dat er in de tweeënhalf jaar die gekoppeld zijn aan dat voorgenomen besluit een goede uitkomst kan komen, die juist de kwaliteit van zorg ten goede komt.

De **voorzitter**:
Dat lijkt me helder.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Mevrouw Paulusma zegt terecht: er wordt al zo lang over gesproken en dat dient helemaal niemands goede zaak, dus het zou verstandig zijn om een besluit te nemen. Maar dat neemt niet weg dat zo'n ingrijpend besluit heel zorgvuldig moet zijn. Ik ben voor een besluit, maar het moet heel zorgvuldig. Ik heb nog geen overtuigend argument van mevrouw Paulusma gehoord waarom drie centra openhouden nou onverantwoord is. Kan zij nou nog één keer proberen dat aan mij uit te leggen?

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik ben het heel erg eens met mevrouw Ellemeet dat dit een ontzettend ingrijpend besluit is, in de eerste plaats voor patiënten. Die zitten namelijk in onzekerheid. Ik heb, met u volgens mij, de ouders gesproken die uit Utrecht kwamen. Het doet wat met ouders als je dit weet. Dus ik vind ook dat dit heel zorgvuldig moet gebeuren, maar ik ben wel overtuigd van het gegeven dat het als je kijkt naar de huidige bezetting, het aantal patiënten dat we nu hebben en de ontwikkelingen die we gaan zien, te kwetsbaar is om dat op twee locaties te organiseren als het gaat om capaciteit, maar ook als het gaat om de omvang. Ik bedoel op drie locaties. Excuus.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik probeer toch duidelijk te krijgen wat mevrouw Paulusma nu precies zegt. Want uit de hele impactanalyse van de NZa blijkt nergens dat er red flags zijn als het gaat om het openhouden van drie centra. We weten dat we voldoende personeel hebben, ook in de toekomst. De kwaliteit is nu al goed; we willen dat die nog beter wordt, maar we zakken niet door een ondergrens die we onverantwoord vinden. Sterker nog, we gaan een stapje de goede richting in zetten. Dus ik hoor gewoon nergens een argument — laat ik het als volgt zeggen — dat mij ervan overtuigt dat het onverantwoord zou zijn om voor drie te kiezen. Sterker nog, we weten allemaal wél wat de risico's zijn van het sluiten van twee en wat de vergaande gevolgen daarvan zijn. Ik zou mevrouw Paulusma dus toch willen vragen om hier nog eens goed over na te denken en te overwegen … Ik meen het namelijk wel echt serieus, want het gaat echt ergens over.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Maar ik ga ook heel serieus …

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik wil haar vragen om te overwegen om te kiezen voor het openhouden van drie centra.

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Ik keek naar de voorzitter, omdat ik wilde checken of ik al serieus antwoord kon geven op de vraag. Ik denk altijd heel goed na over de besluiten die we nemen. Het is heel goed om in de politiek soms terug te komen op stappen of om te reflecteren, maar dat heb ik in dit dossier niet.

De **voorzitter**:
Mevrouw Van der Plas.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Dank u wel. Voorzitter, beste inwoners van Nederland en in het bijzonder de ouders van hartpatiëntjes, artsen, verpleegkundigen, alle anderen die betrokken zijn bij de kinderhartchirurgie in Nederland en iedereen die hier op de tribune zit, ik zit nu twee jaar in de Kamer en nog nooit heb ik mij zo verscheurd gevoeld bij een debat. Ik kan me de boosheid, de woede, de teleurstelling en het onbegrip voorstellen van de ziekenhuizen of het ziekenhuis — indien we toch gaan kiezen voor drie ziekenhuizen — die op het hakblok worden gelegd in dit debat. Nog nooit heb ik buikpijn gehad over keuzes in een debat; dit is voor mij de allereerste keer. Mijn buikpijn is niks vergeleken met de kinderhartcentra waarover het vanavond gaat. Ik weet zeker dat wij hier allemaal het beste willen voor onze hartekindjes.

We staan voor een duivels dilemma, omdat er voor elk centrum argumenten zijn om het open te houden. In de gesprekken met de centra proef ik ook: we zijn het erover eens dat er centra dicht moeten, maar niet dat van ons. En ergens denk ik: laat ze verdorie alle vier maar open. Maar gaat dat wel als we de beste zorg voor deze kinderen willen? In sommige centra worden simpelweg te weinig verrichtingen uitgevoerd om de kwaliteit te kunnen leveren, maar ook de personele bezetting is kwetsbaar. Als we het beste willen voor de kinderen, moet er geconcentreerd worden. Dat is althans wat we terughoren van alle artsen in de ziekenhuizen die we hebben gesproken. Maar doen we dit nu zorgvuldig? Het proces is tot nu toe verre van zorgvuldig te noemen. Ook de onlangs genomen beslissing van de minister over het UMC Groningen en het Erasmus in Rotterdam komt op mij niet zorgvuldig over. Ineens neemt de minister een beslissing en daarbij wacht hij de mogelijkheid

van de zienswijze niet eens af. Ik vraag de minister dan ook: waarom?

Voorzitter. Als dit een voorbode is voor de concentratie van de zorg die de minister wil, dan moet hij er maar gelijk mee stoppen. We zien nu centra die recht tegenover elkaar staan, terwijl ze moeten samenwerken. Wat wil de minister hierover zeggen tegen alle betrokkenen? Welke garanties kan hij ouders geven? Blijven hun artsen nog steeds bij de zorg van hun kinderen betrokken? Kan dat überhaupt wel? We hebben volgens mij ook niet goed genoeg in beeld wat de gevolgen zijn voor de centra die dicht moeten. De Nederlands Zorgautoriteit noemt in de impactanalyse dat zowel CAHAL als het UMC Groningen hun academische status kunnen verliezen als de hoogcomplexe hartzorg vertrekt. Wat betekent dat concreet?

Voorzitter. Een keuze is pas mogelijk als de voorwaarden zijn geschapen om het voortbestaan van de academische centra te garanderen. Ik steun dan ook het voorstel van de NZa, de Nederlandse Zorgautoriteit, om te komen tot een integraal perspectief van een toekomstbestendig, academisch zorglandschap. De minister wil dit niet doen vanwege tijdgebrek, maar in mijn boek gaat zorgvuldigheid boven snelheid.

Voorzitter, tot slot. Ik ben blij dat de minister voor het UMC Groningen heeft gekozen, omdat we niet steeds maar zorg kunnen concentreren in de Randstad. Wij zijn regio's compleet aan het uitmergelen. Het gaat immers niet alleen om de hartzorg, er is veel meer mee gemoeid, zoals het voortbestaan van een kinder-ic. Met een keuze voor het UMCG, die wij toejuichen, kiest de minister niet voor de kinderen van het Prinses Máxima Centrum, dat verbonden is aan het UMC Utrecht. Dit centrum is het voorbeeld van de concentratie van kinderoncologie. Helaas hebben de kinderen met kanker ook vaak hartzorg nodig, omdat er bijvoorbeeld een tumor rond het hart zit of omdat er vocht in het hartzakje komt. Het gaat hierbij om zo'n 60 patiëntjes per jaar die acute hartzorg nodig hebben. Dat is gemiddeld meer dan één per week. Dat is veel. Kan de minister uitleggen waarom deze kankerpatiëntjes extra belast gaan worden?

Voorzitter. Het is een duivels dilemma. Dit proces moet zorgvuldig. Ik vraag daarom twee dingen aan de minister. Ten eerste: is de minister bereid om juist vanwege deze zorgvuldigheid en de onomkeerbare gevolgen van zijn beslissing, toch een schets te maken van een toekomstbestendig academisch zorglandschap? Ten tweede: is de minister bereid om na te denken over het in het lucht houden van in ieder geval drie intensief samenwerkende centra voor hoogcomplexe hartzorg? Ik wens alle kinderen, hun ouders, de artsen en de verpleegkundigen en alle betrokken heel veel succes voor de toekomst en in deze discussie.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Er is nog een vraag van mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik vroeg me af of mevrouw Van der Plas nu aan de minister vraagt om een schets te maken van het academisch zorglandschap vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid. Is dat wat mevrouw Van der Plas aan de minister vraagt?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik vraag hem om een schets, inderdaad, en heel graag in overleg met betrokkenen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
En wie vindt mevrouw Van der Plas dan de betrokkenen?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik heb ze in mijn aanhef denk ik genoemd.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar mevrouw Ellemeet van de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Dank, voorzitter. Ik spreek mede namens de Partij voor de Dieren. Als je ernstig ziek bent of je kind is ernstig ziek, dan valt al je gevoel van veiligheid en zekerheid weg. Het is vaak pas weer in het ziekenhuis, als je goed begeleid wordt en goede zorg krijgt, dat je iets van die veiligheid en die zekerheid terugkrijgt. Dan heb je het gevoel dat je letterlijk kan overleven, dat je verder kan. Als jouw ziekenhuis de behandeling dan niet meer zou mogen geven, dan valt dat gevoel van zekerheid en veiligheid weer weg. Ik begrijp dus heel goed wat mevrouw Van der Plas zegt. Ik denk dat we hier allemaal met buikpijn staan en dat we met elkaar een hele moeilijke beslissing moeten nemen. Ik vind het ook wel zo netjes om hier te zeggen dat, ongeacht welke beslissing de collega's uiteindelijk voorstaan, ik denk dat alle woordvoerders het op een integere manier doen. Dat wil ik wel even gezegd hebben.

Moeilijke beslissingen vragen moed. Het herschikken van het zorglandschap is ingewikkeld. Er zijn heel veel belangen bij betrokken. Daar heb je politieke moed voor nodig. Maar, zoals ik net ook al zei, moed moet altijd samengaan met zorgvuldigheid, met een weloverwogen keuze. Ik twijfel er niet aan dat de minister die weloverwogen keuze wil maken, maar ik ben niet gerust op de uitkomst van zijn keuze.

Voorzitter. De beslissing over de herinrichting van dit deel van het zorglandschap is twee keer genomen. De eerste keer op 20 december 2021 door demissionair minister De Jonge. Die kwam totaal onverwacht. Er was net een nieuw coalitieakkoord gesloten en er zou een nieuwe minister van VWS beëdigd worden. Dat was, om het eufemistisch uit te drukken, echt zeer ongelukkig. Nu bij de tweede keer is het toch ook niet helemaal vlekkeloos gelopen. Ik heb begrepen dat ook patiënten en verpleegkundigen de beslissing via het nieuws moesten horen. Als de minister reflecteert op het verloop van het proces — en er zullen nog meer besluiten genomen moeten worden — ben ik benieuwd naar wat hij hiervan leert en wat hij een volgende keer anders of beter zou doen.

Een belangrijk deel van dit debat gaat over de keuze tussen drie of twee centra. Dit is een discussie die al sinds 1993 speelt, al heel lang dus, hoewel de consensus toen nog drie centra was. De minister wil nu naar twee centra. Waarom? Het aantal kinderen dat wordt geboren met een hartafwijking is al twintig jaar stabiel. Waarom is drie dan nu niet

meer voldoende, terwijl dit eerst wel het geval was? De inspectie haalt de internationale norm aan van 60 ingrepen per centrum. Het aantal ingrepen in Nederland is 180. Het hebben van drie centra werkt dan alleen als je een precies gelijke verdeling hebt over alle centra. De NZa trekt weer net een andere conclusie. De beroepsgroep is het volgens de NZa niet eens over die volumenorm. De auteurs van het wetenschappelijke artikel waarop die volumenorm is gebaseerd — dit hoorden we vanmiddag — hebben aangegeven dat deze volumenorm niet klopt. Hoe strookt dit nou met de uitspraak van de inspectie dat er internationaal geaccepteerde volumenormen zijn? Daar bovenop blijkt uit de impactanalyse dat de zorguitkomsten in Nederland ontzettend goed zijn. Deze zijn vergelijkbaar met de beste en grootste centra in de wereld. Is enkel de volumenorm voldoende om te zeggen dat je naar twee centra moet?

Voorzitter. Wat GroenLinks betreft zijn de risico's te groot om naar twee centra te gaan en is er geen enkel bewijs dat drie centra niet ook zou werken. Het openhouden van drie centra heeft heel duidelijk mijn voorkeur. Los daarvan heb ik nog een aantal vragen aan de minister. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat er hoe dan ook een kinder-ic in Leiden blijft? Wat zijn de gevolgen voor dit ziekenhuis en de acute zorg als daar geen kinder-ic meer is? Is een transitieperiode van tweeënhalf jaar überhaupt genoeg, los van de keuze of je naar het openhouden van twee of drie centra gaat? Zou het niet verstandig zijn om te blijven bij het besluit om in ieder geval Rotterdam en Groningen open te houden, maar dus nu ook te kiezen voor het openhouden van een extra centrum en daarnaast samenwerkingsverbanden op te zetten waar die nog nodig zijn? Ten slotte heb ik nog een vraag over het Prinses Máxima Centrum. Wat zijn de gevolgen voor de kinderoncologie als er onverhoopt geen hartchirurg meer in Utrecht is?

De **voorzitter**:
Dank u wel. Een vraag nog van de heer Drost.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik heb een vraag aan mevrouw Ellemeet. Ook ik waardeer de toon van het debat. Volgens mij zitten we er allemaal op dezelfde manier in en voelen we het dilemma hier. Mevrouw Ellemeet stelde mij zojuist een vraag over twee of drie centra. Zij kiest duidelijk voor drie. Heeft GroenLinks ook nagedacht over welke drie? Kan de fractie van GroenLinks hier duidelijkheid over geven?

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
In de brief van de minister hebben we kunnen lezen dat hij zegt, geparafraseerd, dat Rotterdam met stip op een staat en dat de andere centra kwalitatief allemaal even goed zijn. Er is nu een spreidingsargument bijgekomen en daarom heeft de minister gezegd "nou, dan kies ik hiervoor". Er is niet een duidelijke voorkeur voor het ene of het andere centrum. Dat is een afweging die gemaakt moet worden. Op basis van de informatie die ik nu heb, heb ik in alle eerlijkheid geen voorkeur voor het ene of het andere.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dan blijft de vraag over waarom je dan wel voor drie kiest en twee niet genoeg zou zijn.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Dat is een goede vraag. Daar geef ik heel graag een antwoord op. Dat zit 'm namelijk in het gebrek aan noodzaak om naar twee te gaan. We willen allemaal dat kinderen de beste zorg krijgen. Dat kan ook met drie centra, want ik heb geen enkel overtuigend tegenargument gehoord. Met drie centra is de zorg dichterbij, toegankelijk en levert het minder problemen op voor de ziekenhuizen. Er zit dus geen nadeel aan. Er zitten alleen voordelen aan.

Een ander argument dat ik ook eerder in dit debat maakte, is het volgende. We willen een groter deel van het gespecialiseerde zorglandschap herschikken. Dat hebben we vanmiddag ook kunnen horen. Als we nu kiezen voor het sluiten van twee centra, dan heeft dat vergaande gevolgen voor de rest van de herschikking van dat specialistische landschap. Ik wil dat dus zo goed mogelijk doen. Ik wil zo veel mogelijk opties openhouden. Dat doe je door te kiezen voor het openhouden van drie centra in plaats van twee.

De **voorzitter**:
Kort.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik dank mevrouw Ellemeet voor haar antwoord. Voor mij is het helder wat de positie is. Volgens mij gaan we samen luisteren naar het argument van de minister.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Dank.

De **voorzitter**:
Dan gaan we luisteren naar mevrouw Tielen van de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Voorzitter. Als je de elfde spreker bent, is er natuurlijk al heel veel gewisseld. Ik ga dus proberen om het zo gefocust mogelijk te doen.

Ik vond dat de NRC vandaag een integere manier had om aandacht te besteden aan kinderhartzorg, omdat het mij ook op die manier zo bezighoudt. Patiënten worden onzeker gemaakt door de besluiteloosheid en het gehakketak over de concentratie van de zorg. Want als zorg wordt verplaatst, is dat verandering. En verandering geeft altijd onzekerheid. Maar voor mensen die afhankelijk zijn van die zorg is verandering vaak extra groot en extra impactvol als het gaat om onzekerheid. Je kunt je afvragen waarom je de zorg dan zou verplaatsen. Omdat patiënten moeten kunnen rekenen op de allerbeste zorg. Gelukkig kunnen ze dat al, maar al 30 jaar lang zijn experts het erover eens dat kinderhartchirurgie op topniveau vraagt om concentratie en verplaatsing van een deel van die zorg. 30 jaar lang hebben medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders overlegd en vergaderd om samen invulling te kunnen geven aan dat doel van topkwaliteit. Het is ze niet gelukt. Met cijfers, argumenten, belangen, schattingen enzovoorts, enzovoorts is een gordiaanse knoop gecreëerd die patiënten en professionals in onzekerheid brengt.

Deze minister heeft besloten om extra onderzoek te doen. Hij heeft opnieuw aan betrokkenen gevraagd om zelf tot een besluit te komen. Toen dat niet gebeurde, heeft hij de knoop doorgehakt. Hij wist dat hij zich niet populair zou maken, maar hij wist ook dat de slepende onzekerheid en het gebrek aan perspectief schadelijk zijn. De minister heeft wat mij betreft lef getoond en heeft oog voor patiënten. Dat vind ik een compliment waard.

Het is onjuist te denken dat dit besluit nu het einde is van een ingewikkeld proces. Nee, het is juist het begin van een ingewikkeld proces, namelijk het daadwerkelijk verplaatsen van de zorg. Ik heb vragen over die transitie en over die andere opdracht, namelijk het concentreren van andere vormen van complexe zorg.

De **voorzitter**:
Laten we eerst even een vraag doen van mevrouw Agema.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ja, dat dacht ik al.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat 30 jaarargument blijft maar voorbijkomen. Het leidt een heel eigen leven.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Nee, hoor.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Jawel, want op het moment dat dat soort dingen een eigen leven gaan leiden en je de inhoud eronder gaat uitpluizen, kom je hier eigenlijk vrij eenvoudig tot de kern. 30 jaar geleden werden in Zweden de kinderhartinterventies gecentraliseerd. Dat leidde toen tot minder sterfte. Maar er is niet aangetoond dat dit in Nederland niet is gebeurd. Integendeel, de NZa schrijft op pagina 66 van haar rapport dat ook hier de sterfte daalde. We kunnen ook concluderen dat de sterfte hier heel erg laag is en dat Nederland het heel erg goed doet. Dus waarom bestaat dat argument dan nog steeds?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Allereerst is het goed dat mevrouw Agema dat aanhaalt, want het laat maar weer zien hoe ontzettend goed er al voor deze patiënten wordt gezorgd. Het is echt ontzagwekkend om te zien wat voor zorg dat is. Maar het is niet zo dat dat ene onderzoek in Zweden heeft geleid tot een discussie en dat die 30 jaar lang alleen maar op dat gebied is blijven hangen. Jaar in, jaar uit hebben kinderartsen, cardiologen, kindercardiologen, thoraxchirurgen en traumachirurgen met elkaar de discussie gevoerd. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft daar ook nog naar gekeken. Mevrouw Agema probeert het plat te slaan, maar zo is het natuurlijk niet. Als mevrouw Agema — ik weet ook wel dat zij dat doet — praat met de professionals in het veld, dan hoort zij ook dat het niet zo is.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik probeer het niet plat te slaan, maar ik probeer het inhoud te geven. Behalve in Groningen, ben ik overal geweest. Ik hoop mevrouw Tielen ook.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik vraag me af waarom mevrouw Agema niet naar Groningen is geweest.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Daar ga ik nog naartoe. Ik hoop dat u ook overal bent geweest. Bent u ook overal geweest?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Natuurlijk.

Mevrouw **Agema** (PVV):
O, natuurlijk. Ik ga nog naar Groningen. Dat was eerder niet mogelijk, maar ik ga er met alle plezier naartoe.

De **voorzitter**:
Het woord is aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ze begint een beetje te hakketakken, want ze komt er natuurlijk niet helemaal uit. Want als je inhoudelijk kijkt naar het argument dat deze discussie al 30 jaar speelt en je afvraagt wat er 30 jaar geleden aan de hand was, dan kom je op dat geval in Zweden. 30 jaar geleden leidde concentratie daar tot minder sterfte. Maar we zijn 30 jaar verder. In Nederland daalde de sterfte ook. De sterfte is nu 2,7%. Hoeveel kan daar volgens mevrouw Tielen nog vanaf, als dat het belangrijkste kwaliteitsargument is?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik begrijp dat mevrouw Agema alleen sterfte als belangrijk kwaliteitsargument geeft, maar dat is het natuurlijk niet. Er zijn veel meer andere kwaliteitsargumenten te benoemen. Een van de belangrijke elementen van kwaliteit is de mate van organisatie: dat er een team is dat fit en "up to the job" is als er een geval is dat geopereerd moet worden, dat de voor- en nazorg klopt, dat de mensen opgeleid zijn, dat ze op elkaar kunnen rekenen en kunnen samenwerken. Al dat soort dingen zorgen voor kwaliteit. We zien gewoon dat het aantal betrokken chirurgen niet heel groot is. We zien gewoon dat de druk op de individuen enorm is. We hebben het er bij de technische briefing uitgebreid over gehad. En dus moet je zorgen voor concentratie.

De **voorzitter**:
Afrondend.

Mevrouw **Agema** (PVV):
We zien toch ook dat van die circa 100 PICU-verpleegkundigen in Leiden en 120 in Utrecht 93% aangeeft niet in een ander ziekenhuis te willen werken? We hebben dus weer een heel belangrijk argument, waarmee de kwaliteit onder

het hele verhaal uitgeslagen wordt. Ik hoor de VVD echt helemaal niet reflecteren op dat soort grootse dingen. De verpleegkundigen gaan niet mee en de personeelstekorten zijn al zo groot. Rotterdam is zo'n grote stad en over een paar jaar kunnen verpleegkundigen daar helemaal niet meer wonen, omdat de huizen er te duur zijn. Waarom gaat ze niet in op de inhoud? En dit argument: het team gaat niet mee. Wat moet je zonder team?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik vind het echt flauw van mevrouw Agema dat ze zegt dat ik niet inga op de inhoud. Dat doe ik volgens mij wel. En mevrouw Agema stond na twee zinnen al aan de interruptiemicrofoon en heeft niet geluisterd naar mijn verdere vragen. Wat dat betreft moet ze misschien gewoon even afwachten tot mijn betoog afgelopen is.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ik maak toch wel een beetje bezwaar tegen de manier waarop verpleegkundigen en artsen worden neergezet. Ik heb het al een aantal keren gehoord: geen kwaliteit, ze moeten fit en up-and-running zijn als ze een operatie moeten uitvoeren, er moeten teams zijn, er wordt met modder gegooid. Eerlijk gezegd stoor ik me daar al een tijdje aan vanavond. We verschillen van mening en er worden misschien niet altijd even nette dingen gezegd. Er zijn verstoorde verhoudingen. Maar de manier waarop dat hier wordt neergezet, is niet goed voor de zorg en ook niet voor het vertrouwen van ouders en van andere mensen in Nederland die naar de zorg en naar deze hele kwestie kijken. Ik zou willen vragen om er toch iets voorzichtiger in te zijn, zonder de waarheid geweld aan te doen. Ik vind de terminologie die gebruikt wordt, best een beetje stuitend. Er zitten ook mensen op de tribune die op die manier worden benaderd. Ik vraag om daar rekening mee te houden. En ik vraag aan mevrouw Tielen of ze dat wil doen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Mevrouw Van der Plas, ik gaf net antwoord op de vraag van mevrouw Agema wat kwaliteit betekent, omdat ik vind dat het meer is dan alleen het mortaliteitcijfer. Ik zei bovendien al dat het ontzagwekkend is hoe groot de kwaliteit is die op dit gebied geleverd wordt. Ik snap best wat mevrouw Van der Plas zegt, maar ik vat niet helemaal de connectie met wat ik net gezegd heb. Als mevrouw Van der Plas dit als verwijt jegens mij bedoelt, dan werp ik dat verre van me. Er is helemaal niets in mijn betoog wat daarop wijst.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Het ging onder andere over het antwoord in de interruptie van mevrouw Agema. Ook kinderartsen geven aan dat er wel degelijk vooruitgang is geboekt in de afgelopen 30 jaar. Dat wordt ook steeds maar gezegd: er is geen vooruitgang geboekt. Volgens mij doelde mevrouw Agema daar ook op.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Nou, dan vraag ik …

De **voorzitter**:
Mevrouw Van der Plas is aan het woord.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ja, zeker. Het is wel fijn als we elkaar aan het woord laten. Ik geef aan dat ik mij daaraan stoor. Ik heb het mevrouw Tielen nog niet horen zeggen, maar ik weet niet of het haar spreektekst staat. Ik heb al ettelijke keren gehoord dat er met modder naar elkaar wordt gegooid. Ik vind dat een heel nare kwalificatie, zeker om dat publiekelijk te zeggen. Wij weten allemaal dat er verstoorde verhoudingen zijn, maar we hebben ook te maken met mensen in Nederland die vertrouwen willen hebben in hun artsen en in hun verpleegkundigen. Als wij dat hier op deze manier zo kwalificeren, dan kan dat ook onrust geven bij mensen. Ik vind dat de ouders, de patiëntjes, de artsen, de verpleegkundigen en andere betrokkenen dat niet verdienen. Dit is een emotionele discussie; daar moeten we het toch over eens zijn.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Mevrouw Van der Plas verwijt mij nu allemaal dingen die ik helemaal niet heb gezegd. Ik vind dat heel lastig. Ik heb de kwaliteit geroemd, ik heb de vooruitgang geroemd. Ik heb alleen gezegd dat het belangrijk is — dat hebben we vanmiddag bij de technische briefing van de NZa gehoord en we hebben het ook kunnen lezen in het rapport — dat teams onder druk staan omdat er weinig professionals zijn, aan wie wel grote vragen worden gesteld. Grote, ingewikkelde vragen over heel ingewikkelde ingrepen die moeten worden gepleegd, met voor- en nazorg. Geen van de kwalificaties die mevrouw Van der Plas mij toedicht zijn terecht, wat mij betreft.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Ik zou graag aan mevrouw Tielen een vraag willen stellen over het aantal neonatale ingrepen per jaar in de kinderhartchirurgische centra. Wat is met het oog op de kwaliteit van de zorg het optimale aantal volgens u?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
U bedoelt de neonatale …

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Baby's onder de 30 dagen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik heb ooit wel in de collegebanken van een universitair medisch centrum gezeten, maar dit soort vragen zijn volgens mij niet aan mij besteed. Er zijn beroepsgroepen die daar met elkaar discussies over hebben gevoerd. We lezen in de brief van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd van oktober of november 2021 dat de generieke gedachte is dat je per jaar bij 60 baby's jonger dan een maand ingrepen moet kunnen doen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dat is inderdaad het goede aantal. Dat staat op pagina 24 van het rapport.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
O, het was een quiz!

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Het is geen quiz, maar op pagina 24 van het rapport staat …

De **voorzitter**:
Dan willen we ook een prijs hebben.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Nee, er komt geen prijs, maar het is heel fijn dat we het eens zijn over dat aantal van 60.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Dan krijg ik extra minuutjes.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Inderdaad, als je de onderliggende studie leest, is 60 het optimale aantal. Maar als het er meer worden dan 60 … Vanaf 80 gaat de kwaliteit omlaag, blijkt uit die studie. Nu zijn er ongeveer 220 neonatale ingrepen per jaar, dus dan kom je met vier kinderhartcentra uit op gemiddeld 55 ingrepen. Dat is een mooi optimaal aantal. Maar met twee kinderhartcentra kom je op 110 ingrepen. Dat is eigenlijk veel te veel. Zet u dat niet aan het denken? Gaan we niet naar veel te grote centra toe als we uitgaan van twee centra?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Mijn verwachting is dat dat niet zo is, ook omdat die centra niet allemaal precies hetzelfde zijn en ook omdat de patiëntjes niet evenredig verdeeld zijn over de bevolking van Nederland. Dus je zult daarin altijd een bandbreedte moeten hebben.

Misschien is dit wel een mooie gelegenheid om een citaat te geven uit een interview met een van de jonge hartchirurgen in Het Financieele Dagblad van januari 2021. Zij vertelt uit haar eigen ervaring hoe het eigenlijk zit met die aantallen. Zij zegt: "Een van de argumenten om te concentreren is dat er maar veertien kinderhartchirurgen in Nederland zijn, van wie een deel 60-plusser is en binnenkort met pensioen gaat. Met hen zal veel expertise verdwijnen. Veel hartafwijkingen komen maar zelden voor en zie je als chirurg niet vaak in je leven voorbijkomen. De jongere collega's moeten voldoende exposure krijgen, dat wil zeggen: genoeg zeldzame hartafwijkingen zien en behandelen en zo ervaring opdoen. In een groot hartcentrum, met een groot team en meer patiënten, is de kans gewoon groter dat je al die zeldzame afwijkingen tegenkomt."

De **voorzitter**:
Afrondend.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Afrondend. Helemaal eens. Dat is ook allemaal waar. Maar het punt is dat die centra ook te groot kunnen zijn. Als het straks oneerlijk verdeeld is, dan hebben we in ieder geval één centrum dat veel te groot is. Dus nogmaals mijn vraag: zou dat de VVD geen zorg moeten baren, gezien al die studies?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Op dit moment baart mij dat geen zorgen, omdat we volgens mij andere problemen eerst te fiksen hebben. Daar heb ik een aantal vragen over, als ik verder mag gaan.

De **voorzitter**:
U continueert.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
De VVD wil graag dat zowel patiënten als betrokken professionals actief onderdeel zijn van de totstandkoming en de uitvoering van het transitieplan. Als de commissie van deskundigen die de minister zegt in te stellen alleen uit bestuurders en specialisten bestaat, dan kunnen we wel bedenken dat die transitie tekort gaat schieten. Immers, ook patiëntenverenigingen, verpleegkundigen, operatieteams en de shared care centra moeten betrokken worden, mee kunnen praten en misschien wel zeggenschap krijgen in het transitieplan. Kan de minister dat toezeggen? Wanneer is dat plan klaar en wanneer weten betrokkenen wat ze moeten doen als het gaat om communicatie met patiënten en begeleiding van medewerkers?

Een groot deel van de kinderhartzorg wordt niet verplaatst, maar blijft in het eigen ziekenhuis. Kan de minister dit alsjeblieft nogmaals bevestigen? Kan hij aangeven hoe hij niet alleen met de universitaire centra afspraken maakt, maar ook met al die andere ziekenhuizen en al die andere zorg? Hoe gaat hij brede samenwerking ondersteunen en stimuleren?

Voorzitter. Ik schrok van deze zin in de brief van de minister: de kwaliteitsregistraties zijn gebrekkig. Het is voor de kwaliteit van zorg belangrijk dat duidelijk is wat kwaliteit is, maar ook dat die wordt gemeten en dat alle gegevens die nodig zijn om betere kwaliteit te leveren, foutloos kunnen worden uitgewisseld en overgedragen. Hoe gaat de minister regelen dat er kwaliteitscriteria, zorgpaden, gegevensuitwisseling en verslaglegging zijn? Hoe zorgt hij dat alle betrokken organisaties dat ook kunnen naleven? Helpt de Wet kwaliteitsregistraties zorg, die nu bij de Kamer ligt, voldoende? En hoe zorgt de minister dat de standaard van de gegevens uit de Wegiz ook bruikbaar is voor deze hartpatiënten, terwijl ze eigenlijk niet standaard zijn?

Voorzitter. Het is goed en gedurfd van de minister dat hij deze hartzorgknoop heeft doorgehakt, maar er ligt nog een heel palet aan hoogcomplexe zorg te wachten op een visie, op besluitvorming en op een toekomstperspectief. De NZa dringt daar ook op aan. Ik wil graag dat de minister het totale zorgproces van hoogcomplexe zorg meer naar zich toe trekt. Hoe ziet hij dat proces nu voor zich? Hoe zorgt hij dat de NFU, universitaire centra, beroepsgroepen en patiëntenverenigingen met elkaar om tafel gaan om alle hoogcomplexe zorg een visie en criteria te geven?

Ik rond af. Verplaatsing van zorg leidt tot onzekerheid, maar het gezamenlijke doel is, en moet zijn, verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Voor patiënten zijn

houvast en perspectief daarbij nodig. Het is aan de bestuurders, aan de specialisten en aan ons in de politiek om ervoor te zorgen dat dat houvast er is en dat het er blijft.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Heel goed. De heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
De NZa zegt eigenlijk dat je eerst in kaart moet brengen — ik beperk het maar even tot de kindzorg — hoe de kindzorg geregeld is in de academische centra — waar is eventueel nog concentratie nodig en waar is misschien spreiding mogelijk? — voordat je geïsoleerd — dat woord is vanmiddag wel tien keer gevallen en staat ook in het rapport — een besluit neemt over de kinderhartchirurgie. Mijn vraag aan de VVD is: waarom niet eerst de inventarisatie maken om te voorkomen dat je straks de helft hebt weggegooid en in de problemen komt als het gaat om andere specialismen?

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik ben allereerst niet zo bang dat je de helft weggooit, zoals meneer Hijink dat schetst. Ik begrijp de volgordelijkheid zoals die is aanbevolen door de NZa. Maar heel eerlijk gezegd had ik ook wel het gevoel dat die volgorde een beetje een tekentafeloplossing was, omdat we nu eenmaal in de situatie zitten waarin we zitten, waarin iedereen niet meer boven dat hele veld uit kan stijgen. Het is dan ook wel heel lastig om dat hele veld te overzien. Ik kan me heel goed voorstellen dat als je die gordiaanse knoop doorhakt, je juist weer ruimte creëert om dat gesprek op een hoger niveau te voeren, boven al die specifieke subspecialisten.

De heer **Hijink** (SP):
Ik denk het niet. Ik denk dat dit besluit van de minister het juist nog heel veel moeilijker gaat maken. Als dit besluit eenmaal genomen is en het Erasmus MC weet dat ze de kinderhartchirurgie gaan krijgen, wat zou dan nog de reden kunnen zijn om bepaalde specialismen over te brengen naar het LUMC, het academisch ziekenhuis van Leiden? Ik denk eerder dat zij gaan redeneren: nu wij toch al zo veel zorg geconcentreerd hebben, ligt het heel erg voor de hand om welk specialisme dan ook hier te behouden, omdat je anders de samenwerking verliest. Je geeft dus juist de centra die nu de zorg erbij krijgen een extra argument om te behouden en om meer aan te trekken. Dat is mijn vrees wat er gaat gebeuren. Ik denk dat dat gesprek helemaal niet van de grond gaat komen, want zij zullen blij zijn dat ze dit binnen hebben en daarna heel erg op de rem gaan staan als het gaat om het delen van andere zorg.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Die gedachte is natuurlijk aan meneer Hijink. Ik kan die ergens ook wel begrijpen, maar ik denk er echt anders over. Ik denk oprecht dat door het doorhakken van die gordiaanse knoop, waarin we nu toch al een paar jaar zitten wat betreft dit gevoelige onderwerp, dit ingewikkelde onderwerp, er meer ruimte kan komen om daarover met elkaar in gesprek te gaan. Eerlijk gezegd is dit natuurlijk niet de eerste vorm van concentratie van hoogcomplexe zorg. In Utrecht is uiteindelijk wel door de academische centra het Prinses Máxima Centrum, dat vandaag al een aantal keren is langsgekomen, tot stand gekomen. Dat is ook een vorm van concentratie, van kinderkankerzorg.

De **voorzitter**:
Kort, afrondend, kort.

De heer **Hijink** (SP):
Dan is dit toch precies het probleem? Mevrouw Tielen denkt het een en ik denk het ander. We weten het eigenlijk allebei niet. Dat is precies de reden waarom de NZa heeft gezegd: breng het eerst goed in kaart en doe het in samenhang. Kijk, in Leiden staan ze nu natuurlijk al met tien tegen nul achter als het gaat over de gesprekken die zij met het Erasmus moeten gaan voeren. Het ligt heel erg voor de hand dat je, als je het in samenhang bekijkt, kunt zeggen: kinderhartchirurgie gaat naar de een en ... Het is misschien een beetje koehandel, maar het is in ieder geval wel een vorm van eerlijke koehandel, op een gelijkwaardige basis. Nu heeft de een het al binnen en de ander staat achter en kan het bijna niet meer inhalen. Eigenlijk zou je het gelijktijdig moeten doen. Dat is ook het advies van de NZa.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Het gevoel van koehandel dat meneer Hijink beschrijft, herken ik goed. Dat gevoel bekruipt mij af en toe in deze discussie ook. Ik denk dat we daar ver vanaf moeten blijven. Het is precies wat meneer Hijink zegt: we weten het allebei niet; we zitten allebei ook niet bij de bestuurstafels in beide centra aan tafel. Het zou ook kunnen zijn dat Leiden nu juist een voorsprong heeft, omdat ze daar al iets op moeten geven.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Volgens mij is het goed om te merken — dat vond ik ook goed aan de inbreng van mevrouw Tielen — dat vrijwel iedereen, zowel mevrouw Tielen als ook de minister, graag kwalitatief goede zorg voor de kinderen wil en toegankelijke zorg belangrijk vindt, en dat het eigenlijk altijd heel moeilijk is als je gaat concentreren en dat het moedig is als je zo'n besluit neemt, waar politiek lef voor nodig is. Ik waardeer het ergens ook wel heel erg dat je zo'n moedig besluit neemt. Tegelijkertijd worstel ik er wel mee en denk ik: juist als het zo'n moeilijk besluit is, moet de onderbouwing boven elke twijfel verheven zijn. Dat is nu niet zo, want het lijkt zo te zijn dat kiezen voor drie centra ook zou kunnen als het gaat om volumenormen en personeelsnormen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Even iets rechtzetten. De heer Bushoff zegt: we willen kwalitatief goede zorg voor kinderen. Nee, we willen kwalitatief goede zorg voor iederéén in Nederland. Het is ook goed om te bedenken dat kinderen met een aangeboren hartafwijking ook gewoon volwassen mensen worden en dat de meesten van de patiënten waar we het dan over hebben, eigenlijk al volwassen zijn. Maar dat is even een rechtzetting.

Ik vind het overtuigend dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, die gaat over kwaliteit, of die wij in ieder geval de opdracht geven om daarop toe te zien, op basis van kwaliteitscriteria de aanbeveling doet dat twee centra het beste is, dat de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde zegt dat twee centra het beste is en dat de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie zegt dat twee centra het beste is.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Maar dan weegt u die opvatting misschien wel zwaarder dan heel veel andere opvattingen uit het veld, die luiden: wij maken niet de keuze voor twee, wij zouden ook heel goed kunnen leven met drie. Dan is het misschien fair om in dit debat naar voren te brengen dat het uw overtuiging is dat het beter is om voor twee te kiezen, maar dat daar geen consensus over bestaat in het veld en ook niet in de wetenschappelijke literatuur.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Ik zou een aanbeveling van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd niet willen aannemen als "zomaar" een opvatting. Die inspectie is een instituut dat een belangrijke rol heeft in het hele zorgveld en dat namens ons toeziet op de kwaliteit van de gezondheidszorg en de jeugdzorg.

De **voorzitter**:
Prima, hartstikke goed. Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Pouw-Verweij. Ik stel vast dat we nog twee sprekers te gaan hebben in de termijn van de Kamer.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Ik ga mijn best doen, voorzitter.

Voorzitter. Het belangrijkste antwoord in de reactie van de minister op vragen vanuit de Kamer komt tegemoet aan de hoofdvraag van JA21. Deze hoofdvraag luidt: kan de minister bevestigen dat een grondige heroverweging aan de hand van inhoudelijke criteria zal plaatsvinden, in het licht ook van de zwaarwegende argumenten die in het afgelopen jaar op tafel zijn gekomen? Het antwoord daarop luidt: ja. Gelukkig maar, want een gedragen besluit over de concentratie van kinderhartchirurgie is een besluit dat werkelijk, dus niet alleen in naam, berust op inhoudelijke criteria.

Ik heb de minister gevraagd of een transparant en zorgvuldig proces meer is dan cosmetisch wegpoetsen van wat hobbels in het gevolgde traject. De argumenten die in het afgelopen jaar op tafel zijn gekomen, gaven daar ook alle aanleiding toe. Mijn fractie wilde voorkomen dat argumenten worden weggeschreven om vast te houden aan het in 2021 genomen besluit. Uit de reacties vanuit de kinderhartcentra en de technische briefing blijkt hoe zorgvuldig het proces dient te verlopen. Kan de minister aangeven welke afwegingen nu dusdanig anders zijn dat er een andere keuze wordt gemaakt, terwijl deze minister had aangegeven alleen om zwaarwegende redenen het besluit te wijzigen?

JA21 is blij dat Groningen weer nadrukkelijk in beeld is gekomen. Dit sluit aan bij het grote belang van de bereikbaarheid van de regio. Ook de keuze voor Rotterdam geeft JA21 geen aanleiding tot twijfel. Maar het besluit is wel een klap voor Utrecht en ook voor Leiden en Amsterdam. Vanuit beide "kampen", om ze zo te noemen, worden stevige argumenten ingebracht. Ik ben benieuwd naar de toelichting van de minister. Ik vraag de minister om in te gaan op de argumentatie vanuit Utrecht dat kinderhartchirurgie en kinderoncologie niet zonder dramatische gevolgen fysiek kunnen worden gescheiden. De ene concentratie om meer kwaliteit te verkrijgen die ten koste gaat van de kwaliteit die is verkregen door een andere concentratie, dat vindt mijn fractie lastig uit te leggen. Graag een reactie hierop.

Wil de minister ook reflecteren op de inbreng vanuit Leiden dat met het verdwijnen van de kinderhartchirurgie ook de intensive care voor kinderen onder druk komt te staan, waardoor mogelijk een hoeksteen onder de behandelingen rond stamceltransplantaties wordt weggeslagen?

In het antwoord op de inbreng vanuit de Kamer wijst de minister op het geringe aantal van twaalf medisch specialisten die deze beroepsgroep telt, maar volgens de universitair medisch centra die buiten de boot vallen is dit een veel te smalle benadering. De kinderhartcentra zijn volgens hen het topje van de ijsberg. Sluiting zou rechtstreeks gevolgen hebben voor het hele ziekenhuis, wat ook een bedreiging zou kunnen vormen voor de academische status. Er gaapt een grote kloof tussen de redeneringen dat het slechts om een dozijn specialisten gaat enerzijds en dat het ziekenhuis op z'n grondvesten schudt anderzijds. Graag daarop de visie van de minister. En wat zijn de implicaties voor het proces van mogelijke rechtszaken door Leiden of Utrecht die nu al aangekondigd zijn in de media?

Na 30 jaar steggelen vindt mijn fractie het tijd om de knoop door te hakken. Tegelijkertijd zijn er nog zoveel zwaarwegende overwegingen en in het proces te nemen stappen dat de vraag of er mogelijk te veel open eindjes zijn om nu al deze onomkeerbare stap te zetten toch in deze zaal door de minister dient te worden beantwoord om er zeker van te zijn dat een besluit daadwerkelijk op een zorgvuldige basis berust, ook als het gaat om twee of drie centra, al vaker genoemd. Vandaar mijn vraag. Hoe motiveert de minister dat het niet nodig is om eerst voor een paar fundamentele vragen een bevredigende oplossing te vinden alvorens de knoop definitief door te hakken?

Tot slot. Mijn fractie heeft begrip voor de hoogoplopende emoties. Mijn fractie heeft geen begrip voor moddergooien met kinderen en hun ouders als schild. Ik doe een dringende oproep aan alle betrokken partijen om één ding uit te stralen. Wat er ook gebeurt, welk besluit er ook wordt genomen, wij staan voor onze patiënten en we zetten alles op alles om de beste kinderhartzorg ter wereld te leveren, hoe de organisatie er ook uit komt te zien.

Tot zover mijn bijdrage.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Wat is het standpunt van JA21?

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Dat is goed opgemerkt van mevrouw Agema. Dat neem ik heel nadrukkelijk niet in.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Oké. Misschien in de tweede termijn? Bent u dan misschien ... We hebben hier een debat met elkaar. Kunnen wij u misschien in tweede termijn over uw standpunt bevragen?

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Dat kan, maar ik verwacht niet dat het dan dichterbij is. Daar is een reden voor en mevrouw Agema weet het ook. Bij de regeling van werkzaamheden had ik voorgesteld of we dit debat wellicht twee weken konden opschuiven. Na een proces dat al dusdanig lang loopt, waarbij zoveel facetten komen kijken, zoveel aspecten van kwaliteit van zorg, bereikbaarheid van zorg, waarbij de visie van de patiënten meegenomen moet worden, van de belangenverenigingen, van de ouders, van de artsen, van iedereen, heb ik niet het gevoel dat ik 48 uur na de antwoorden van de minister, een uur tussen de technische briefing en het plenaire debat, kan zeggen: ik heb de wijsheid wel in pacht, het moeten deze centra worden en het moeten zoveel centra worden. Ik heb dat antwoord domweg niet. Ik heb wel een aantal vragen, een aantal hele duidelijke twijfels. Ik hoop dat daar meer duidelijkheid over komt en ik hoop vooral te horen dat de minister heel erg goed weet wat hij aan het doen is en hoe hij tot dat besluit gekomen is. Maar ik denk niet die waarheid in pacht te hebben op dit moment.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik snap best dat mevrouw Pouw-Verweij worstelt. Het is ook heel ingewikkeld dat wij als Kamerleden ineens mee moeten gaan denken over waar wel en waar niet, maar uiteindelijk is dat wel wat wij hier doen met z'n allen. Het is een beetje laf van JA21 dat ze wel vragen stelt over de consequenties, maar geen hom of kuit geeft voor de mensen die in Utrecht en in Leiden zorg krijgen of verlenen.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Ik heb het idee dat wij in dit dossier of eigenlijk in algemene zin niet de uitvoerende macht zijn, maar de controlerende macht en dat de minister de uitvoerende taken doet. Dat doet de minister in dit geval. Ik denk dat het aan mij en aan ons allen is om dat goed te controleren. Ik merk dat we allemaal onze research daarvoor goed gedaan hebben en dat er de nodige vragen zijn. Ik wil niet op de stoel van de minister gaan zitten en die taak van hem overnemen. Ik denk niet dat ik dat goed kan doen, dus dat ga ik ook niet doen. Ik denk niet dat ik de patiënten of de professionals daarmee recht zou doen. Ik snap het als dat een onbevredigend antwoord is, maar het is wel het antwoord dat ik heb.

De **voorzitter**:
Helder. Dank voor uw bijdrage. Dan gaan we luisteren naar de heer Van Houwelingen. Hij is de laatste spreker van de zijde van de Kamer. Ik probeer te lezen hoelang de minister geschorst wil hebben. Ik zie dat hij drie minuten heeft opgeschreven. O, met een nulletje erachter. Ik wijs er nog even op dat ...

Mevrouw **Agema** (PVV):
Neeeee, nee, nee, nee, nee.

De **voorzitter**:
Mevrouw Agema, gedraag u!

Mevrouw **Agema** (PVV):
We gaan voor drie minuten.

De **voorzitter**:
Nee, er stond 30. Ik vind dat aan de ruime kant, moet ik eerlijk zeggen, minister. Maar goed, uw wil is wet. Dat gaan we dus doen. In de termijn van het kabinet ga ik het aantal interrupties wel even beperken. Om 23.00 uur gaat het licht hier uit. Zo doen we dat elke dag. Ik zou de leden er ook toe willen oproepen om onderling even wat contact te hebben over moties, zodat we niet een enorme stapel moties krijgen waar allemaal hetzelfde in staat. Dat scheelt ook weer tijd. Het woord is aan onze laatste spreker, de heer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dank u, voorzitter. Ik zal het zo kort mogelijk houden. We spreken vandaag over het voorgenomen besluit van de minister om twee van de vier kinderhartchirurgiecentra in ons land te sluiten. Waarom? Is de kwaliteit van de zorg in deze centra wellicht in het geding? Geenszins. Integendeel; ze behoren tot de beste kinderhartchirurgiecentra in de wereld, met lage mortaliteit, weinig complicaties en een gering aantal hersteloperaties. De inspectie schrijft in een brief van 13 januari jongstleden: "Op dit moment constateert de inspectie dat de zorg voor de individuele patiënt bij alle centra onder de huidige omstandigheden voldoende geborgd is." Ook de wetenschappelijke output van deze centra behoort tot de hoogste ter wereld, zo lezen we in de stukken. We mogen er dus trots op zijn. Misschien zijn de patiënten desalniettemin ontevreden; dat zou kunnen. Allerminst. We hebben hier meermaals petities in ontvangst mogen nemen en we zijn bedolven onder de brieven en e-mails van patiënten die willen voorkomen dat hun hartcentrum moet sluiten. Zijn er wellicht financiële problemen? Nee hoor. Deze centra draaien geen verlies en kunnen hun broek zelf ophouden. Willen de betreffende ziekenhuizen zelf de centra sluiten en iets anders gaan doen? Absoluut niet. Ze dreigen zelfs met juridische procedures als ze gedwongen gesloten worden.

Kortom, waarom drukt de minister het besluit om deze twee centra te sluiten toch door, terwijl er geen enkel probleem lijkt te zijn? Daarvoor heeft de minister eigenlijk maar één argument: volumenormen die gehaald moeten worden. Laten we daar nu eens naar kijken. In het rapport Zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking lezen we dat er per jaar zo'n 1.000 operaties worden uitgevoerd op kinderen met een aangeboren hartafwijking. Dit aantal is door de jaren heen vrij stabiel. Het rapport vermeldt ook expliciet dat er gezien de bevolkingstoename en de verandering van de samenstelling van onze bevolking geen reden is om aan te nemen dat dit aantal in de toekomst zal afnemen. Ook lezen we op pagina 23 van dit rapport dat het omslagpunt voor de mortaliteit — ik herhaal: het omslagpunt — ligt tussen de 200 en 300 operaties per jaar per kinderhartchirurgiecentrum. Met andere woorden, zo'n 250 operaties per jaar per kinderhartchirurgiecentrum is wat betreft de

mortaliteit en dus de patiëntveiligheid optimaal, niet minder en — ik zeg dit met nadruk — ook niet meer.

Wat dat laatste betreft vermeldt het rapport expliciet het volgende. "Een interessante observatie in een van de publicaties is een negatieve uitschieter, namelijk een groot centrum dat werd geëxcludeerd vanwege exceptioneel hoge mortaliteit. Dit is een van de eerste studies die een potentieel nadeel van te grote centra aantoont." "Een van de eerste studies", staat er. Er zijn dus nog meer wetenschappelijke studies die erop wijzen dat grote kinderhartchirurgiecentra met meer dan 300 operaties per jaar een gevaar kunnen opleveren voor de patiëntveiligheid — een gevaar! Verderop stellen de auteurs van dit rapport dan ook: "Tevens zijn er aanwijzingen dat er ook bovengrenzen zijn aan het volume." Met andere woorden, kinderhartchirurgiecentra kunnen niet alleen te klein zijn, maar blijkbaar ook te groot. Meer dan 300 operaties per centrum per jaar is volgens wetenschappelijk onderzoek dus niet goed voor de mortaliteit en de patiëntveiligheid; integendeel. De mortaliteit lijkt gemiddeld het laagst te liggen in centra met zo'n 250 operaties per jaar.

Aan de minister zouden wij graag willen vragen om hier eens op te reflecteren. Hoe zou het nou toch komen dat keer op keer uit wetenschappelijke studies blijkt dat ziekenhuizen niet alleen te klein, maar ook te groot kunnen zijn, vanuit het oogpunt van zowel kwaliteit als efficiëntie? Moeten we in dit specifieke geval dan niet voorkomen dat er kinderhartchirurgiecentra ontstaan waar per jaar te veel operaties, dat wil zeggen meer dan 300 operaties, worden uitgevoerd? En als dat zo is — dit is de hamvraag — waarom kiest de minister met landelijk gemiddeld 1.000 operaties per jaar dan voor een de-factovolumenorm van gemiddeld 500 operaties per ziekenhuis, met twee centra? Dat ligt ver boven de bovengrens van 300, die wordt aangehouden door de leden van de werkgroep die het zojuist genoemde rapport hebben geschreven. Met andere woorden: is vier niet precies het goede aantal kinderhartchirurgiecentra voor ons land, en zijn twee centra er niet veel te weinig?

We hopen dan ook — ik sluit af, voorzitter — dat de minister afziet van zijn in onze ogen volstrekt onbegrijpelijke voornemen om twee van de vier centra te sluiten en de kinderhartchirurgie in ons land, waar we heel trots op mogen zijn, eindelijk met rust laat.

Dank u, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Ik vind 30 minuten erg aan de lange kant voor de minister, moet ik eerlijk zeggen. Kunnen we er twintig minuten van maken? Nee. Oké. Ik schors tot 21.30 uur. Nogmaals, om 23.00 uur gaat het licht hier uit.

De vergadering wordt van 21.01 uur tot 21.29 uur geschorst.

De **voorzitter**:
Als iedereen gaat zitten, dan kunnen we naar de minister gaan luisteren. Nogmaals, om 23.00 uur gaat het licht hier uit. Ik hoop dat de minister kort en puntig overal doorheen kan gaan. We houden in deze periode zes interrupties per persoon aan. Dan breien we er snel een eind aan. Het woord is aan de minister.

Minister **Kuipers**:
Dank u wel, voorzitter. Ik heb zo meteen eerst een korte inleidende tekst en daarna heb ik een aantal mapjes. Misschien wil men weten in welke volgorde ik die behandel.

De **voorzitter**:
Graag. We schrijven mee.

Minister **Kuipers**:
Het eerste gaat over het besluitvormingsproces. Het tweede gaat over twee dan wel drie centra. Het mapje daarna gaat over de impactanalyse. Daarna ga ik in op de keuze voor Groningen en Rotterdam. Vervolgens leg ik uit waarom de keuze niet op Utrecht en Leiden is gevallen en wat de gevolgen daarvan zijn. Daarna heb ik nog een mapje over het transitieproces en de mitigerende maatregelen. U zou het bijna niet verwachten met zo veel mapjes, maar tot slot heb ik nog mapje overig.

Voorzitter. De discussie over de concentratie van de interventies bij aangeboren hartafwijkingen loopt al 30 jaar — dat is zojuist ook al voorbijgekomen — te beginnen bij het rapport van de Gezondheidsraad uit 1993 tot en met het meest recente rapport met de impactanalyse van de Nederlandse Zorgautoriteit van december vorig jaar. Al deze onderzoeken, rapporten en adviezen hebben bepleit dat concentratie van interventies noodzakelijk is. Dit wordt breed bepleit. Ik noemde al de Gezondheidsraad en de Nederlandse Zorgautoriteit, maar dit wordt ook bepleit door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de wetenschappelijke vereniging. Later werd het nog een keer bepleit door de wetenschappelijke vereniging. Het is dus in veel rapporten bepleit. De reden om te bepleiten dat concentratie van deze interventies noodzakelijk is, is tweeledig. Ten eerste is het noodzakelijk om het risico op vermijdbare complicaties en sterfte te verminderen en de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Ten tweede is het noodzakelijk om de continuïteit van zorg te waarborgen, nu en in de toekomst.

Naar mijn mening is de mening van de betrokken patiëntenorganisaties misschien nog wel belangrijker dan al die rapporten. Ik noem de Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijking, de Stichting Hartekind, de Harteraad en de Hartstichting. Zij wijzen niet alleen op het belang van concentratie, maar ook op het belang van snelle besluitvorming. Ik kan niet genoeg benadrukken dat het mij niet gaat om centralisatie van de zorg; het gaat om netwerkzorg. De concentratie van deze interventies in twee centra betekent nadrukkelijk niet dat alle zorg voor hartpatiënten op de andere locaties verdwijnt, integendeel. Zaken als controles, poliklinische afspraken, voor- en nazorg en gesprekken over medicatie en andere zaken kunnen ook na concentratie van interventies voor patiënten plaatsvinden in het dichtstbijzijnde ziekenhuis, vaak door de eigen, vertrouwde medisch specialist of verpleegkundig specialist. Dat geldt uiteraard ook voor de acute zorg, en dat alles in intensieve samenwerking tussen de verschillende centra.

Voorzitter. Het doel dat ik nastreef met de concentratie is het borgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg, ook voor de lange termijn. Ik vind dat we het aan patiënten en hun verwanten verplicht zijn om dat na te streven. We moeten ernaar streven om qua kwaliteit en uitkomsten van

zorg tot de Europese en mondiale top te behoren. Ja, ik begrijp dat dit bij patiënten, professionals en besturen van instellingen die niet als interventiecentrum zijn gekozen tot vragen leidt en wellicht ook tot onzekerheid. Zodra mijn voorgenomen besluit definitief is, ga ik samen met de universitair medische centra, de professionals en de patiëntenverenigingen aan de slag om de transitie vorm te geven. Ik ben wat dat betreft blij dat de NFU heeft aangegeven een belangrijke rol voor zichzelf te zien bij het nadenken over de optimale inrichting van de academische zorg in de toekomst. Samen met hen, daarbij geholpen door een onafhankelijke en deskundige begeleidingscommissie en in overleg met de patiëntenorganisaties, gaan we die transitie vormgeven. Ik hoop oprecht dat met de helderheid die dit besluit geeft voor de toekomst, zorgprofessionals de strijdbijl zullen begraven en samen vorm kunnen gaan geven aan de optimale inrichting van deze zorg. Ik hoop dat niet alleen, maar ik verwácht ook dat ze dat zullen doen, in het belang van hun patiënten. Ik weet wat het belang van de patiënt is, en dat dat hen echt motiveert.

Voorzitter. Dat raakt aan een aantal opmerkingen die onder anderen door mevrouw Pouw-Verweij en mevrouw Tielen zijn gemaakt. Zij benoemden dit punt ook nadrukkelijk. Ik kan daarbij zeggen dat ik buitengewoon veel begrip heb voor de zorgen van patiënten en hun naasten. Met de patiëntenorganisaties is afgesproken dat we alles op alles zetten om snel maximale duidelijkheid te bieden voor deze patiënten. Ik gaf al aan dat de patiëntenverenigingen wijzen op het belang van concentratie en besluitvorming. Ik hecht er daarbij aan om op deze plek toch ook een oproep te doen aan de behandelende professionals, of dat nou medisch specialisten, arts-assistenten in opleiding of verpleegkundigen zijn. Ik roep hen op om nu en in de komende periode echt in gesprek te gaan met hun patiënten en uit te leggen waar dit precies om gaat, en ook het comfort en de garantie te geven dat zij betrokken zullen blijven bij de zorg voor hun patiënt, nu en in de toekomst, ook als dat voor een patiënt eventueel betekent dat een interventie op een andere locatie plaatsvindt. Daarbij moeten ze, bijvoorbeeld als thoraxchirurg, ook aangeven dat zij in de toekomst die interventie ook zullen uitvoeren, ook als dat op een andere locatie moet. Ik vind eigenlijk, en dat meen ik serieus, dat die professionals in de afgelopen periode gewoon al verplicht waren om dat te doen. Als ik nu af en toe de respons zie van patiënten, en de onduidelijkheid bij hen, dan verbaas ik me erover dat dat niet gebeurd is.

Tot zover mijn inleiding, voorzitter.

Mevrouw **Agema** (PVV):
In 2015 schreef ik het boek Verzilveren. Daarin staan 28 mantra's over de zorg. Het gaat over zinnetjes in de zorg die steeds door iedereen herhaald en nagepraat werden, en die door iedereen voor waar werden aangenomen. Nou, het zinnetje dat de minister de hele tijd maar herhaalt, namelijk "de discussie over de concentratie van de kinderhartinventies loopt nu al 30 jaar", is precies zo'n zinnetje. De minister herhaalt dat steeds. Overal wordt dat de hele tijd herhaald. Maar als je daar wat dieper ingaat, blijft er niets van over. De commissie-Lie — ik heb daar ook schriftelijke Kamervragen over gesteld — die beschreef dat in Zweden de concentratie van deze interventies in de jaren negentig heeft geleid tot een flinke daling van het aantal sterfgevallen is een van de belangrijkste argumenten van de minister voor het concentreren van die kinderhartinterventies. Mijn vraag aan de minister is: is hij ermee bekend — er kijken namelijk gelukkig ook een heleboel mensen mee en iemand stuurde mij daarover een e-mail — dat wij 30 jaar geleden elf van dit soort interventiecentra hadden en dat we inmiddels dus allang geconcentreerd zijn naar vier? Twee. Is hij ermee bekend dat het aantal sterfgevallen in Nederland ook navenant gedaald is en dat dit dus geen argument kan zijn om nog verder te gaan, nu van vier naar twee interventiecentra?

Minister **Kuipers**:
Allereerst even over die periode van 30 jaar. Ik verwijs even naar een rapport uit 1993 van de Gezondheidsraad, die toen al een helder pleidooi deed. Dat ging niet over een Zweedse studie. Dat ging heel duidelijk over concentratie en verbetering van kwaliteit. Natuurlijk, als dat maar ten dele gebeurd is … Bijvoorbeeld het rapport van de commissie-Lie waar mevrouw Agema naar verwijst, beval toen al nadrukkelijk aan dat onder andere deze zorg op de locaties in Amsterdam, Nijmegen en Utrecht zou stoppen. U weet waar we nu staan ten aanzien van de betreffende centra. Nijmegen is inderdaad gestopt. Maar in bijvoorbeeld Utrecht is deze zorg gecontinueerd tot op de dag van vandaag. Ondanks dat die adviezen maar ten dele zijn opgevolgd, is de kwaliteit natuurlijk verder verbeterd. Ik ben er alleen van overtuigd dat dit nog verder verbeterd kan worden. Ik doe dat op basis van de input vanuit de wetenschappelijke vereniging en ik verwijs bijvoorbeeld naar het rapport van de commissie-Bartels. Ik doe dat ook op basis van de rapportage van de patiëntenvereniging en ook de IGJ. Dus alleen maar contempleren en zeggen dat het al verbeterd is in de afgelopen 30 jaar, is wat mij betreft niet goed genoeg.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Maar de minister schrijft zelf dat het gaat om een flinke daling van het aantal sterfgevallen. Nou is het sterftecijfer tussen 2015 en 2019 — recentere cijfers hebben we namelijk niet — al gedaald naar 2,7%. Mijn vraag aan de minister is: hoeveel verder kan het dan nog dalen, denkt hij? Mijn indruk is dat je op een gegeven moment ook wel … Je hebt namelijk met hele kwetsbare patiënten te maken. Dus als hij het sterftecijfer gebruikt als motivatie voor het nog verder concentreren van vier naar twee interventiecentra, hoever denkt hij dat het sterftecijfer dan nog verder omlaag zou moeten? Kan dat überhaupt nog wel verder omlaag?

Minister **Kuipers**:
Daaraan zitten een aantal aspecten. Het is zojuist ook al wel even voorbijgekomen. Ten eerste die 2,7%. Ik weet zeker dat mevrouw Agema het volgende met mij eens is. Wanneer je ouders, wanneer het kind nog niet geboren is, confronteert met de beelden en een conclusie van bijvoorbeeld een echo, en je vertelt iets over de impact en de mogelijke consequenties omdat er sprake lijkt van een mogelijke aangeboren hartafwijking, zullen ouders de volgende vragen hebben. Wij stellen ons dat voor. Eén. Wat betekent dat? Wat voor zorg is er? Waar moet ik naartoe? Twee. Wat is de kwaliteit van leven van mijn kind? Kan hij of zij later …? Op die plek kunt u van alles invullen. Drie. Als er bijvoorbeeld gesproken wordt over operaties: wat is de kans dat mijn kind komt te overlijden? Dan kunnen we dat heel klinisch vatten in getallen als 2,7%. Mevrouw Agema zal het ongetwijfeld met me eens zijn dat iedere verlaging die we

maar kunnen bewerkstelligen op dit terrein, door ouders omarmd wordt. Dat zie je ook terug in die rapportages. Dus de concrete vraag is: waar denk ik dat het naartoe kan gaan? Ik heb goede hoop dat het nog lager kan. Maar vraag mij niet om daar een precies getal bij te noemen.

Mevrouw **Agema** (PVV):
De vraag is natuurlijk of dat wel bereikt kan worden met centralisatie als bijvoorbeeld het ondersteunende team voor 93% aangeeft niet mee te willen gaan. Maar als het nou gaat over die ouders wiens kinderen nu zorg krijgen in Leiden of bijvoorbeeld in Utrecht, stapt de minister eigenlijk heel gemakkelijk heen over het feit dat die mensen een relatie zijn aangegaan met het ziekenhuis. Of neem het jongetje dat gisteren in het Jeugdjournaal was en dat boos was en de tranen achter zijn ogen had staan. Hij is boos omdat hij, als hij straks een operatie heeft gehad, daarna hup, meteen in de auto naar huis moet. Daar wordt hij misselijk van. Straks moet hij twee keer zolang in de auto zitten. Ik bedoel dat soort kwaliteitsdingen. Ik zou graag willen dat de minister daar ook eens naar keek, in plaats van het alleen maar te gebruiken om de boel op slot te gooien.

Minister **Kuipers**:
Met heel veel respect voor de kennis die mevrouw Agema heeft: ook mevrouw Agema weet dat de kans dat een kind na de narcose na een openhartoperatie direct zelf in de auto terug naar huis mag, nihil is. Het gaat hier om totaal andere ...

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ik zei niet ...

De **voorzitter**:
Het woord is aan de minister.

Minister **Kuipers**:
"Na een narcose" geeft mevrouw Agema aan. Ik gaf eerder al in mijn inleiding aan dat dit echt gaat over interventies in de zin van hartkatheterisaties en hartoperaties. Heel veel andere vormen van zorg zullen gewoon op de locatie blijven waar ze zijn. Vandaar mijn nadrukkelijke oproep — ik herhaal die graag nog een keer — aan de professionals die deze kinderen op alle locaties behandelen: ga met het kind, zoals het jongetje dat mevrouw Agema noemt, en met de ouders in gesprek en leg uit wat dit daadwerkelijk betekent.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Toch nog even over dat punt van die lange duur, want inderdaad: dat er al 30 jaar over wordt gesproken, suggereert dat het nu echt niet anders kan dan dat we een knoop doorhakken. Maar tegelijkertijd is het natuurlijk wel zo dat het na die 30 jaar kennelijk kwalitatief nog steeds niet zo slecht is dat die centra niet meer kunnen voortbestaan. Sterker nog, die zijn vaak ook met recht trots op het werk dat daar verricht wordt. We zien ook allerlei vormen van samenwerking; die tussen Amsterdam en Leiden is al genoemd en Rotterdam is uiteindelijk gaan samenwerken met Nijmegen. Dus mijn vraag is de volgende. Hoe je het ook wendt of keert, het heeft heel veel, misschien soms ook moeilijk te voorziene consequenties om bepaalde centra te sluiten. Dat al die overgangen goed gaan verlopen, moet zich allemaal nog maar uitwijzen in de toekomst. Mijn vraag is: wat is er nou gedaan of zou er nog gedaan kunnen worden, ook om dat ernaast te leggen, om veel meer die samenwerking te bevorderen, in plaats van te zeggen: jullie mogen niet voortbestaan?

Minister **Kuipers**:
Allereerst: ik kom in mijn beantwoording nog op een aantal punten die de heer Van der Staaij noemt. Dat zijn vragen die zojuist al gesteld werden en waar ik ook in de antwoorden nog apart op terugkom. Laat ik voor nu even aangeven dat er voor de komende periode nog helemaal niets verandert in de zin van praktische verschuiving van zorg of professionals. We hebben er bewust voor gekozen om een stip op de horizon te zetten, te zeggen "hier moeten we uiteindelijk naartoe", en de komende tweeënhalf jaar te gebruiken voor een zorgvuldig transitieproces met het uittekenen en inrichten van mitigerende factoren. Hoe ga je daar dan uiteindelijk precies mee om?

De **voorzitter**:
Het blokje transitie krijgen we later. Ik wil het niet te veel door elkaar laten lopen.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Ik wil niet vooruitlopen op de blokjes, maar ik hoorde de minister wel aangeven dat patiëntenverenigingen achter dit besluit staan. Ik zie dat nergens. Kan de minister mij aangeven waar dat dan staat? Ik zie wel dat zij voor landelijke samenwerking en kwaliteit van zorg zijn. Daar hoort wellicht ook concentratie bij, maar voor de keuze voor die twee centra zie ik geen onderbouwing.

Minister **Kuipers**:
Ik wil graag verwijzen naar bijvoorbeeld de website en de berichten van Stichting Hartekind, zowel bij het ter beschikking komen van de NZa-analyse in december als recent na de brief van de NFU. Daarin staat nadrukkelijk niet de keuze voor specifieke centra, maar wel het verzoek om een besluit te nemen en, zoals ik zojuist al aangaf, om dat snel te doen en over te gaan tot concentratie van de interventies.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dus zij geven niet de keuze voor specifieke centra aan en ook niet dat het er twee moeten zijn, maar zij geven aan dat zij voor landelijke samenwerking zijn. Dan wil ik nog een opmerking maken voor de minister. De minister gaf toch de zorgprofessionals een beetje een sneer en zei dat hij vond dat ze allang het gesprek aan hadden moeten gaan. Maar mag ik de minister er ook op wijzen dat de besluitvorming nogal rommelig is verlopen en dat het voor Leiden, Amsterdam, Groningen en Utrecht tot nog toe niet duidelijk is geweest, zodat zij dat niet hebben kunnen doen?

Minister **Kuipers**:
Dat neem ik zeer ter harte. Tegelijkertijd wil ik ons allen er graag aan herinneren dat dit proces al vele, vele jaren loopt. Onder andere het rapport van de commissie-Lie is al genoemd, en ook dat van de inspectie in 2019 en 2021. Er waren dus al jaren waarin je er, zonder dat je wist wat het voor jou individuele centrum betekent, verstandig aan deed om al met je patiënten in gesprek te gaan.

De **voorzitter**:
Het blokje besluitvormingsproces.

Minister **Kuipers**:
Allereerst was er de vraag van verschillende kanten of dit een zorgvuldig proces is. Dat sluit ook aan bij de opmerking die mevrouw Den Haan zojuist maakte. Laat ik vooropstellen dat dit proces inderdaad al langere tijd loopt en veel momenten heeft gekend. Alleen kijkende naar de afgelopen periode, denk ik dat we er echt veel aan gedaan hebben om te zorgen voor een zorgvuldig en transparant proces, waarbij alle relevante partijen de gelegenheid hebben gekregen om hun zienswijze te geven en informatie aan te leveren. Over alle stappen in dat proces in het afgelopen jaar heb ik u geïnformeerd. Ik kijk even alleen naar de afgelopen periode, na het besluit van mijn voorganger in december 2021. In februari heb ik dat besluit on hold gezet en gekozen voor het vragen van een impactanalyse van de NZa. Op het moment dat de NZa op enig moment aangaf dat die daar meer tijd voor nodig had, heb ik die tijd van harte gegeven en heb ik uw Kamer daarover geïnformeerd. En het verdere, recente traject kent u. Dit raakt aan een aanvullende vraag van mevrouw Van der Plas over het verdere traject en over een voorgenomen besluit. Ze stelde de vraag: waarom wacht de minister de zienswijze niet af? Ik heb op 13 februari een voorgenomen besluit genomen. Daarin geef ik meer inzicht in de overwegingen die tot de uiteindelijke keuze voor Rotterdam en Groningen hebben geleid. Het is een voorgenomen besluit waar partijen hun zienswijze op kunnen geven. Ik wacht deze zienswijze af en neem daarna een definitief besluit.

De heer Hijink gaf aan dat er geen basis is voor de 60 operaties per arts. Waarom maakt de minister deze norm heilig? Dat zit in dit geval ook in de categorie, op de daarop gebaseerde besluitvorming. We hebben het veel gehad over het NZa-rapport, maar laat ik ook het visierapport uit 2021 van de wetenschappelijke verenigingen onder voorzitterschap van Beatrijs Bartelds aanhalen. Het visierapport is destijds opgesteld door een werkgroep van medisch specialisten vanuit alle betrokken wettenschappelijke verenigingen: thoraxchirurgen, kinderartsen en cardiologen. Deze wetenschappelijke verenigingen hebben voorafgaand aan de publicatie de vakinhoudelijke secties en commissies geconsulteerd, en op basis hiervan een schriftelijke reactie gegeven. Deze reacties zijn ook bijgevoegd. Dat gebruikt ook die volumenorm van die 60 operaties bij hele jonge kinderen. En laat ik nadrukkelijk zeggen: dat is niet de norm van de minister en VWS, het niet de norm van de inspectie, het is niet de norm van een verzekeraar, maar de norm van de wetenschappelijke verenigingen zelf.

De **voorzitter**:
Maak even dit blokje af.

Minister **Kuipers**:
Mevrouw Den Haan vroeg: zit er een politieke, dubbele agenda achter het aanwijzen van Groningen, terwijl met een verwachte toename van 15% van het aantal ingrepen de volumenorm straks niet gehaald kan worden? De NZa heeft bij deze berekeningen aangegeven dat puur wordt uitgegaan van reisafstand, en niet van bijvoorbeeld afspraken ten aanzien van verdeling, samenwerking, shared care-inrichting of eventuele subspecialisatie van centra. Concentratie op twee plaatsen maakt zo eventuele verdere superspecialisatie nodig. De NZa geeft ook aan dat in de transitie bij de inrichting van de shared care goed gekeken moet worden naar een passende verdeling. Het is een onderwerp van het hele transitieproces om ervoor te zorgen dat door een verdeling van 15% aan de ene kant en 85% aan de andere kant, er wel degelijk twee evenredige centra ontstaan die allebei ruimschoots normen en kwaliteitsafspraken halen.

Van verschillende kanten kwam dan nog de volgende vraag naar voren: hoe motiveert de minister het feit dat er nu toch een knoop wordt doorgehakt, ondanks dat er veel vragen zijn? De discussie over deze concentratie duurt al heel erg lang. Wanneer de zorg in vier centra georganiseerd blijft, staat de continuïteit onder druk. Ik gaf al iets aan ten aanzien van de patiëntenorganisaties en daar kom ik zo meteen ook nog op terug. Het is naar mijn oordeel echt verstandig om een indicatie te geven over de uiteindelijke eindsituatie voor dit onderdeel. Op basis daarvan kunnen we dan in de verdere transitie afspraken maken over het bredere academische zorgveld.

De **voorzitter**:
Was dit het blokje besluitvormingsproces?

Minister **Kuipers**:
Ja.

De **voorzitter**:
Dan geef ik het woord aan de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
Ik wil het met de minister hebben over dat getal van 60. Dat is belangrijk, omdat de inspectie dat getal in 2021 heeft gebruikt in de richting van het ministerie om te adviseren om naar twee centra te gaan. De wetenschappelijke verenigingen distantiëren zich juist van dit getal. Zij zeggen juist heel nadrukkelijk: dit is geen wetenschappelijke veldnorm waarop je dit soort besluiten kunt baseren. Zij hebben eerder aangegeven dat zowel VWS als de inspectie het verkeerd heeft geïnterpreteerd. Er is een minimum van 40. Tussen de 40 en de 60 is de winst aan kwaliteit die je boekt bij het vergroten van het volume niet meer significant. Daarmee zeggen zij dus: je kunt op basis van dit cijfer niet zulke vergaande beslissingen nemen. Begrijpt de minister die kritiek en doet hij daar ook wat mee?

Minister **Kuipers**:
Wetenschappelijke verenigingen komen met normen. Dit is ook gepubliceerd of aangehaald op basis van onder andere Nederlandse data. Een van de auteurs van deze

publicatie gaf daarna aan, omdat in het centrum waar de persoon werkzaam was de norm niet gehaald werd, dat er misschien weleens anders naar gekeken zou moeten worden. Als je er anders naar moet kijken, dan moeten de wetenschappelijke verenigingen samen komen tot een bijstelling van hun norm. Laat ik vooropstellen dat we het dan hebben over 60 in een groep alsof het één interventie en één aandoening betreft, terwijl wij weten dat dat niet zo is. Dat gaat om een variëteit aan aandoeningen en dus ook een variëteit aan ingrepen. En dan hebben we het niet over een minimumnorm per arts, maar per centrum. Ik ben dus helemaal niet verbaasd over deze norm.

De heer **Hijink** (SP):
De auteur van het artikel waarin deze getallen beschreven zijn, geeft heel nadrukkelijk aan: dit is geen bruikbare norm als het gaat over concentratie. De wetenschappelijke vereniging distantieert zich van de manier waarop zowel de inspectie als het ministerie, dus deze minister, dit getal van 60 nu interpreteert. Waarom is dat nou zo belangrijk? Omdat het gaat om 60 operaties, interventies, die gebeuren bij neonaten, bij kinderen jonger dan 30 dagen. Zou een centrum minder dan 60 van dat soort interventies per jaar hebben, dan is dat centrum eigenlijk niet geschikt en moet het geconcentreerd worden. Als nou dat getal zó ter discussie staat bij zó'n belangrijke beslissing, terwijl het voor het ministerie het enige overgebleven criterium is om nog over te gaan tot twee locaties, dan kun je het besluit daar toch niet op baseren? Dan moet je toch zeggen: effe een pas op de plaats en heel goed kijken of er inderdaad sprake is van een kwaliteitssprong als we zouden gaan naar twee centra?

Minister **Kuipers**:
Laat ik vooropstellen dat die norm voor mij totaal niet ter discussie staat, in het geheel niet. Sterker nog, als ik zou verwachten dat er in de komende jaren iets verandert, dan zou ik eerder verwachten dat die norm omhooggaat dan naar beneden. Laten we wel wezen, dit gaat niet over het aantal ingrepen per dokter. Het gaat over zeer complexe zorg en zeer complexe ingrepen. We kennen uit heel veel andere vormen van zorg dat een groter volume leidt tot verbetering van kwaliteit. Ik keer even terug naar de specifieke vraag van de heer Hijink. Deze discussie loopt al lang, dus er is heel veel tijd geweest voor wetenschappelijke verenigingen om te zeggen: wij doen ons werk nog eens over en wij komen met een andere richtlijn en een ander getal. Ik heb in de afgelopen periode niet gezien dat ze dat hebben gedaan. Ik hoor wel dat individuele artsen zeggen hier twijfel bij te hebben. Er is alle ruimte voor de arts om met de wetenschappelijke vereniging een commissie samen te stellen en opnieuw naar de normen te gaan kijken.

De heer **Hijink** (SP):
Ook internationaal zijn er geen, ik herhaal, zijn er geen volumenormen die bepalen wanner een centrum al dan niet geschikt is om dergelijke operaties uit te voeren. Ook internationaal wetenschappelijk zijn die normen er niet. De minister kan dat beweren, maar de vereniging heeft zich ervan gedistantieerd, de auteur van het stuk heeft zich ervan gedistantieerd en internationaal zijn er geen bruikbare volumenormen om te bepalen of je wel of niet deze zorg moet concentreren. Als de minister dit blijft volhouden, is hij de enige die dit soort getallen nog durft te gebruiken, terwijl alle wetenschappers die er verstand van hebben, zeggen: doe dit nou niet!

Minister **Kuipers**:
Ik verwijs dan echt naar een rapport van de commissie-Bartelds waar die wetenschappelijke verenigingen in zitten. Ze zijn later ook nog gevraagd wat ze van het rapport vonden. Ik moet het daar vervolgens mee doen. En ook de inspectie moet het daarmee doen. Het zijn niet mijn normen.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Laten we er even van uitgaan dat de minister gelijk heeft. Hij gaat uit van cijfers die kloppen. Wetenschappelijk is aangegeven dat 60 een volumenorm zou moeten zijn om die kwaliteit te kunnen borgen. Als we daarvan uitgaan zegt de minister, ook kennelijk gebaseerd op de cijfers uit het NZa-rapport, kunnen we toe naar evenredige centra. Als ik naar de cijfers van het NZa-rapport kijk, zie ik dat niet. Ik zie dat Groningen nog steeds onder die volumenorm blijft. Kan de minister uitleggen hoe hij dan toch kan aangeven dat wij wel toe kunnen naar die evenredige centra, zonder overigens gedwongen patiënten richting Groningen te gaan sturen?

Minister **Kuipers**:
Dat is precies een onderwerp van dat transitieproces, waarbij je met alle centra tezamen afspraken maakt over shared care en verwijsstromen. Ik ben ervan overtuigd dat als het beide centra straks lukt om kwalitatief hoogstaande zorg neer te zetten, dit in allebei de centra goed kan en dat ook ouders en kinderen geheel vertrouwd zijn om naar elk van de twee centra verwezen te worden. Ik ben niet zo bang voor gedwongen verwijzing naar een centrum.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
U bent er niet bang voor of u vindt het niet erg om mensen gedwongen te verwijzen naar Groningen terwijl zij liever naar Rotterdam of Utrecht zouden willen.

Minister **Kuipers**:
Als ik zeg dat ik er niet bang voor ben, dan bedoel ik dat ik de kans dat dat gaat gebeuren laag inschat. Dan komen we terug op de vrijheid als mensen zelf individueel zeggen "ik wil eigenlijk toch graag naar het andere centrum". Dan volgt de normale praktijk zoals dat in de patiëntenzorg altijd gebruikelijk is.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
En het feit dat er meer reisbewegingen nodig zijn voor kinderen die buitengewoon kwetsbaar zijn, daar neemt de minister dan genoegen mee?

Minister **Kuipers**:
Nogmaals, we hebben het echt over de concentratie van de interventie. Voor de meeste patiënten is het gelukkig zo dat het aantal interventies dat zij in hun levensloop moeten ondergaan, naar verhouding beperkt is in vergelijking tot het aantal keren dat ze bijvoorbeeld op een spreekuur moeten zijn of een afspraak hebben voor een echografie,

een bloedtest of iets anders. Dat komt frequenter voor. Zoals dat al heel lang gebruikelijk is in de samenwerking tussen bijvoorbeeld het Radboudumc en het Erasmus MC, kunnen die afspraken gewoon op de eigen locatie plaats blijven vinden.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dan toch nog eventjes terugkomend op die volumenormen. De minister houdt daar vrij stevig aan vast. Mijn eerste vraag is dan of die volumenormen een keer zijn bekrachtigd in een richtlijn of in een officiële leidraad. En als dat zo zou zijn, zeg ik de minister, is er in het veld, bij de chirurgen, en in de wetenschappelijke literatuur heel veel twijfel over en is deze norm niet boven alle twijfel verheven. Kun je op basis van iets wat niet boven alle twijfel is verheven zo'n impactvol besluit nemen of moet je dan een iets minder impactvol besluit nemen door te kiezen voor het concentreren in drie centra in plaats van op twee?

Minister **Kuipers**:
Sorry, dan val ik toch een beetje in herhaling. Dan verwijs ik naar de rapportages die we ondertussen in de afgelopen 30 jaar hebben gehad. Telkens geven deze om verschillende redenen aan dat verdere concentratie verstandig is, vanwege het verbeteren van de kwaliteit en het borgen van de continuïteit. Dat staat ook in het rapport uit 2020/2021 van de wetenschappelijke verenigingen zelf.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Mijn vraag was of het ook is bekrachtigd in een officiële richtlijn en een leidraad. Dat was mijn eerste vraag. Het is fijn om daar nog een antwoord op te krijgen. Op de tweede plaats is er volgens mij niet eens zo heel veel twijfel over de vraag of concentreren in zekere mate misschien zinvol zou zijn. De vraag is: in hoeverre moet je concentreren? Als je dat vraagstuk apart bekijkt, dan is er dus eigenlijk geen argument als je afgaat op die norm om te kiezen voor twee in plaats van drie, zelfs als die norm niet klopt. Dus daar was mijn tweede vraag op gericht.

Minister **Kuipers**:
Ik wil de vraag graag onthouden, want ik heb hier een heel blokje over waarom twee of drie. Dus als u het mij toestaat, dan kom ik daar zo dadelijk op terug.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Dan sta ik dat toe. Ik wil alleen nog vragen om een antwoord op mijn eerste vraag. Is de volumenorm die blijkbaar zo belangrijk is, dan ook echt bevestigd in een officiële leidraad en richtlijn?

Minister **Kuipers**:
Dan herhaal ik mijn eerdere vraag. Ik verwijs naar het rapport van de commissie-Bartelds.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Mevrouw Den Haan sprak net over die evenredige centra. Uit het oogpunt van bereikbaarheid begrijp ik heel goed dat Groningen er ook bij is gekomen. Dat hebben we allemaal gezien en meegemaakt. Maar doe je die bereikbaarheidswinst voor Groningen dan eigenlijk weer niet te niet voor andere delen van het land als er alleen keus is uit Groningen of Rotterdam? Je zag op grond van de cijfers dat het eigenlijk helemaal niet voor de hand ligt dat er qua grootte ook evenredige centra uit zouden komen met de keuze voor deze twee centra.

Minister **Kuipers**:
Dat hangt af van de afspraken die je met de shared care centra maakt. Mag ik misschien in dat verband verwijzen naar een tussenvoorstel dat de NZa eventueel ter overweging gaf voor het direct, het hier en nu? Dat was het maken van de verbinding tussen de centra Utrecht en Rotterdam en de centra Leiden, Amsterdam en Groningen. Dat gaat nu niet gebeuren op deze wijze, maar ook daar zou je volgens mij al snel uitkomen op vrij vergelijkbare centra met betrekking tot het aantal ingrepen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
De minister verwees net ook naar het transitieproces. Het risico van deze benadering kan natuurlijk ook zijn dat we bij alles wat eigenlijk heel lastig is en waarvan het onduidelijk is hoe het gaat, zeggen: het transitieproces gaat alles oplossen. Dus ook op dit punt zie je wel dat het toch eigenlijk voor de hand ligt dat je qua grootte heel verschillende centra krijgt en dat je dat vervolgens met heel verschillende afspraken moet proberen weer recht te zetten. Maar zet dit daarmee dan eigenlijk niet de keuze voor alleen deze twee in een wat kwestieus daglicht?

Minister **Kuipers**:
Dan vraagt de heer Van der Staaij eigenlijk om een keuze te maken tussen de kip en het ei. Of ik maak eerst een keuze voor welke twee centra die interventies worden geconcentreerd. Ik maak dan vervolgens met het veld — laat het veld daar ook de eerste lead in nemen — afspraken ten aanzien van verwijspatronen en shared care, zodanig dat er twee evenredige centra ontstaan. Of ik neem eerst geen keuze over welke centra, maar ik vraag in een virtuele situatie voor elk van de combinaties van twee voor vier centra hoe je dan je shared care zou inrichten. Dat is een zeer complex proces met veel extra werk, dat uiteindelijk uitkomt op één keuze. Ik heb gekozen voor de eerste benadering.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Die volumenorm waar onder andere naar wordt verwezen in het rapport van de commissie-Bartelds, bijvoorbeeld die 60 per centrum voor neonaten, is uiteindelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De minister zal het met mij eens zijn dat dit natuurlijk ook niet anders kan. De verwijzingen staan in het rapport. In dit geval gaat het over artikelen van Kansy. Die stelt heel duidelijk dat er een optimum, een plateau, is van tussen de 50 en 70 operaties. Vanaf 70 komt de patiëntveiligheid eerder in gevaar, dan dat het beter wordt. Mijn vraag aan de minister is of hij erkent dat er ook een top aan het plateau zit en dat het helemaal niet logisch is om, zoals de minister net zei, de norm nog verder te verhogen? En als die norm bijvoorbeeld ongeveer 60 is — dat lijkt de norm te zijn — dan is het toch niet logisch om terug te gaan naar twee centra met 220 interventies bij neonaten per jaar, althans volgens de commissie-Bartelds?

Minister **Kuipers**:
We hanteren volumenormen over het algemeen als minimumnormen. Dat is ook hier het geval. Zijn er ook uitdagingen als een centrum heel groot wordt, bijvoorbeeld in het creëren van de benodigde capaciteit? Absoluut. Kunnen er ook individuele grotere centra zijn — de heer Van Houwelingen gaf dat eerder aan, ook bij grotere series — die toch op een bepaald moment een slechtere kwaliteit leveren? Ja, dat kan. Het is niet een-op-een aan elkaar verbonden. Dat kan. Maar ik deel de conclusie niet dat het automatisch betekent dat er een optimum is en dat de kwaliteit waarschijnlijk naar beneden zal gaan als het centrum groter wordt. Ik zie dat ook in andere voorbeelden nergens op gestoeld.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dit klopt dus denk ik helemaal niet. Als de minister de artikelen zou lezen, wat ik hem graag aanraad, dan weet hij dat er wel degelijk sprake is van een plateau. Dat is wat de artikelen van Kansy laten zien. Het is niet zo dat het hoe groter, hoe beter is. Er zit een top aan. Als we blijven doorgaan met centraliseren, kun je op een gegeven moment te ver gaan. Het is niet goed om straks één groot ziekenhuis voor heel Europa te hebben met hartinterventies. De minister kan te ver gaan met het opschalen. Ik vind het heel zorgelijk dat de minister het ziet als minimumnorm, want op basis van de artikelen zijn het dat volgens mij niet.

Minister **Kuipers**:
Volumenormen zoals wij die in Nederland hanteren, zijn minimumnormen in dit soort gevallen. De vervolgvraag is of er ook een optimum aan zit. De heer Van Houwelingen verwijst naar een aantal artikelen. Ik geef aan dat ik die artikelen zo interpreteer dat ze niet bewijzen dat er ook een maximum aan zit en dat boven een bepaald volume de kwaliteit per definitie weer naar beneden gaat.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dan zouden we samen eens die artikelen moeten bekijken, want het is wel degelijk het geval.

De **voorzitter**:
Dit wordt de vierde interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Hoeveel heb ik er?

De **voorzitter**:
Zes.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Zes? Dan ga ik proberen om deze in ene te doen. Het hangt wel af van de minister …

Minister **Kuipers**:
Ik zal proberen om in ene te antwoorden.

Mevrouw **Agema** (PVV):
… want die heeft nu wel een vrijbrief om het in het water te laten vallen.

De **voorzitter**:
Hij gaat echt een serieus antwoord geven.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ja, goed. In de richting van de heer Hijink zei de minister dat de volumenormen niet van hem waren. Volgens de NZa is dat wel zo. De NZa schrijft op pagina 47 van het rapport dat de volumenorm is gebruikt door de IGJ en door het ministerie van VWS bij de besluitvorming eind 2021. De heer Bushoff vroeg of ze bekrachtigd waren door de beroepsgroep. Daarover schrijft de NZa dat de volumenormen niet bekrachtigd zijn in de richtlijn of de leidraad van de beroepsgroep. Het is erg slordig dat de minister op beide mis zit. Mijn inhoudelijke vraag hierbij is …

Minister **Kuipers**:
Voorzitter, staat u mij toe …

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dat staat in het rapport van de NZa op pagina 47. De minister kan het nakijken. Ik heb er echter een inhoudelijke vraag over. Als de volumenormen voor de minister van zo'n groot belang zijn en CAHAL in Leiden is de grootste qua volumenormen, waarom sluit de minister dan de kinderhartinterventielocaties van CAHAL?

Minister **Kuipers**:
Dat zijn een aantal aspecten bij elkaar. Eén. De vraag is of ik de volumenorm gebruik. Dat wil niet zeggen dat de volumenorm ook van VWS is, in de zin dat VWS de volumenorm stelt. VWS stelt niet de volumenorm. Voor kindercardiochirurgie niet, maar ook niet voor andere vormen van chirurgie. Over het algemeen geven wetenschappelijke verenigingen een volumenorm of streefgetal. Het komt dus vanuit de wetenschappelijke vereniging. Natuurlijk gebruikt een inspectie dat vervolgens en volgt ook het ministerie daarin. Dat doen we ook voor veel andere vormen van zorg, zoals in de oncologische zorg.

Twee. Ten aanzien van de grootste. Ik weet dat in de afgelopen periode veelvuldig vanuit Leiden gerapporteerd is dat zij de grootste zijn. Ik kan verwijzen naar allerlei verschillende getallen, maar of het nu gaat over het aantal ingrepen per jaar, het aantal ingrepen bij heel jonge kinderen, de volumenorm, ic-capaciteit, compleetheid van het hele kinderziekenhuis, het aantal ic-verpleegkundigen en andere aspecten is CAHAL een prachtig centrum, maar niet het grootste.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Ook dat heb ik uit het NZa-rapport. En de NZa zei vanochtend nog tijdens de technische briefing: gebruik onze cijfers, want onze cijfers kloppen en onze cijfers zijn geverifieerd. En nu zijn er al drie punten … Ik moet hier toch kunnen debatteren? Ik moet toch op zijn minst kunnen debatteren op basis van het rapport van de NZa? Daarin lezen we dat

CAHAL, als je alle kinderhartinterventies, katheterisaties, et cetera bij elkaar optelt, de grootste is als het gaat om de volumenorm. Mijn inhoudelijke vraag daarover was: waarom komt de minister dan toch tot het besluit om die kinderhartinterventielocatie te sluiten, terwijl die qua volumenorm de grootste is?

Minister **Kuipers**:
Nogmaals, het is niet het grootste centrum; laat ik dat herhalen. Het is niet het grootste centrum, op al die verschillende aspecten niet. Het is ook niet het centrum dat jaar-in-jaar-uit op die kleinste groep de minimumvolumenorm haalt. Er is maar één centrum dat jaar-in-jaar-uit op die kleinste groep de minimumvolumenorm haalt. Het spijt me zeer om dat te moeten zeggen, maar dat is het.

De keuze is inderdaad gemaakt op basis van de criteria die we genoemd hebben, zoals ik ook in mijn brief heb aangegeven. Dat gaat over het halen van normen. Dat gaat over het volume. Dat gaat over een compleet kinderziekenhuis. Dat gaat ook over de levensloopgeneeskunde, die dus voor de kinderen en de volwassenen op één locatie is gesitueerd. Op basis van die parameters, zoals aangegeven in mijn brief, is de keuze gevallen op Rotterdam.

Voorzitter. Daarmee komen we automatisch bij het mapje: waarom twee en niet drie? Daar zijn veel vragen over gesteld. Dat adresseerden we zojuist ook al. Gevraagd is of ik dat nog eens kan toelichten. Om tot een structurele en robuuste oplossing te komen, acht ik concentratie op twee locaties noodzakelijk. Dan gaat het over het zo veel mogelijk optimaliseren van de uitkomsten van de chirurgie. Dan gaat het over de hele jonge kinderen, maar dan gaat het vervolgens ook over het andere. We hebben het zojuist al een aantal keren over de volumenormen gehad.

Laat ik daarbij nog een keer in herinnering brengen dat het gaat om een veelheid aan verschillende aandoeningen en dus ook om een veelheid aan verschillende ingrepen. Sommige daarvan zijn zeer complex en vele daarvan zijn slechts zeldzaam voorkomend. Er zijn ingrepen voor kinderen die geboren worden met een links-rechtsverwisseling van hun longslagader en hun grote lichaamsslagader; een zeer complexe aandoening. Er zijn kinderen die geboren worden met een niet of nauwelijks functionerende linkerhartkamer, die eigenlijk maar één hartkamer hebben. Zo kan ik nog wel even doorgaan. Elke aandoening vraagt om een echt andere ingreep. Heel vaak moeten er voor een minuscuul hart zeer complexe procedures doorlopen worden. We kijken dus naar het totaal, maar we moeten ons ook realiseren dat het gaat over heel specifieke ingrepen en dus ook over heel specifieke expertise. Het gaat dus om het verbeteren van de uitkomsten van zorg.

Het tweede aspect op grond waarvan ik kies voor twee en niet voor drie, is de grote druk op professionals en de kwetsbaarheid van de continuïteit van zorg. Deze vorm van zorg moet 24/7 beschikbaar zijn. Tegelijkertijd moeten de chirurgen een bepaald aantal operaties per jaar uitvoeren om hun kwaliteit te optimaliseren en zich te kunnen specialiseren tot het hoogste niveau. Door concentratie op twee locaties kunnen diensten beter worden afgewisseld, is er meer continuïteit in de leeftijdsopbouw van het personeel te realiseren en is er meer kans tot specialisatie. Daarbij geeft het merendeel van deze beroepsgroep aan dat uitval van een betrokken medisch specialist de continuïteit van zorg in enige of ernstige mate beïnvloedt. We hebben dat helaas in de afgelopen periode ook gezien in de betrokken centra. Mensen vallen bijvoorbeeld uit vanwege ziekte en uiteraard ook vanwege pensionering. Wanneer slechts een paar artsen in een centrum bepaalde hoogspecialistische ingrepen kunnen verrichten, betekent uitval van een van hen immers al snel een aanzienlijke verzwaring van het werk voor een ander. Dat maakt de dienstenbelasting erg zwaar en mogelijk zelfs risicovol. Door concentratie op twee locaties kan eventuele uitval beter worden opgevangen en zijn er minder gevolgen voor de continuïteit en de kwaliteit van zorg.

Ten derde is er ook een duidelijk, robuust en toekomstbestendig perspectief nodig. Bij een concentratie in drie centra zou het ook vanwege de volumenormen altijd de vraag blijven of en wanneer nog verdere concentratie nodig is. Daarbij zullen naar verwachting de volumenormen in de toekomst eerder stijgen dan dalen en zal het omgekeerde waarschijnlijk het geval zijn als het gaat om het aantal kinderen dat geboren wordt met een hartafwijking. Dat leidt tot blijvende twijfels over het voortbestaan van een van de interventiecentra en dat legt de bijl aan de wortel van de nodige commitments. Ook de inspectie heeft mij geadviseerd om de interventies bij patiënten jonger dan 18 jaar met aangeboren hartafwijkingen te concentreren op twee locaties.

Tot slot, ik noemde het al, kies ik voor concentratie in twee centra vanwege de grote diversiteit aan aandoeningen en procedures. De meest complexe operaties komen nu per centrum maar een paar keer per jaar voor. Door te concentreren in twee centra worden artsen en het gespecialiseerde team dus vaker blootgesteld aan de complexe operaties, waardoor zij er meer ervaren in worden. Ik geloof dat het mevrouw Tielen was — ik weet dat niet meer helemaal zeker — die zojuist een interview uit het FD met een jonge thoraxchirurg benoemde, die dit haarfijn aangaf.

De **voorzitter**:
Was dit het blokje?

Minister **Kuipers**:
Ik kijk even heel snel. Er was nog de volgende vraag van de heer Van Houwelingen. "Het omslagpunt ligt rond de 250 operaties. Meer dan 300 operaties leidt tot meer mortaliteit en gevaar voor de patiëntveiligheid. Wil de minister hierop reflecteren?" Die 300 en die 250 in het totale volume per centrum herken ik niet. De volumenorm voor het totale aantal interventies in een centrum, voor alle leeftijdscategorieën samen, is op dit moment 375. De heer Van Houwelingen verwijst regelmatig naar bladzijde 25 van het rapport van de commissie-Bartelds.

Hier is een vraag die dadelijk nog terugkomt. En de vraag of we niet te grote centra krijgen, heb ik al gehad. Dan was dit inderdaad het blokje, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dan gaan we luisteren naar de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PvdA):
In het vorige interruptiedebat hoorden we de minister zeggen dat hij veel waarde hecht aan de normen die niet het ministerie of de minister, maar het veld zelf stelt. Eén van die normen is dat je graag minimaal vier chirurgen op zo'n interventielocatie wil hebben. Als dat de veldnorm is, waar de minister veel waarde aan hecht, dan zou ik de minister willen vragen of je niet uit de voeten kan met drie centra, als je weet dat de NZa schrijft dat je uitkomt op veertien chirurgen in Nederland in de nabije toekomst.

Minister **Kuipers**:
Dank voor deze vraag. Het cruciale punt — u mag het wat mij betreft onderstrepen — zit in het woordje "minimaal". Ik denk dat wij in een setting in Nederland eigenlijk niet moeten streven naar minimaal. Dit is een zeer grote belasting voor de betreffende professionals. Ik gaf al aan dat ze diensten moeten draaien waarbij ze 24/7, 365 dagen per jaar klaar moeten staan. Er is zojuist al iets genoemd over het aantal mensen dat op hogere leeftijd is. De afspraak is eigenlijk dat wanneer je de leeftijd van 60 jaar hebt bereikt, je geen diensten meer draait. Die mensen moet je er dus eigenlijk van aftrekken. Dat betekent een nog grotere belasting. Ik hecht er ook aan om het volgende te zeggen. We hebben het over een operatie. De gedachte is dat er bij iedere operatie één chirurg staat, maar er zijn zeer veel van deze complexe procedures waarbij je met z'n tweeën staat. Vier is dus echt een minimumsituatie. We kunnen dat echt veel beter.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Volgens mij waren bij die veertien van de NZa de mensen die met pensioen gaan al meegerekend. Dat is één. Twee. Ook met drie centra ben je dus nog enigszins ruim bedeeld.

Maar mijn vraag aan de minister is eigenlijk: onderschrijft hij het NZa-rapport?

Minister **Kuipers**:
Eerst even ten aanzien van die veertien. We hebben verschillende getallen gehoord: twaalf, dertien, veertien. Het wisselt natuurlijk in de tijd met mensen die soms uitvallen en mensen die ... Laat ik vooropstellen dat het een klein aantal is. Als ik één indicatie mag geven van de nood waarin sommige centra af en toe bivakkeren ... Ik zeg dit met heel veel respect voor de betreffende professional, maar in een van de centra werkt op dit moment iemand die de leeftijd van 70 jaar al bereikt heeft. Dat geeft wel iets aan, met alle respect voor de betreffende professional. Het zegt niets over de expertise, maar het geeft wel wat aan over de nood, het vergroten van deze teams en de kwetsbaarheid van deze teams.

Dan ten aanzien van de vraag of ik het NZa-rapport onderschrijf. Dat is een hele brede vraag, dus misschien kan de heer Bushoff het iets meer specificeren voordat ik in algemene zin zeg dat ik iedere zin in het NZa-rapport onderschrijf.

De **voorzitter**:
U daagt de heer Bushoff nu wel een beetje uit. Hij heeft een beperkt aantal interrupties, maar ...

Minister **Kuipers**:
Het is een algemene vraag aan mij, of ik het NZa-rapport onderschrijf, in de zin van ...

De heer **Bushoff** (PvdA):
Ik laat mij niet verleiden om alle conclusies en alle aanbevelingen van de NZa op te noemen en dan te vragen of de minister die individueel allemaal onderschrijft. Ik constateer wel dat de minister blijkbaar een opvatting heeft over de mate waarin er geconcentreerd moet worden, en dat er licht zit tussen zijn opvatting en de opvattingen die de NZa daarover heeft. Althans, niet over de mate waarin er geconcentreerd moet worden, maar wel over hoeveel chirurgen er zijn en of dat voldoende is om drie centra open te houden, en over hoeveel interventies er nodig zijn en of dat voldoende is om drie centra open te houden. Als je zó'n impactvol besluit neemt, wil je toch dat het boven elke twijfel verheven is? Nu zie ik dat er licht zit tussen wat de NZa zegt en wat de minister zegt, dus is het besluit niet boven elke twijfel verheven. Maar het is wel heel impactvol.

Minister **Kuipers**:
Dat het zeer impactvol is, deel ik. Maar ik vind toch, met alle respect, dat de heer Bushoff mijn antwoord van zojuist net niet helemaal op de juiste manier samenvat. De NZa zegt iets over minimaal vier. Ik zeg dan dat "minimaal" wel een heel belangrijke quote hierin is. Dan zeg ik iets over de situatie waarin die mensen verkeren en vraag ik er ook enig begrip voor dat die situatie buitengewoon lastig is. Als de heer Bushoff mij vervolgens zou zeggen "dan breid je dat aantal toch aanzienlijk uit" — dat is ook iets wat in het debat voorbijkwam — dan raken we aan de vlieguren, een term die zojuist al genoemd is, het aantal keer dat je zelf als chirurg die complexe interventie uitvoert. Dat is op zich dus geen optie.

De **voorzitter**:
De vierde interruptie van de heer Van Houwelingen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
De minister is heel duidelijk: de volumenormen zijn minimumnormen, als we naar twee centra toegaan, betekent dat dat er waarschijnlijk minimaal 400 operaties worden uitgevoerd bij elk centrum per jaar. Nou zijn er wetenschappelijke studies gedaan over 99 centra in heel Europa, met 120 operaties. Dit wordt beschreven in Cardiology in the Young (2015). En wat blijkt? Tabel 3 laat zien dat als het om mortaliteit gaat, je het beste af bent in centra tussen de 250 en 350 operaties. Als het gaat om de kans op een complicatie, ben je het beste af in centra tussen de 150 en 250 operaties per jaar. Als het gaat om mortaliteit bij een complicatie: tussen de 250 en 350 operaties. En zo gaat het door. Er is slechts één type complicatie waarvoor je inderdaad het beste af bent in een centrum met meer dan 350 operaties per jaar. Dan kan de minister toch niet met droge ogen blijven beweren dat het minimumnormen zijn? Dan moet de minister toch erkennen, op basis van dit soort wetenschappelijke studies, die ook aangehaald worden in het rapport van de commissie-Bartelds, dat er wel degelijk een bovengrens is en dat we dus niet oneindig kunnen blijven opschalen en dat in ieder geval twee centra veel te groot

zijn? Zo meteen krijgen we twee kolossale hartcentra, dat is gewoon te groot, ook in Europees verband.

Minister **Kuipers**:
Ik ben in het verleden regelmatig zelf bij dit soort publicaties betrokken geweest; uiteraard niet in de hartchirurgie en al helemaal niet in de kinderhartchirurgie, maar wel op andere terreinen. De conclusie die de heer Van Houwelingen trekt, is te kort door de bocht. Die is echt te kort door de bocht, voorzitter. Laat ik één aspect noemen. Op het moment dat er grotere centra zijn, krijgen die grotere centra veelal ook de complexere procedures. Dus het is helemaal niet onverklaarbaar dat grotere centra soms hogere complicaties en soms ook hogere mortaliteit zien. Wat dat betreft kom ik gewoon terug bij mijn antwoord dat ik al eerder gaf: de conclusie van de heer Van Houwelingen, op basis van de rapportages die hij noemt, dat er een optimum is en dat het daarboven een zekerheid is dat als je het centrum vergroot, de mortaliteit omhooggaat, deel ik niet. Die conclusie herken ik ook helemaal niet.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Natuurlijk, dat moet de minister toch begrijpen: er wordt daarvoor gecorrigeerd in dat artikel. Daarom heb ik tabel 3 genomen, waarin er wordt gecorrigeerd voor "preoperative risk factors". Dus als het inderdaad zo is als de minister zegt, dat die grote hospitalen de meer risicovolle operaties krijgen, wat zou kunnen, dan wordt daarvoor gecorrigeerd in dat artikel. Er wordt overal voor gecorrigeerd. Daarom is het ook een wetenschappelijk artikel. En dat artikel komt uiteindelijk tot de conclusie dat die heel grote centra niet goed zijn voor de patiëntveiligheid. Dat is de conclusie van dit wetenschappelijke artikel.

Minister **Kuipers**:
Ja … Voorzitter, dit wordt echt een herhaling van mijn antwoorden. Het spijt mij wel.

De heer **Hijink** (SP):
De minister wilde daarnet de vraag van de heer Bushoff of hij de conclusies en aanbevelingen van de NZa wel of niet onderschrijft, niet echt beantwoorden. Ik denk dat we dat antwoord wel kunnen geven, namelijk dat hij ze alleen onderschrijft voor zover het hem zelf uitkomt. Bijvoorbeeld over de volumenorm, waarvan de NZa en ook de wetenschappelijke verenigingen zeggen dat die niet bruikbaar is, zegt de minister: ja, die vind ik wel bruikbaar. De NZa schrijft ook dat er een risico is op boventalligheid bij het aantal chirurgen dat we hebben, dus dat we bij een te vergaande concentratie chirurgen over zullen hebben. Als dat de uitkomst zou zijn van deze discussie, is dat natuurlijk echt kolderiek. Dan zegt de minister: nou ja, ik denk eigenlijk dat het heel anders is. Wat is dan die impactanalyse waard, als de minister er op deze manier mee omgaat? Hoe reageert hij op de kritiek van de NZa dat als je te ver gaat in concentratie, je inderdaad chirurgen niet meer aan het werk kunt helpen?

Minister **Kuipers**:
Ik kom daar zo meteen in de antwoorden nog op terug, maar laat ik er nu alvast iets over zeggen. Concentratie doet niets aan het aantal procedures dat daar gedaan moet worden. Het zal evident zijn dat het niets doet aan het aantal procedures, tenzij er ineens een heel andere indicatiestelling zou zijn, maar daar gaan we even niet van uit. Het aantal procedures blijft dus gelijk. Het doet wel wat aan de dienstenbelasting. Je hebt per centrum over het algemeen één en eventueel een tweede achterwacht, maar het doet wel wat aan de dienstenbelasting. Het doet niks aan het aantal procedures en ook niks aan de diversiteit van de procedures, maar we zien nu al dat mensen veelal alle zeilen moeten bijzetten. Een goede illustratie is het feit dat er in centra mensen aanwezig zijn die allang de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt. Ik ben dus niet zo bang dat het opeens zou leiden tot een enorme reductie van het aantal chirurgen. Sterker zelfs, ik heb de goede hoop, ook met de huidige toch wel scheve leeftijdsverdeling — ook dat ziet de heer Hijink in het NZa-rapport — dat op het moment dat je hier een nieuw perspectief creëert, dat toch een sterke aanzuigende werking heeft voor jonge mensen die zeggen: dit vak wil ik ook doen en ik ga dit doen, want ik kan mij hier in de volle breedte op werpen en ik word niet geconfronteerd met blijvende onevenredige belastingen in diensten, wat ik niet prettig vind en wat mijn gezin en mijn omgeving ook niet prettig vinden.

De **voorzitter**:
Uw vijfde interruptie.

De heer **Hijink** (SP):
Dit is precies wat ik bedoel met selectief shoppen. De minister legt steeds de nadruk op die ene chirurg die 70 is en allang met pensioen zou moeten, maar hij vertelt er niet bij dat er nog drie in een registratietraject zitten, dat er nog vijf in opleiding zijn die de komende jaren hun registratie halen en ook tot die veertien gaan behoren en dat we er dus uiteindelijk, zegt de NZa zelf, veertien zullen hebben. Ik vind dat hij dat erbij moet vertellen. Dit is precies de oneerlijke manier om te shoppen uit deze, vind ik, hele goede analyse die de NZa heeft gemaakt, waardoor hij precies toe redeneert naar waar hij zelf naartoe wil. Dat doet hij als het gaat om volumenormen. Dat doet hij als het gaat om de inzet van chirurgen op het aantal locaties. Alles wat deze minister nu doet, is gericht op het besluit dat hij zelf al in zijn hoofd heeft genomen en niet op dat wat het beste is voor de patiënten en de zorgverleners die dit belangrijke werk moeten doen. Hij heeft het hele idee van drie centra geparkeerd, omdat hij dat zelf het beste vindt en niet omdat dat de gewenste uitkomst is van de NZa-analyse.

Minister **Kuipers**:
Laat ik allereerst even zeggen dat ik afstand neem van de aantallen en de opmerkingen die de heer Hijink daarover maakt. Die deel ik niet. Ik gaf de wisselende getallen al aan. We hebben nu twaalf tot dertien tot veertien chirurgen, waaronder één die de leeftijd van 70 al bereikt heeft. Het is een kleine club. Er zijn een aantal mensen in opleiding en er zijn een aantal mensen die dicht tegen de pensioengerechtigde leeftijd zitten. Over een aantal jaren zullen we dus nog steeds dezelfde aantallen hebben. Wat dat betreft ben ik het geheel eens met de citaten van de heer Hijink uit de NZa-rapportage.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik heb het niet zo vaak, maar in dit debat heb ik een beetje moeite met de verdediging van de minister. Ik vind het een gelegenheidsargument in die zin dat cijfers en gegevens die de NZa geeft op zo'n manier ingekleurd worden dat ze toe redeneren naar de uitkomst die de minister wil. Als ik heel eerlijk ben, denk ik dat het een groot dilemma is, twee of drie centra, en dat er voor allebei wat te zeggen is. Ik zou het veel prettiger vinden als we het debat op die manier kunnen voeren, want dan is het veel opener en eerlijker. Dan doen we ook recht aan de complexiteit van het vraagstuk dat nu voorligt. Laat ik dan mijn duit in het zakje doen. Voor mij is belangrijk dat dit een eerste stap is van meerdere stappen die we gaan zetten als het gaat om de kindzorg, maar ook breder als het gaat om de specialistische zorg. Ik zou op dit moment de verantwoordelijkheid niet voor mijn rekening willen nemen dat we twee centra sluiten zonder dat we goed kunnen overzien wat het gevolg daarvan is. Ik zou de minister dan ook willen vragen om wat openheid. Heeft hij begrip voor dit risico dat in ieder geval mijn fractie ziet, ook gebaseerd op de cijfers, die je ook op een andere manier kan interpreteren?

Minister **Kuipers**:
Dank aan mevrouw Ellemeet voor deze vraag, want dit raakt precies een ontzettend belangrijk punt. Vorig jaar heb ik na een besluit van mijn voorganger bewust tijdelijk op een stopknop gedrukt in het proces. Toen heb ik gezegd: "We gaan even niks doen. Ik ga de NZa vragen om een impactanalyse. Die impactanalyse moet zich nadrukkelijk richten op wat het voor een centrum betekent als die zorg ernaartoe komt en wat het betekent als de interventies er weggaan." In mijn herinnering heeft de Kamer mij in een debat in februari vorig jaar ook gevraagd om de NZa te vragen om bij de impactanalyse naar alle vier de centra te kijken en niet alleen naar de twee waarvan mijn voorganger had gezegd dat het daar weg zou gaan. Ik heb dat bevestigd. Ik heb het gevraagd voor alle vier. Mij is in een motie — volgens mij was die van mevrouw Kuik, zeg ik uit mijn hoofd — ook gevraagd om nog een keer te kijken naar de mogelijkheid dat het er toch drie zouden zijn. Ook dat heb ik bevestigd. Ik heb aan de NZa dus nadrukkelijk per centrum gevraagd: wat is de impact als de zorg daar geconcentreerd wordt, even los van wat dan precies de landelijke verdeling moet zijn en hoe je dat uiteindelijk weer evenredig maakt — dat was zojuist een vraag van onder anderen mevrouw Den Haan en de heer Van der Staaij — en wat gebeurt er als die zorg daar weggaat? Die getallen, die impact, hebben wij nu. Daar krijgen we straks ook nog vragen over, bijvoorbeeld: wat betekent het voor het umc in Leiden of voor het UMC Utrecht, en wat betekent het voor het Erasmus MC en voor Groningen?

Dan kom je op een onmogelijk dilemma. Ik heb vijf redenen genoemd waarom ik, alles afwegende, denk dat het toch verstandig is om naar twee te gaan. Maar ik realiseer me terdege — dat zeg ik ook voor de mensen die daar bovenin zitten — dat als je dat doet en je de keuze moet maken voor twee van de vier, dat per definitie betekent dat je de interventie in twee centra op termijn gaat stoppen. Dat vraagt heel veel. Ik zei al wat over de uitleg aan patiënten. We moeten ook goed duidelijk maken waarom dit gebeurt. Dat is een heel proces van mitigering. Het is buitengewoon complex. In het verleden ben ik in een andere rol betrokken geweest bij dat proces bij de kinderoncologie. Nu zijn we terecht ontzettend trots op het Prinses Máxima Centrum en wat daar gebeurt, maar het hele proces daarnaartoe was echt heel complex. Alleen al met die ervaring heb ik gezegd: dat vraagt absoluut om een transitieproces. Natuurlijk mogen de umc's en de professionals daarbij in the lead zijn en moet de patiëntenorganisatie daar ook een belangrijke stem in hebben. Maar er moet ook een onafhankelijke partij bij zitten die én kritische vragen kan stellen én kan rapporteren én mij zo nodig een signaal kan geven dat er iets anders moet gebeuren.

Het is een lang antwoord, voorzitter. Ik deel helemaal dat het een vrij onmogelijke keuze is. Ik had als alternatief ook kunnen zeggen: ik heb een NZa-analyse; wij schoppen het blikje nog weer een heel eind voor ons uit en we vragen de NZa om een bredere analyse te doen en rustig te wachten. Maar ik zie wat er ondertussen met de patiënten gebeurt door de onzekerheid, ik zie wat er gebeurt met de professionals en ik zie ook wat het betekent voor de verhoudingen in de NFU en tussen de umc's onderling. Het is een onmogelijke opdracht, ook voor die mensen, bijvoorbeeld voor de voorzitster van de NFU, om toch vooruit te kijken en te bekijken hoe we dit traject nu gaan vormgeven. Excuus voor het lange antwoord, maar ik denk dat dit een cruciale vraag is.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Ik heb ook liever dat we op deze manier open en eerlijk de dilemma's op tafel leggen dan dat we allemaal in onze loopgraaf zitten en vol stelligheid de cijfers naar ons toe redeneren. Ik denk dat mijn conclusie misschien moet zijn dat ik het gewoon niet met de minister eens ben. We hebben allemaal de impactanalyse en het advies bestudeerd. De volumecijfers worden in twijfel getrokken, maar zelfs als je daaraan vasthoudt, kan drie keer 60 ook nog. De vraag is wat precies het kwaliteitsverschil is tussen 40 en 60. Het aantal opgeleide artsen die het werk kunnen doen, biedt ruimte voor drie. Een voor mij heel belangrijk argument zijn de gevolgen van het sluiten van twee centra, ook voor de stappen die nog gezet moeten worden. Daar heb ik de minister nog niet over gehoord, maar misschien kan hij het daar ook nog over hebben. Ik zou liever het zekere voor het onzekere nemen door te kiezen voor drie centra in plaats van er twee te sluiten. Ik denk namelijk dat de gevolgen meer negatief dan positief zijn.

Minister **Kuipers**:
Mijn inschatting is anders, namelijk dat blijven bij drie centra een negatievere impact heeft dan de stap maken naar twee. Zonder alle argumenten die ik zojuist al noemde in termen van de te bereiken kwaliteit en de impact op de professionals te herhalen, wil ik ook nog wel benoemen dat ik veel banger word voor de discussie die we zojuist al hadden over onevenredige verdeling en de daaruit alsmaar doorlopende discussie in de komende vele, vele jaren over wat er dan verder nog gebeurt, als we nu blijven steken in een proces van drie centra.

De **voorzitter**:
Ik dacht dat de heer Van der Staaij eerst was, maar eerst mevrouw Van der Plas is ook goed.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
We hebben ook nog met wat anders te maken en daar hoor ik de minister eigenlijk weinig over. Dat is de volwassen populatie met aangeboren hartafwijkingen. Volgens de Nederlandse vereniging voor cardiologie maar ook volgens de NZa stijgen die aantallen en kunnen twee hartcentra die aantallen straks niet opvangen. Ik zou graag willen weten van de minister hoe hij daar zelf tegen aankijkt, want als dat gebeurt, heeft dat natuurlijk weer gevolgen voor het hele zorglandschap daarna en eromheen. Is de minister ook bereid om dit zwaar te laten meewegen in zijn definitieve besluit over twee of drie hartcentra? Het is wel duidelijk dat de oppositie wel voor drie hartcentra gaat. Maar dit lijkt mij ook wel een hele belangrijke.

Minister **Kuipers**:
Dank voor deze vraag. We hebben het al een aantal keer gehad over de mogelijke ontwikkelingen ten aanzien van het aantal patiënten. De verwachting is dat het aantal kinderen met een aangeboren hartafwijking in de komende, langere periode niet echt omhoog zal gaan en mogelijkerwijs zelfs wat gestaag zal dalen, maar dat geldt niet voor het aantal volwassenen. De populatie leeft namelijk gelukkig langer. De populatie vergrijst en we krijgen dus meer mensen die op volwassen leeftijd en latere leeftijd nog met een aangeboren hartafwijking leven. Maar deze concentratie gaat nadrukkelijk over de concentratie van interventies van 0- tot 18-jarigen en de concentratie van de complexe interventies bij volwassenen. Dat betekent dus dat een groot deel van de interventies bij die stijgende populatie volwassenen kunnen blijven op de locaties en de centra waar ze nu al zitten. Er werd eerder al iets gezegd over ontwikkelingen die we in het verleden in andere centra hebben gezien. Dit zeg ik even los van de hele complexe interventies, maar voor volwassenen geldt niet dat die interventies dan uiteindelijk ook geconcentreerd worden op de twee locaties waar we het nu over hebben.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Maar als die ziekenhuizen hun academische status verliezen, bestaat dan niet het gevaar dat ze daar ook niet terechtkunnen? Het lijkt nu namelijk alsof de minister de harde garantie geeft dat ze daar altijd kunnen blijven, maar ik ben daar eerlijk gezegd niet zo van overtuigd voor de komende jaren.

Minister **Kuipers**:
Vindt u het goed dat ik die vraag even bewaar? Ik ga straks nog apart in op de impact op onder andere het umc in Leiden, en dan komen we te spreken over de academische status. Voor nu is het in ieder geval goed om te constateren dat dit gaat over interventies, en dan alleen de interventies katheterisaties en operaties 0- tot 18-jarigen en de complexe bij volwassenen. Het gaat niet om het overige.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
De minister gaf aan dat hij met het NZa-rapport in de hand had kunnen kiezen voor weer vooruitschuiven, maar dat hij het verstandig vond om de knoop toch door te hakken. Tegelijkertijd was het NZa-rapport juist een poging om het wat meer te objectiveren, om het in kaart te brengen. In die zin heeft het ook een goede werking gehad, en werkt het weer verstorend als het advies niet wordt opgevolgd om nog even die pas op de plaats te maken alvorens definitieve keuzes te maken. Ik ben toch wel benieuwd waarom de minister het zo zwaarwegend vindt om daarop vooruit te lopen, terwijl de NZa nadrukkelijk zei: neem nog even de tijd om juist ook dat bredere plaatje te zien.

Minister **Kuipers**:
Ik doe een pas op de plaats. We noemen dat een transitieperiode. Daarin moet van alles gebeuren, onder andere ten aanzien van afspraken over shared care, verschuiving van overige zorg en gebruik en blijvend gebruik van vrijgekomen capaciteit. Het enige wat ik omdraai, is dat ik voor dit onderdeel een stip op de horizon zet voor waar deze interventies geconcentreerd moeten worden over tweeënhalf jaar, dus eind 2025. De reden om dat te doen, om die stip op de horizon nu al te zetten, is dat ik gewoon merk, nu en ook in de afgelopen langere periode, dat het zonder die helderheid eigenlijk onmogelijk is om hierover afspraken te gaan maken. U heeft dat zelf ook kunnen zien, ook nu weer, aan de manier waarop de betreffende umc's in deze discussie zitten. Zij onderschrijven ook in een gezamenlijke brief dat het verstandig is om dit te concentreren. Maar elk van hen, elk van hen, zegt: maar dan moet het wel bij ons. Dat is ook de discussie in de onderlinge gesprekken. Ik heb het onlangs met de impactanalyse nog een keer aan de NFU gevraagd: kunt u zelf …? Ik heb aan de voorkant erbij gezegd: als u, onder de voorwaarde van evenredige verdeling et cetera, een afspraak maakt over en een keuze maakt voor twee, dan zal ik die in principe overnemen. Maar ik krijg het opnieuw terug. Die discussie blijft zo en zien we ook nu ik een voorgenomen besluit heb.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Maar daarom vond ik het juist wel waardevol om te adviseren: het kan juist ook helpen als je je nu niet op één onderdeel richt, maar ook het bredere plaatje schetst. Want het is toch begrijpelijk dat ook bijvoorbeeld Utrecht komt met het punt "hoe kan het nu dat we dat Prinses Máxima Centrum en kinderoncologie hier hebben gehad?" en "bekijk welke zorg daar aanpalend mee verweven is"? En dan zeg je eigenlijk: nee hoor, voor dit onderdeel hebben we bekeken wat het verstandigst is en dan vallen jullie weer buiten de keuze. Is juist dat fragmentarische erin niet hetgeen veel begrijpelijk verzet en weerstand oproept?

Minister **Kuipers**:
Dan helpt het om het toch nog een keer heel precies te verduidelijken. Voor nu verschuift er niks. Wat we in de komende periode gaan doen, is juist dat gesprek over de bredere contouren voeren. Wat is er dan nodig voor specifieke patiëntengroepen, maar ook voor het gebruik van vrijgekomen capaciteit in verschuivingen vice versa? Laat ik daarbij nadrukkelijk benoemen dat op het moment dat ik het contact had met de individuele centra en bestuursvoorzitters van deze centra, ik nadrukkelijk tegen de bestuurders in Groningen en Rotterdam heb gezegd: let op, het is een voorgenomen besluit, maar op het moment dat we dit gaan effectueren, vraagt dat van jullie dat je ook bepaalde zorg laat. De heer Hijink gaf eerder in de eerste termijn van de Kamer al aan: goh, is het dan niet zo dat die centra achterover kunnen gaan zitten? Nee, bij het voorgenomen besluit is in de communicatie al gezegd: we gaan

dit doen en dan zullen jullie iets moeten laten, want als er op bepaalde locaties capaciteit vrijkomt, ok-capaciteit, kinder-ic-capaciteit, willen we die opnieuw gebruiken, want we hebben geen overschot in Nederland.

De **voorzitter**:
Het blokje impactanalyse hebben we eigenlijk wel gehad, denk ik.

Minister **Kuipers**:
Ja, dat hebben we gehad.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Op hetzelfde punt, want ik ben nog niet helemaal zeker van wat er nu gaat gebeuren. Ik weet het gewoon niet. We hebben er vanmiddag ook met de NZa over gesproken. Ik bedoel dat onomkeerbare concentratiebesluit dat de NZa noemt in relatie tot het voorgenomen besluit van de minister en zijn definitieve besluit straks. Wanneer is dat definitieve besluit dan in zijn optiek ongeveer in de tijd, in relatie tot dat onomkeerbare concentratiebesluit waar de NZa over spreekt en die transitieperiode van tweeënhalf jaar? Ik heb niet door hoe dat zo meteen werkt.

Minister **Kuipers**:
Ik heb in de afgelopen periode de umc's gevraagd of zij in gezamenlijkheid, dus bij monde van de NFU, nog een keer met de impactanalyse onderling tot afspraken zouden kunnen komen. Ik heb daar ook een traject voor geschetst. Geef mij aan of je dat wilt en denkt te kunnen doen binnen een bepaalde termijn. Zo ja, denk dan vervolgens na over waar deze interventies terecht moeten komen en neem nog langer de tijd voor de invulling van de mitigerende factoren. De umc's hebben aangegeven dat zij helaas niet in de gelegenheid zijn om dat gezamenlijk te doen, maar komen dan ook gezamenlijk met een brief. Het is een NFU-brief. Dat zou je ook verwachten. Dus dat is ook een brief waarin er consensus is en waarin iedereen kan aangeven: gezamenlijk vinden we dit. Een van de belangrijke punten die daarin stond, is dat zij onderschrijven dat deze vorm van zorg, deze interventies, verder geconcentreerd wordt. Dat is een belangrijke constatering. Alleen, met een voorgenomen besluit bied ik nu de individuele umc's nog een keer de gelegenheid om zonder last of ruggespraak met hun collega's individueel aan mij aan te geven wat voor hen belangrijk is met betrekking tot dit besluit. Dat biedt, vind ik, meer mogelijkheden aan hen om individuele punten over het voetlicht te brengen die ze misschien niet in de gezamenlijkheid van een gezamenlijke brief over het voetlicht kunnen krijgen, omdat anderen dan misschien zeggen: ja, maar dat wil ik niet in de brief. Dus eerst is er het voorgenomen besluit. Nu kan elk centrum daar een visie op geven. Dan wordt het een definitief besluit. En uiteraard gaan we met dat definitieve besluit ook een proces in van het inrichten van een begeleidingscommissie en het nadenken over zo'n transitieproces en de uiteindelijke invulling van het plaatje. In de tussentijd staat het individuele centra uiteraard vrij om een verdere bezwaarprocedure in te gaan. Dat kan.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
De pijn zit natuurlijk vooral in het effect van het besluit op de twee centra die zo meteen andere dingen moeten doen. De transitieperiode is ervoor bedoeld om daar met elkaar over na te denken en daar hopelijk ook uit te komen. Moet ik het dan zo begrijpen dat de minister zijn definitieve besluit dan neemt aan het einde van die tweeënhalf jaar, als dat hele plaatje compleet is en iedereen hopelijk kan doen wat hij of zij goed kan doen op de plek waar diegene werkt?

Minister **Kuipers**:
Het antwoord is nee. Ik neem een definitief besluit na de visie en na weging van de visie van de individuele centra. Alleen verandert er op dat moment in termen van aantallen, procedures et cetera nog niets. Daar nemen we dan tweeënhalf jaar de tijd voor. Ik doe het even uit m'n hoofd, maar volgens mij vroeg mevrouw Van den Berg mij: kunnen wij daar dan ook de follow-up over geven? Het antwoord is: jazeker, dat zal ik sowieso doen. Dan kunt u doorvragen en aan mij vragen of het ook zo kan zijn dat we ergens in het transitieproces helemaal vastlopen. Als dat gebeurt, moeten we dan acteren.

De **voorzitter**:
De laatste vraag van de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
Ja, omdat dit toch een beetje onduidelijk is. De NZa schrijft heel duidelijk dat het een onomkeerbaar besluit is en dat het een geïsoleerd besluit is, omdat het alleen over de kinderhartchirurgie gaat. Gewoon heel praktisch stel ik mij dan zo voor dat het natuurlijk concreet wat gaat betekenen als er straks een definitief besluit is. Stel je voor dat dat hetzelfde is als het voorgenomen besluit dat er nu ligt. Dat betekent dan dat in Rotterdam de schep in de grond gaat om uit te breiden, dat in Leiden en Utrecht op de een of andere manier afbouw zal moeten worden georganiseerd, en dat dat hele proces dus in gang wordt gezet. Dat is dus een beetje mijn vraag. We moeten ook niet te schimmig doen en net doen alsof het dan nog weer allemaal anders gaat worden. Dan is dat toch eigenlijk heel erg definitief? Dan moet de minister er ook heel erg eerlijk en open over zijn dat we dan niet halverwege opeens iets heel anders gaan doen. Dat lijkt mij. Toch?

Minister **Kuipers**:
Opnieuw moeten we eerst even het proces inbedden. Er zijn twee benaderingen: schetsen waar we naartoe moeten werken en dan alle stappen daarnaartoe invullen of eerste alvast de stappen invullen en dan kijken of het er goed uitziet en het dan dus zo gaan doen. Dat laatste werkt niet. Dat betekent dat we eerst invullen wat de beoogde eindsituatie is ten aanzien van één onderdeel en welke randvoorwaarden daaraan zitten, ook ten aanzien van het totaal. Dat is bijvoorbeeld het gebruikmaken van vrijgekomen capaciteit elders. En dus ligt er voor ons ook de nadrukkelijke opdracht om gezamenlijk om de tafel te gaan, ook voor dat totale landschap en voor andere complexe zorg. De heer Hijink vroeg zelf of Rotterdam dan nu bijvoorbeeld kan achteroverleunen en denken: wij hebben iets; misschien kunnen we bouwen en opleiden, maar we hoeven niks weg te geven? Het antwoord is nee. Maar je moet natuurlijk wel

even in de voortgang zien of dat proces ook daadwerkelijk loopt. Dat is een van de redenen om daar een onafhankelijke commissie op te zetten. Maar gaan we het in principe weer omdraaien? Nee, dat is niet de bedoeling. Er zitten nog stappen in waarin je precies moet kijken of die voortgang er wel is, zeg ik onder andere in respons op een vraag van mevrouw Van den Berg. Natuurlijk.

De **voorzitter**:
De laatste vraag van mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Uit de impactanalyse blijkt dat het UMC Groningen er slechts 15% interventies bij krijgt. Daarmee voldoet het nog steeds niet aan de volumenormen. Dus daar waar ze in Groningen nu opgelucht zijn, zal natuurlijk de consequentie zijn dat ze over een paar jaar ook gesloten worden door de minister. We hebben dan nog maar één interventiecentrum over, namelijk dat in Rotterdam. Daarnaar heb ik de minister gevraagd. Dat is heel erg kwetsbaar, los van alle belangen van alle patiënten, hun ouders en noem maar op. Wat als er dan een ICT-storing is? Wat er als dan een MRSA-uitbraak is? Wat als er dan een pandemie is? Dan heb je geen uitwijkmogelijkheden meer. Ik heb de minister daarnaar gevraagd, maar ik heb hem daar niet meer over gehoord.

Minister **Kuipers**:
Het is zeker niet mijn bedoeling om te komen tot één centrum. Dat gaat naar mijn idee ook niet gebeuren. De NZa heeft bij de berekeningen aangegeven dat puur uitgegaan werd van reisafstand en niet van afspraken over de inrichting van shared care. In de vragen is het een aantal keren voorbijgekomen. Het is juist iets wat je in de komende periode moet gaan maken. Ik verwees zojuist al een keer naar een voorstel dat de NZa in de rapportage heeft gedaan, namelijk om in de verwijzingen de combinatie te maken tussen Utrecht en Rotterdam en tussen Leiden, Amsterdam en Groningen.

De **voorzitter**:
Ik denk dat de minister heel veel blokjes die hij nog moet doen, eigenlijk al behandeld heeft. Kan hij er wat puntiger doorheen gaan?

Minister **Kuipers**:
Dat kan zeker, voorzitter.

Mevrouw **Agema** (PVV):
Kan hij ook antwoord geven? Het is mijn laatste interruptie, maar ik krijg helemaal geen antwoord op mijn vraag.

Minister **Kuipers**:
De vraag was of wij uiteindelijk uitkomen op één centrum en mijn antwoord is: nee, dat is niet de bedoeling en ik acht de kans ook klein. We moeten het transitieproces zó inrichten dat het ook niet gebeurt.

De **voorzitter**:
Dat lijkt me helder. Kunnen wij puntig door het restant heen?

Minister **Kuipers**:
Mevrouw Den Haan vroeg naar de keuze voor Erasmus MC en in combinatie daarmee het UMC Groningen. Die keuze is mede gebaseerd op de impactanalyse van de NZa. Daaruit bleek dat als het UMC Groningen niet als centrum wordt aangewezen, dit een risico zou opleveren voor de regionale toegankelijkheid van de acute zorg en daarmee voor patiënten in Noordoost-Nederland. Dat heb ik meegewogen in het voorgenomen besluit. Mevrouw Paulusma heeft al iets gezegd over de opdracht om dit mee te wegen, die ik vanuit de Kamer vorig jaar heb gekregen.

Mevrouw Den Haan heeft ook een vraag gesteld over regionale dekking en regionale spreiding. Het aspect van het borgen van de toegankelijkheid en de regionale spreiding van zorg voor patiënten is gebaseerd op de impactanalyse van de NZa. De reistijd is gemiddeld vijf minuten meer wanneer het UMC Groningen wordt aangewezen naast het Erasmus. In de impactanalyse is te lezen dat de gemiddelde reistijd voor patiënten 58 minuten is als Erasmus MC en UMCG worden aangewezen, en 53 minuten als Erasmus MC en UMC Utrecht worden aangewezen. Daar staat tegenover dat een groot aantal inwoners van Noord- en Noordoost-Nederland te maken krijgen met fors langere reistijden. Zie de kaart op bladzijde 62 van de impactanalyse.

Dan was er een vraag van de ChristenUnie: kunnen ouders of andere familie van kinderen die in Rotterdam of Groningen geholpen worden, er voldoende van op aan dat er ondersteunende faciliteiten zijn, zoals Ronald McDonald Huizen? Ik vind het inderdaad van essentieel belang dat de ontvangende centra voldoende ondersteunende faciliteiten creëren voor de naasten van kinderen. Dat moet dus ook onderdeel zijn van de transitie. Daar gaan het Erasmus MC en het UMC Groningen in eerste instantie zelf over.

De **voorzitter**:
Prima. Ik denk dat we er wel zijn.

Minister **Kuipers**:
Ik denk dat we veel gehad hebben. Dit was het transitieproces en de mitigerende maatregelen. Ik had nog een aantal vragen naar de gevolgen in het UMC Utrecht en in het Leids Universitair Medisch Centrum.

De **voorzitter**:
Ja …

Minister **Kuipers**:
Ik weet dat u me erg duwt, maar anders krijg ik de terechte opmerking dat ik bepaalde vragen niet beantwoord heb.

Ik kom op het Prinses Máxima Centrum en de kinderhartoperaties. Het rapport van de NZa maakt hier inderdaad gewag van. Het rapport van de NZa is tegengelezen door een validatiecommissie van onafhankelijke artsen. Die commissie heeft aangegeven dat umc's onterecht aangeven

dat zij allerlei expertise verliezen als zij bepaalde interventies niet meer mogen uitvoeren. Met betrekking tot oncologie en intrathoracale tumoren geeft de onafhankelijke deskundigenvalidatiecommissie opties voor hoe dit anders opgevangen zou kunnen worden. Ook dat is nadrukkelijk een onderdeel van die transitie in de komende periode.

De **voorzitter**:
Prima. Dan zijn we er wel hè.

Minister **Kuipers**:
Nee, ik had ook nog een vraag over Leiden. Maar ik zie mevrouw Den Haan bij de interruptiemicrofoon.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Ik heb begrepen dat er in die validatiecommissie geen expertise is op kinderkanker. Kan dit wellicht meegewogen hebben? Wat ik een beetje vreemd vind is dat we eerst gaan voor concentratie van oncologische zorg — dat is een succes — om vervolgens een deel van die concentratie weer teniet te doen. Vindt de minister dat geen kapitaalvernietiging?

Minister **Kuipers**:
Ik denk niet dat we een deel van die concentratie weer teniet gaan doen. Het UMC Utrecht en het PMC geven aan, wat ook z'n weerslag heeft in het rapport, dat een deel van de kinderen die primair worden opgenomen voor een oncologische aandoening ook thoraxchirurgiehulp nodig heeft. De vraag in de komende periode wordt, mede met de input van de validatiecommissie, hoe we die zorg ook in de toekomst kunnen borgen.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Ik hoop dat de minister zich er ook van bewust is dat het niet alleen maar gaat over kinderthoraxchirurgie, maar dat heel veel van dit soort kindjes vaak anesthesie nodig hebben en daar een kindercardioanesthesioloog bij nodig hebben. Het gaat om meer interventies dan die u alleen maar bedoelt.

Minister **Kuipers**:
Zeker. Ik herken dat heel goed. Overigens is er destijds in de discussie over de concentratie van de kinderoncologie ook veel discussie geweest over heel veel afhankelijkheden. In de centra waar deze zorg is verdwenen waren ook zeer veel afhankelijkheden. Dat was een zorgvuldig proces waarvoor oplossingen gevonden zijn, soms door mensen op te leiden, soms door de zorg over te dragen aan een andere professional, soms door de zorg te verplaatsen, en soms door nog weer andere oplossingen. Ik denk dat we de komende periode nodig hebben om te zien hoe dat zal gaan.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Mijn vraag is aanvullend hierop. Die gaat niet over de toch geringe aantallen van tumoren in de borstholte, maar over de met name acute complicaties waarvoor cardiochirurgie nodig is, dan wel inderdaad die kindercardioanesthesioloog. Het PMC geeft aan dat juist ook voor Utrecht is gekozen, wetende dat daar de kinderhartchirurgie zat en er toch minimaal 60 gevallen per jaar zijn waarbij buiten de kantooruren met alle toeters en bellen bijvoorbeeld een drain geplaatst moet worden. Nou ja, de minister kent al deze klinische voorbeelden ook. Zij maken zich zorgen en zeggen: moeten wij dan straks kinderen met de heli naar Groningen gaan vliegen? Wat is het perspectief daarvoor? Mijn fractie maakt zich met name zorgen of we niet op de kwaliteit van de kinderoncologieconcentratie gaan inleveren door de kinderhartchirurgie daar weg te halen, ook vanwege de daaraan verbonden specialisaties. Daar zou ik graag een reactie op willen.

Minister **Kuipers**:
Laat ik eerst in algemene zin zeggen dat ik de problematiek ontzettend goed begrijp. Vergelijkbare problematiek horen wij ook vanuit elk van de individuele centra. In Groningen hebben we onder andere gehoord over kinderen in acute situaties en ECMO. We hebben gehoord over kinderen met pulmonale hypertensie, verhoogde bloeddruk, in het longvaatbed. We hebben het gehad over kinderen die eventueel een longtransplantatie moeten ondergaan. In Leiden hebben we het over de stamceltransplantatie. Dit is zojuist ook al voorbijgekomen. In elk van de centra geldt dat als je concentreert, je voor sommige andere zorg iets moet doen om de zorgcontinuïteit en de kwaliteit te waarborgen. Dat geldt hier ook voor. Of dit betekent dat bepaalde zorg door een andere professional, een kinderchirurg, een kinderanesthesist, kan worden overgenomen, of dat er een kinderthoraxchirurg is die in brede zin niet de Fallots en niet de aangeboren hartafwijkingen doet, maar andere typen interventie, moeten we in de komende periode gaan zien.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Ik heb een hele korte aanvullende vraag. Ik overweeg een motie op dit onderwerp, maar ik weet dat de voorzitter daar niet van houdt, dus zou even blij zijn met een toezegging. Kan de minister toezeggen dat er gewaarborgd zal worden dat we die concentratie in het PMC niet teniet gaan doen en dat we zorgen dat de kwaliteit daar gewaarborgd wordt? Als dat niet gebeurt door dat een van de centra voor kinderhartchirurgie te maken, oké, maar kunnen we dan anderszins zorgen dat de faciliteiten die nodig zijn om de oncologische zorg op dat niveau te houden, linksom of rechtsom behouden blijven?

Minister **Kuipers**:
Die toezegging wil ik van harte doen, maar wel met de kanttekening dat het daarbij niet moet afhangen van het uiteindelijke besluit over wel of niet continuïteit van de kinderhartchirurgie in het UMC Utrecht. We nemen een besluit over concentratie van kinderhartchirurgie. Dat is nu een voorgenomen besluit. Het proces heb ik zojuist al geschetst. Los daarvan — die toezegging wil ik graag doen — wil ik zeer met het UMC Utrecht en het PMC kijken hoe we voor de kinderoncologische zorg de kwaliteit en de continuïteit van zorg kunnen waarborgen.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Mevrouw Pouw haalt me de woorden uit de mond. Als het gaat om Utrecht, delen we volgens mij allemaal de zorg. Ik

kan de minister nog wel volgen als hij zegt: ik wil die toezegging doen, los van de keuze over de hartchirurgie. Dan stel ik daar een vervolgvraag op die misschien meer mensen hebben, zeker de mensen die in Utrecht worden behandeld et cetera. Heeft hij er ook vertrouwen in dat hij op basis van het besluit dat hij in de komende tijd denkt te gaan nemen over de kinderhartchirurgie het toch voor elkaar krijgt om dit in Utrecht te regelen? We zitten een beetje in een cirkeltje. We hebben het eindplaatje nog niet, maar we willen wel dit besluit nemen. Heeft de minister er vertrouwen in dat dit in Utrecht voor elkaar komt?

Minister **Kuipers**:
Ik noemde bijvoorbeeld al de concentratie van de kinderoncologie. Ik heb in het verleden gezien dat het centra is gelukt om dit soort oplossingen te vinden. Als we vanuit VWS waar nodig de assistentie verlenen, heb ik er vertrouwen in dat dit ook in dit geval kan gebeuren.

De **voorzitter**:
Prima. Dan zijn we eruit. U wilt nog interrumperen.

Minister **Kuipers**:
Ik had in ieder geval nog vragen over de academische status van Leiden.

De **voorzitter**:
Mevrouw Van den Berg wilde dat weten. Zullen we die eerst doen? Als die bovenaan ligt, dan kunt u ...

Minister **Kuipers**:
Deze heb ik gehad. De academische status van Leiden. Ik geef eerst een misschien ogenschijnlijk vreemd antwoord, maar ik denk dat het wel degelijk belangrijk is om het op deze manier te doen. De Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, de WHW, bepaalt wanneer sprake is van een academisch ziekenhuis. Academische ziekenhuizen zijn werkzaam op het gebied van patiëntenzorg en staan mede ten dienste van wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek aan de universiteiten waaraan zij zijn verbonden. Dat hangt niet af van één discipline of van het wel of niet uitvoeren van een bepaald type operatie op je ok. Met andere woorden, staat de academische status van Leiden door dit besluit op de tocht? Absoluut niet.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dank voor dat antwoord, want dat scheelt in ieder geval een interruptie. Mevrouw Pouw-Verweij zei: als ik nou een toezegging krijg, dan kan ik mijn motie skippen. Ik heb al een toezegging van de minister dat wij volgend jaar zomer een update krijgen over de voortgang van dit hele traject. Ik had in mijn inbreng ook nog de volgende vraag gesteld. We praten nu over kinderhartchirurgie, maar we gaan nog heel veel meer krijgen over concentratie van hoog complexe laagvolumezorg. Is de minister bereid om een aparte brief naar de Kamer te sturen over de criteria en hoe hij het kader wil aanpakken? We zijn natuurlijk blij dat de Zorgautoriteit het een en ander in kaart gaat brengen, maar ik zou daarover graag een aparte brief willen krijgen van de minister. Dan hoef ik die andere motie ook niet in te dienen.

De **voorzitter**:
Dan hoeft u ook geen tweede termijn.

Minister **Kuipers**:
Die toezegging wil ik van harte doen.

De **voorzitter**:
Bij dezen.

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Mijn laatste interruptie gaat over het punt van het transitieproces. De minister ging daar nu wat summier op in onder invloed van het licht dat om 23.00 uur uitgaat. Ik zit toch nog oprecht met het punt over alle mogelijke risico's die ook door NZa zijn benoemd, zoals personeel, met name verpleegkundig gespecialiseerd personeel, dat bijvoorbeeld wel heel erg aan een bepaalde locatie is verbonden. Zo zijn er nog veel meer punten te noemen. De minister zegt eigenlijk: "In het transitieproces komt eigenlijk alles wel goed. Alle problemen die er zijn, worden allemaal opgelost in het transitieproces." Maar moeten we niet eerlijk onderkennen dat er ook gewoon risico's zitten aan dit proces? Zeker omdat het toch een gedwongen proces is. Hoe weegt de minister dit dan ten opzichte van de keuze die hij heeft gemaakt om nu op deze manier wel door te zetten in die concentratie?

Minister **Kuipers**:
Het klopt geheel. Ik kijk ook even naar mevrouw Ellemeet, die het zojuist al aangaf. Terecht vond ik en ik stond er ook uitgebreid bij stil. Ja, hier zitten ook risico's aan. Risico's kunnen we bedenken. Op het moment dat wij benoemen dat er een verdere stap gezet moet worden, kan dat iets betekenen voor de keuzes die bijvoorbeeld het personeel maakt. Het is ook een risico in de zin van onzekerheid bij patiënten en ouders. Zo kan ik nog een aantal aspecten noemen. Er zitten veel risico's aan.

De logische vraag wordt dan: waarom zou je als minister überhaupt dit traject ingaan en deze risico's nemen? Ik denk dat ik dat vanaf mijn inleiding afdoende heb aangegeven. Kijk naar al die rapportages en luister naar die hartenkreet. Ik heb de afgelopen lange periode herhaaldelijk met bijvoorbeeld vertegenwoordiging van de Stichting Hartekind et cetera gesproken en hoorde een hele harde, duidelijke oproep: laten we nu een volgende stap zetten. Daarom durf ik die stap te zetten, wetende dat er risico's zijn en dat het veel van ons vraagt, maar nog veel meer van ouders, kinderen en professionals. Maar ik denk dat we dat proces in moeten gaan en dat het dan nog steeds veel tijd gaat kosten en dat we de risico's moeten benoemen. Hebben we straks voldoende personeel? De heer Hijink gaf het aan: is er dan niet ineens personeel overbodig? We hebben het zojuist met mevrouw Pouw gehad over het Prinses Máxima Centrum. Die risico's zitten erin. Een heel specifiek risico dat is benoemd is ten aanzien van voldoende verpleegkundig personeel. Om te beginnen hoeft een deel van het ic-personeel de overstap niet te maken. Dat is anders dan we heb-

ben gezien bij de kinderoncologie, omdat — we weten dat van een bestaand voorbeeld — kinderen na een operatie en een korte observatie terug kunnen naar bijvoorbeeld de ic van het versturende ziekenhuis. Zo wordt er al heel lang samengewerkt tussen het Radboudumc en het Erasmus MC. Ik stel me voor dat dat in de toekomst ook voor andere samenwerkingen kan. Maar natuurlijk hebben ze dan nog steeds extra personeel nodig. Een deel zal opgevangen moeten worden door verschuiving van andere capaciteit.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
De NZa zei vanmiddag bij de technische briefing dat er ook echt strakke regie op dat transitieproces moet komen. Ik vroeg me af hoe de minister dat ziet. Hoe wil hij zijn regierol invullen?

Minister **Kuipers**:
Er zijn heel veel maatregelen mogelijk, maar ik ga er al een nadrukkelijk aan. Voor de gesprekken met patiënten en de professionals: zorg in ieder geval voor onafhankelijke begeleiding en ook helemaal separaat. Nu gaat dat meer over het totaal van het proces, dus ook met de betreffende bestuurders erbij. We moeten ook zorgen voor een onafhankelijke begeleidingscommissie. Dan denk ik niet aan een heel grote, maar aan een kleine commissie, maar wel met een aantal mensen die dit soort processen kennen en de wereld van de umc's en de zorg kennen. Zij kunnen helpen door de juiste vragen te stellen en af en toe waar nodig een keer streng te wezen, maar ze moeten ook kunnen rapporteren aan mij. En uiteraard een update geven aan u, maar dat heb ik al gezegd.

De **voorzitter**:
Prima. Tot zover de eerste termijn. Bestaat er behoefte aan een tweede termijn? Het is niet noodzakelijk.

Meneer Bushoff, moet het echt? Ik hoor graag wat uw redenen zijn.

De heer **Bushoff** (PvdA):
In ieder geval een motie.

De **voorzitter**:
U heeft een motie? Dat vind ik wel een reden. Ik hoop dat we niet te veel dubbele moties krijgen. Controleer dat nog even onderling. Dan geef ik graag het woord aan de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Voorzitter. Ik begin eventjes met mijn bewondering uit te spreken voor de mensen die nog op de publieke tribune zitten en dit debat hebben gevolgd. Ik kan me dat heel goed voorstellen, omdat het natuurlijk een onderwerp is dat heel beladen is, dat heel veel mensen aangaat en heel veel mensen raakt. Het besluit dat genomen wordt, heeft enorme impact. Juist daarom zou zo'n besluit boven alle twijfel verheven moeten zijn. Dat is het nu niet, want we zijn het in deze Kamer, maar ook in het veld en in de wetenschappelijke literatuur, niet eens over de volumenormen en de noodzaak om te concentreren tot twee in plaats van drie centra. We zijn het niet eens in deze Kamer, maar ook niet in het werkveld en in de wetenschappelijke literatuur over hoeveel mensen er nodig zijn, bijvoorbeeld hoeveel chirurgen je op één locatie moet hebben. Die twijfel kun je niet hebben als je zo'n impactvol besluit neemt. Daarom is het goed dat niet gekozen wordt voor twee centra, maar dat voor nu gekozen wordt voor het openhouden van drie centra. Het moge duidelijk zijn dat het logisch is dat dat Erasmus en Groningen zijn. Voor het openhouden van een derde centrum heb ik de volgende motie opgesteld.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat er geen steekhoudende argumentatie ligt voor de noodzaak om interventies bij aangeboren hartafwijkingen in twee in plaats van drie hartcentra te concentreren;

verzoekt de regering om naast het Erasmus MC en het UMC Groningen een derde centrum open te houden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Bushoff, Ellemeet, Hijink, Van der Plas, Van der Staaij, Van Esch, Den Haan, Koekkoek en Kuzu.

Zij krijgt nr. 709 (31765).

Dank u wel.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Voorzitter. Tot slot …

De **voorzitter**:
Nee, nee, u bent enorm door uw tijd heen.

De heer **Bushoff** (PvdA):
Zeker, maar het gaat om het verzoek om morgen al te stemmen, aangezien we moeten stemmen voordat er een besluit is gevallen.

De **voorzitter**:
Ja, we gaan morgen stemmen. Dat ga ik voor u regelen, maar dan moet u nu wel snel weg zijn, anders neem ik een andere beslissing! Nee hoor, het is logisch dat we morgen gaan stemmen, omdat we te maken hebben met de datum van 27 februari en we volgende week reces hebben. We hadden dus al ingecalculeerd dat we morgen gaan stemmen. Het woord is aan mevrouw Van den Berg.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):
Dank u wel, voorzitter. Het is natuurlijk een buitengewoon emotioneel en moeilijk onderwerp, want het zal je kind maar zijn en je zal maar die band hebben met dat ziekenhuis.

Maar het besluit is er toch op gericht dat we de kwaliteit van zorg voor deze groep kinderen en ook voor de volwassenen beter weten te maken.

Ik dank de minister voor de antwoorden, ook voor de wijze waarop hij is ingegaan op de zorgen van het Prinses Máxima Centrum, omdat men voor alle problemen een aparte oplossing moet zien te vinden, zoals dat overigens ook is gebeurd bij de oprichting van het Prinses Máxima Centrum. Ook dank ik de minister voor zijn antwoorden over de academische status van het LUMC, want daar zijn veel zorgen over. De minister is er heel duidelijk over geweest dat je niet alleen maar wat moet kunnen geven, maar ook wat moet kunnen krijgen. Dat is voor Leiden in ieder geval duidelijk.

Tot slot dank voor de twee toezeggingen van de minister: een uitgebreidere kaderbrief over de criteria voor alle hoogcomplexe laagvolumezorg en een update, volgend jaar zomer, over hoe het staat met dit traject. Voor het CDA is shared care daarbij het uitgangspunt.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
En u bedankt voor het niet indienen van uw beide moties. Mevrouw Agema van de PVV.

☐

Mevrouw **Agema** (PVV):
Dank u wel, voorzitter. De vier locaties zijn in werkelijkheid vier bedrijven die met elkaar concurreren en die elkaar inmiddels de tent uit vechten. Het is jammer dat de minister in het geheel niet heeft gereageerd op mijn betoog op dit punt. Hij heeft ook niet gereageerd op mijn voorstel om van de kinderhartinterventies een niet-economische dienst van algemeen belang te maken, om daarmee deze tak van sport uit de marktwerking te halen en die te voorzien van een beschikbaarheidsbijdrage. In dat geval is het aantal locaties niet meer van belang. Je bent dan ook geen concurrerende bedrijven meer van elkaar en je kunt opereren wat je wilt. Samenwerking is dan een gegeven in plaats van iets wat binnen de marktwerking onmogelijk is. Ik dien daarom de volgende motie in. Misschien kan de minister er dan wel op reageren.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

verzoekt de regering de kinderhartinterventies uit de marktwerking te halen en te bekostigen op basis van een beschikbaarheidsbijdrage,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Agema.

Zij krijgt nr. 710 (31765).

Heel goed. Dank u wel. Dan de heer Hijink van de SP.

☐

De heer **Hijink** (SP):
Voorzitter. De SP was en is niet overtuigd van het besluit dat de minister van plan is te nemen om de helft van de locaties waar nu nog kinderhartchirurgie plaatsvindt te sluiten. Het is onzorgvuldig. Ik heb ook gemerkt in dit debat dat hij alleen selectief gebruikmaakt van de informatie die uit het heel goede rapport van de NZa is gekomen. Ik vind dat echt kwalijk, zeker omdat het gaat over een heel ingrijpend besluit, niet alleen voor de mensen die werken in de centra, maar ook voor de patiënten en hun familie, die afhankelijk zijn van deze zorg.

Ik sluit me aan bij de motie van de Partij van de Arbeid. Zelf zal ik twee moties indienen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de NZa in de impactanalyse de aanbeveling deed om nu geen onomkeerbaar concentratiebesluit te nemen en eerst een aanzet tot een integrale analyse te maken van het academisch zorglandschap;

verzoekt de regering nu geen besluit tot concentratie te nemen;

verzoekt de regering voorts, alvorens over te gaan op concentratie, in nauwe samenwerking met de academische ziekenhuizen en in afstemming met de IGJ en de NZa, eerst een integrale analyse te maken van het academisch zorglandschap voor kindzorg, zodat in samenwerking zo veel als mogelijk de negatieve gevolgen van eventuele concentratie ondervangen kunnen worden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Hijink, Van Esch, Van der Plas, Den Haan en Van der Staaij.

Zij krijgt nr. 711 (31765).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat uit de impactanalyse van de NZa blijkt dat het weghalen van de interventies bij kinderen met een aangeboren hartafwijking ervoor zal zorgen dat de bezetting van de PICU in het LUMC zonder mitigerende maatregelen onvoldoende zal zijn om deze open te houden;

verzoekt de regering om te garanderen dat de concentratie van de kinderhartchirurgie niet zal leiden tot sluiting van de PICU in het LUMC en dat het LUMC een volwaardig kinderziekenhuis houdt,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Hijink, Pouw-Verweij, Van der Plas, Van der Staaij, Bushoff en Ellemeet.

Zij krijgt nr. 712 (31765).

Dank u wel. Dan mevrouw Den Haan.

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Voorzitter, dank u wel. Dank ook aan alle mensen op de publieke tribune, aan de collega's maar ook aan de minister en zijn ambtenaren voor het beantwoorden van de vragen. Het is natuurlijk voor niemand makkelijk.

Ik heb één motie, voorzitter.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er geen verschil van mening is tussen alle betrokkenen over het belang van concentratie van kinderhartzorg in Nederland;

constaterende dat de NZa in de impactanalyse concludeert dat het risicovol is om nu een besluit te nemen over het concentreren van kinderhartzorg zonder zicht te hebben op andere noodzakelijke concentratiebewegingen in het academische zorglandschap;

constaterende dat in Utrecht de kinderoncologie is geconcentreerd en deze patiëntjes met grote regelmaat hartchirurgie of hartinterventies nodig hebben en in spoedsituaties moeten kunnen rekenen op de aanwezigheid van een kindercardiochirurg en een kindercardioanesthesioloog;

constaterende dat zowel het belang van kinderen met kinderkanker, het effect van het sluiten van het kinderhartcentrum in het UMCU alsook de integrale ketenzorg tussen het Prinses Máxima en het UMCU/WKZ niet voldoende lijkt meegenomen in de overwegingen van de minister;

verzoekt de regering om alles op alles te zetten om de hoogspecialistische ketenzorg voor kinderen met kinderkanker niet te verbreken en hier eerst goed onderzoek naar te doen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Den Haan, Van der Plas, Kuzu, Van der Staaij en Pouw-Verweij.

Zij krijgt nr. 713 (31765).

Mevrouw **Den Haan** (Fractie Den Haan):
Dank u wel.

De **voorzitter**:
Heel goed. De heer Drost van de ChristenUnie.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dank u wel, voorzitter. Ik kwam hier vanavond met een aantal kritische vragen over het voorgenomen besluit van de minister, met de oprechte bedoeling om naar zijn antwoorden te luisteren en die mee te wegen in ons uiteindelijke oordeel.

Ik kom tot de volgende conclusie. Ik vind dat de minister in dit debat hard heeft weten te maken dat het kiezen voor twee centra het beste is voor het bestand van de zorgprofessionals, de chirurgen, en daarmee ook voor de patiënten, om wie het gaat. Er zijn voor mij ook voldoende waarborgen gegeven dat er met Utrecht en Leiden in de komende periode tot een goede oplossing gekomen moet kunnen worden. Wij zullen de minister daaraan houden en het kritisch volgen. Wat ons betreft is het proces helder. We geven de minister daarin ook de ruimte om te doen wat hij goed acht.

Voorzitter, als u het goedvindt, wil ik nog één motie indienen. Ik heb nog 34 seconden. Dat lukt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de NZa adviseert de toekomst van het academische zorglandschap integraal te benaderen en met een plan te komen voor de verdeling van specialisaties over de academische centra;

overwegende dat bij verdere concentratie van zorg de afstanden voor patiënten en hun familie tot interventiecentra groter worden;

overwegende dat deze grotere afstanden het voor sommige families praktisch en financieel moeilijker maken om dicht bij hun naasten te zijn;

verzoekt de regering de kwaliteit, toegankelijkheid en kwantiteit van voorzieningen voor ouders en andere familie, zoals ouderkamers of een Ronald McDonald Huis, onderdeel uit te laten maken van de uitwerking van toekomstige bewegingen van concentratie van zorg,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Drost, Pouw-Verweij en Paulusma.

Zij krijgt nr. 714 (31765).

Dank u wel.

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Dank u.

De **voorzitter**:
Er is één hele korte, verhelderende vraag van de heer Hijink.

De heer **Hijink** (SP):
Ik ben benieuwd wat bij de ChristenUnie het belangrijkste overtuigende argument van de minister is geweest om over te gaan tot twee locaties. Wat is nou het ene argument geweest waarvan u zegt: dát heeft mij nou echt overtuigd?

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik denk dat ik daar al min of meer antwoord op gaf. Ik denk dat het cruciale punt hier het bestand aan chirurgen is. Zojuist in het debat heeft een aantal van u het met de minister gehad over het minimumaantal van vier. De minister gaf aan dat dat maar een minimum was en geen optimum. Als je naar een optimum gaat van vijf of zes, dan kom je met drie centra niet door de bocht. Dat is dan even mijn eigen invulling. Dat is voor mij een cruciaal argument.

De **voorzitter**:
Helder. De heer Van der Staaij van de SGP.

☐

De heer **Van der Staaij** (SGP):
Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording. Het is een ingewikkelde puzzel waar we vanavond over spreken. De minister gebruikte in de schriftelijke gedachtewisseling zelf het beeld van een puzzel. Hij zei dat je soms al een puzzelstukje moet leggen; de puzzel moet nog breder gelegd worden, maar soms moet je toch al een puzzelstukje leggen. Alleen, als ik zelf aan het puzzelen was, kon je over dat puzzelstukje ook zeggen: ik dacht dat paste, maar misschien moet het toch anders. Dat is hier echter lastig. Als je zegt "we maken nu de concentratiebeweging" zet je wel degelijk stappen die vergaande gevolgen kunnen hebben en die ook risico's met zich meebrengen.

Mijn fractie is er niet van overtuigd dat dat de goede route is. Sterker nog, wij houden ons vast aan wat de NZa zegt: zolang het integrale perspectief, het bredere plaatje, ontbreekt, vinden wij het onwenselijk dat onomkeerbare stappen worden gezet in het concentreren van de interventiezorg voor patiënten met aangeboren hartafwijkingen.

Voorzitter. Ik kom niet met nieuwe moties, uw oproep indachtig. Maar onze stellingname blijkt ook uit de medeondertekening van de moties van Hijink, Bushoff en Den Haan.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Fijn dat u de aanbevelingen van de commissie-Van der Staaij volgt. Mevrouw Paulusma.

☐

Mevrouw **Paulusma** (D66):
Dank, voorzitter. Dank aan de minister voor zijn beantwoording en voor de toezeggingen, maar ook voor het besluit dat genomen is in het belang van patiënten. Dat wil ik toch nogmaals benoemen, ook in deze tweede termijn. Ook ben ik blij met de toezeggingen op onze vragen rondom zorgvuldigheid én het betrekken van patiënten in het volgende traject dat ons nu te wachten staat.

Ik sta onder de motie van de heer Drost en ook onder een motie van mevrouw Tielen, waarin er gevraagd wordt om de voortgang en het eigenaarschap. Maar dat zal mevrouw Tielen zo meteen toelichten.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Heel goed. Mevrouw Van der Plas.

☐

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Dank u wel.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat in Nederland in zeven academische ziekenhuizen Pediatrische Intensive Care Units zijn;

overwegende dat vitale functies, zoals longen en hart, bij kinderen die op deze PICU's liggen ernstig zijn bedreigd en dat deze kinderen nauwkeurig moeten worden geobserveerd;

verzoekt de regering om op basis van de beschikbare database Pediatrische Intensive Care Evaluatie, van de kinder-ic's, inzichtelijk te maken op welke manier het verlies aan PICU's kan worden verzacht, met name voor het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC),

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Van der Plas.

Zij krijgt nr. 715 (31765).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de volwassen populatie van patiënten met een aangeboren hartafwijking (AHA) volgens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Zorgautoriteit groeit;

overwegende dat getallen laten zien dat de twee centra deze aantallen niet kunnen opvangen;

overwegende dat dit impact heeft op het zorglandschap;

verzoekt de regering deze adviezen van de NVVC en de NZa goed mee te laten wegen in het definitieve besluit over concentratie van de hartcentra,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Van der Plas en Den Haan.

Zij krijgt nr. 716 (31765).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat in de plannen van het kabinet nog maar twee centra overblijven voor kinderhartchirurgie;

overwegende dat er geen goede onderbouwing is om niet in ieder geval drie kinderhartcentra open te houden;

overwegende dat het Leids Universitair Medisch Centrum in Leiden het enige ziekenhuis is dat hartinterventies pleegt in de baarmoeder;

overwegende dat het LUMC het Nederlandse verwijscentrum is voor foetale interventie;

verzoekt de regering om de specifieke expertise voor hartingrepen in de baarmoeder in Nederland en specifiek in Leiden te behouden,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Van der Plas.

Zij krijgt nr. 717 (31765).

Dank u wel. Dan mevrouw Ellemeet van de fractie van GroenLinks.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):
Dank, voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording. Ik ben blij dat we het debat zo konden voeren dat er ruimte was om gewoon open neer te leggen hoe ingewikkeld het is. Want dat ervaar ik zo en volgens mij geldt dat voor ons allemaal. Ik hoorde ook collega's die van tevoren wat bezorgd waren over de toon van het debat. Ik ben echt blij dat we respectvol met elkaar hierover hebben kunnen spreken. Dat doet ook recht aan de zwaarte van het besluit dat voorligt.

De minister heeft mij niet kunnen overtuigen dat twee centra openhouden beter is dan drie. Ik denk dat de risico's die we daarmee nemen te groot zijn, groter dan de mogelijke voordelen van slechts twee centra openhouden. Daarover verschillen we van mening, maar dat neemt niet weg dat ik waardeer hoe we hier samen over hebben gesproken.

De **voorzitter**:
Heel goed, dank u wel. Mevrouw Tielen van de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):
Voorzitter. Met dank voor uw daadkracht en vaart had ik toch nog twee openstaande vragen, dus wat mij betreft gaan die niet van mijn tijd af. Ze gingen over de kwaliteitsregistraties, die door de minister gebrekkig worden genoemd, en over hoe we de gegevensuitwisseling vanuit de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg ook geregeld krijgen in dit traject. Ik verwijs naar de eerste termijn.

Het is aan ons als volksvertegenwoordigers en controleurs van de regering om een brug te slaan tussen de belevingswereld van de mensen — patiënten, verpleegkundigen, artsen — en de rationele overwegingen die soms nodig zijn om besluiten te nemen in het algemeen belang en met zicht op de toekomst. Dat is best moeilijk, helemaal met woorden als "mitigeren" en "volumenormen". Eigenlijk doen dat soort woorden niet helemaal recht aan het onderwerp. Maar goed, dat hoort nou eenmaal, maar ik leg ook graag uit dat we die brug echt proberen te slaan.

Ik heb toch behoefte om nog een motie in te dienen om zeker te weten dat de minister en ik elkaar goed begrijpen, zoals we dat in de afgelopen eerste termijn hebben gedaan, en die luidt als volgt.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat patiënten in de toekomst moeten kunnen blijven rekenen op tijdige toegang tot goede hoogcomplexe zorg en dat concentratie van deze zorg een middel kan zijn om bij te dragen aan dat doel;

constaterende dat het onder andere volgens de Nederlandse Zorgautoriteit van belang is om op korte termijn één plan voor alle vormen van hoogcomplexe zorg te maken;

overwegende dat de inhoudelijke afwegingen hiervoor door NFU, umc-bestuurders en medisch specialisten moeten worden gedaan, maar dat het voor hen niet altijd mogelijk is gebleken om knopen door te hakken;

overwegende dat de minister van VWS een commissie van deskundigen wil instellen om het huidige proces van concentratie van hoogcomplexe zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking te begeleiden, maar dat er ook een concentratieplan voor alle vormen van hoogcomplexe zorg nodig is;

verzoekt de minister om eigenaarschap te nemen voor de voortgang van dit proces én het totale concentratieplan, inclusief het perspectief voor patiënten, zorgprofessionals en instellingen, en de Kamer hierover periodiek te informeren;

verzoekt de minister tevens om, als na een jaar blijkt dat dit proces onvoldoende voortgang kent, te overwegen om de Nederlandse Zorgautoriteit opdracht te geven om dit landelijk concentratieplan te maken,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door de leden Tielen en Paulusma.

Zij krijgt nr. 718 (31765).

Heel goed, dank u wel. Mevrouw Pouw-Verweij van JA21.

Mevrouw **Pouw-Verweij** (JA21):
Dank u wel, voorzitter. Dank aan de minister voor de soms heel gedetailleerde antwoorden en aan de collega's voor het inhoudelijke debat. Ik denk dat dit een kwestie is waarin geen pijnloze keuzes bestaan. Daarnaast denkt mijn fractie dat het heel erg belangrijk is om hierin door te pakken en zo duidelijkheid te bieden, zowel aan de patiënten en hun ouders als aan de experts. Gezien de uitleg van de minister en de noodzaak tot concentratie, die mijn fractie wel ziet, kunnen wij het voorstel van de minister steunen onder de voorwaarde dat er behoud is van kwaliteit van de oncologische zorg in het Prinses Máxima Centrum en behoud van de PICU en de academische status in het LUMC. Daarom heb ik twee moties medeondertekend, van de collega's Den Haan en Hijink, en zal ik zelf van moties afzien.

De **voorzitter**:
Dat horen we graag. De laatste spreker van de zijde van de Kamer is de heer Van Houwelingen van Forum voor Democratie.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Dank u, voorzitter. Het is wel duidelijk: het besluit stond en staat vast. Twee van de kinderhartchirurgiecentra gaan verdwijnen. Dat betekent dat we twee hele grote centra gaan krijgen met een volume van 400 à 500 operaties per jaar. Dat ligt ver boven de norm die aangeraden wordt. Het is dus niet goed voor de patiëntveiligheid. Het is nergens goed voor. Het is onbegrijpelijk. Het is weer een voorbeeld van wat wij microfobie noemen of de cult van het kolossale, het hersenloos opschalen om het opschalen. Het is dus zeer zorgwekkend. Het zal niet vanzelf stoppen. Ik heb geen moties. Dat helpt toch niet, want mensen hier zijn niet voor rede vatbaar.

Ik wil nog wel kort iets zeggen en een woordje richten tot de mensen van de kinderhartchirurgiecentra. Het is echt heel droevig wat er met u gebeurt. Het allerergste vind ik dat u nu onderling ruzie heeft gekregen. Daar zijn wij hier als politiek eigenlijk schuldig aan, vind ik. Wij hebben die twistappel daar naar binnen gegooid. Er is misschien nog wel iets wat u kan doen, want er zijn maar een paar ...

De **voorzitter**:
Ik heb er een beetje bezwaar tegen dat u zich tot de publieke tribune gaat richten. Dat wil ik eigenlijk liever niet.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Maar dat gebeurt toch wel vaker, voorzitter, ook in dit debat?

De **voorzitter**:
Nou, niet als ik hier zit.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Oké. Ik richt me niet tot de tribune. Dan richt ik me tot het publiek in het land. Mag dat?

De **voorzitter**:
Nou nee, u richt zich tot de voorzitter.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):
Oké, ik richt me tot de voorzitter. Ik hoop, voorzitter, dat de twaalf kinderhartchirurgen wellicht nog de rijen gesloten weten te krijgen en misschien met een idee komen waarmee ze dit nog kunnen voorkomen, bijvoorbeeld door te zeggen: dit pikken we niet; we stoppen een jaar lang met opereren. Alleen dan zal de minister misschien door de knieën moeten gaan.

Dank, voorzitter.

De **voorzitter**:
Hartelijk dank. Tot zover de termijn van de Kamer. Ik schors twee minuten, en dan gaan we luisteren naar de minister.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:
We gaan er kort en puntig doorheen. Dan staan we over twee minuten buiten. Het woord is aan de minister.

Minister **Kuipers**:
Ik zie dat ik er nog één aangereikt krijg, dus geef mij even die gelegenheid.

De **voorzitter**:
Nogmaals, morgen gaan we over deze moties stemmen.

Minister **Kuipers**:
Voorzitter. Ik heb inderdaad alleen twee vragen van mevrouw Tielen. Hoe gaat de minister regelen dat er kwaliteitscriteria zorgpaden, gegevensuitwisseling en verslaglegging zijn en hoe zorgt de minister dat de organisaties deze ook kunnen naleven? Ik ga dit borgen door onder andere de volgende voorwaarden bij de vergunning te stellen: het verbeteren en benutten van kwaliteitsregistraties om de

kwaliteit te verbeteren en daar ook transparantie in te bieden, het opstellen van gemeenschappelijke zorgpaden met de interventiecentra, de shared care centra en de andere zorgaanbieders in het netwerk, het gebruik van een eenduidige definitie van "kengetallen", het toepassen van een digitale informatie-uitwisseling, het vormgeven van de samenwerking met shared care centra, het maken van landelijke afspraken voor doorverwijzing en ook het verzorgen van uniforme en begrijpelijke informatie naar de patiënt. Dit heb ik al vermeld in mijn brief aan de umc's met het voorgenomen besluit, dat u als bijlage bij mijn brief van 13 februari hebt ontvangen.

Dan ten aanzien van de Wegiz: op dit moment zijn de registraties van kwaliteit in de cijfers over bijvoorbeeld mortaliteit helaas gebrekkig. Daardoor zijn de centra op dit punt lastig met elkaar te vergelijken. Dat is juist een van de lastige elementen van de huidige organisatie van de zorg. Een van de voorwaarden die ik aan de vergunning verbind, is dan ook dat de centra de registratie van kwaliteit en uitkomsten van zorg verbeteren en consistent maken. Ook de patiëntenorganisaties hebben daar naar mijn mening volstrekt terecht aandacht voor gevraagd. Het wetsvoorstel voor elektronische gegevensuitwisseling gaat voor specifieke gegevensuitwisselingen digitale uitwisseling verplichten, zodat interoperabiliteit wordt bereikt. Dat kan ook hier helpen.

Voorzitter. Dan kom ik bij de moties. De motie op stuk nr. 709: ontraden. De argumentatie is in het debat uitgebreid ter sprake gekomen.

De motie op stuk nr. 710: eveneens ontraden. Dit gaat niet om de marktwerking. Het gaat ook niet om de bekostiging. Het gaat allereerst om de concentratie. Als concentratie op een gegeven moment een andere vorm van bekostiging zou vragen, moeten we dat op dat moment zien.

De motie op stuk nr. 711: eveneens ontraden. Die is al ter sprake gekomen. Ik volg het advies van de NZa, maar start met de stip op de horizon, met uiteindelijk eenzelfde resultaat.

Met betrekking tot de motie op stuk nr. 712 kijk ik even naar de indieners, in het bijzonder naar de heer Hijink. Ik wil de motie graag oordeel Kamer geven, maar dan moeten we samen even kijken, want nu staat er het woord "garanderen". Ik ben hierin niet de enige partij. Als u mij vraagt om mij daar maximaal voor in te spannen, is het al ja. Dat gaat over "sluiting van de PICU". Maar als het gaat om "een volwaardig kinderziekenhuis": ook bij de NFU en de umc's zijn daar verschillende interpretaties van. Dan gaat het over de volle range van alle academische kindzorg, maar die is op dit moment al niet aanwezig in het betreffende kinderziekenhuis. Dat zou mij dus feitelijk vragen om dat uit te breiden. Ik zoek dus even. Misschien mag ik de heer Hijink een voorstel doen. Als u zegt "maximaal inspannen" in plaats van "garanderen" en dan met de focus op de sluiting van de PICU, kan ik de motie van harte oordeel Kamer geven.

De heer **Hijink** (SP):
Ik wil dat stukje over "volwaardig kinderziekenhuis" best schrappen. Het gaat mij erom dat de uitkomst van dit hele proces niet mag zijn dat het LUMC de kinder-ic verliest. Daar gaat het mij om. Als de minister zegt "maximaal inspannen", heb ik daar niks aan. Ik bedoel: we spannen ons allemaal elke dag maximaal in, denk ik. Dat zegt mij dus niks. De minister zegt dat de hartchirurgie daar kan verdwijnen en zegt tegelijkertijd: we gaan maatregelen nemen om de effecten te dempen. Dan vind ik dat je van tevoren ook bepaalde afspraken moet kunnen maken over wat die uitkomst dan is. De uitkomst mag in dit geval wat mij betreft niet zijn dat zij als gevolg van deze maatregelen ook nog de kinder-ic gaan verliezen. Daarom wil ik wel vasthouden aan het woord "garanderen". Ik wil aan de andere kant wel dat stukje over een volwaardig kinderziekenhuis schrappen als dat inderdaad tot misverstanden leidt.

Minister **Kuipers**:
Ja, dat leidt al tot een discussie. En ik wil prima het woord "garanderen" overnemen, maar wel met de kanttekening dat ik niet de enige ben die daarover gaat. Ik kan dus geen garantie afgeven voor iets waar ik uiteindelijk …

De **voorzitter**:
Nou ja, dan moet de heer Hijink even bevestigen dat dat de interpretatie is van het woord "garanderen" en dat hij daarmee akkoord gaat.

De heer **Hijink** (SP):
Ja, natuurlijk, in de zin dat de minister dat niet in z'n eentje doet. Alleen is "garanderen" natuurlijk wel een woord met een betekenis.

Minister **Kuipers**:
Zeker.

De heer **Hijink** (SP):
Het kan niet betekenen: ik doe een poging en het is niet gelukt.

De **voorzitter**:
Het is een uitkomst.

De heer **Hijink** (SP):
Het is een uitkomstbepaling, om het zo maar te zeggen.

Minister **Kuipers**:
Ik denk dat de heer Hijink en ik het volstrekt eens zijn. Het is niet: ik doe een poging. Maar er zijn meer factoren, dus ik ben niet de enige die dit kan bepalen. "Volwaardig kinderziekenhuis" moet dus weg uit de motie op stuk nr. 712.

De **voorzitter**:
Ja, dat halen we eruit. En "garanderen" gaan we dan op die manier interpreteren. Heel goed.

Minister **Kuipers**:
Ja.

De **voorzitter**:
De motie-Hijink c.s. (31765, nr. 712) is in die zin gewijzigd dat zij thans luidt:

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat uit de impactanalyse van de NZa blijkt dat het weghalen van de interventies bij kinderen met een aangeboren hartafwijking ervoor zal zorgen dat de bezetting van de PICU in het LUMC zonder mitigerende maatregelen onvoldoende zal zijn om deze open te houden;

verzoekt de regering om te garanderen dat de concentratie van de kinderhartchirurgie niet zal leiden tot sluiting van de PICU in het LUMC,

en gaat over tot de orde van de dag.

Zij krijgt nr. 719, was nr. 712 (31765).

Minister **Kuipers**:
De motie op stuk nr. 713 krijgt oordeel Kamer. Ik lees het zo dat ik zorgvuldig het transitietraject inga.

De motie op stuk nr. 714 krijgt oordeel Kamer. Het is een uitstekende suggestie; ik doe dit graag.

De motie op stuk nr. 715 krijgt eveneens oordeel Kamer. Ik beschouw dit als onderdeel van het transitieproces.

De motie op stuk nr. 716 wordt ontraden. Ik heb toegelicht dat ik echt sta voor concentratie naar twee centra. Ik kan dus niet meegaan met het verzoek dat vastgelegd is in deze motie.

De motie op stuk nr. 717 is eveneens ontraden. Foetale interventies gebeuren in het betreffende centrum voor een aantal verschillende indicaties. Over het grootste deel van die indicaties spreken we hier niet. Het gaat hier over foetale interventies bij hartafwijkingen, en daarvan moet ik in het transitieproces horen waar die precies terechtkomen. Als de vraag is of ik kan garanderen dat ze niet uit Nederland weggaan, dan is het antwoord ja met dezelfde kanttekening als zonet bij het woord "garanderen".

De **voorzitter**:
Mevrouw Van der Plas, kort, kort.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ja, kort, kort. Even twee dingetjes, want ik hoor iets raars van de minister. Hij zegt dat de motie op stuk nr. 716 ontraden is omdat we naar twee hartcentra toe gaan. Maar eerder in het debat zei de minister dat hij die zienswijzen nog allemaal gaat meenemen. Dit is een voorgenomen besluit, zei hij, en ik kom nog met een echt besluit. Maar ik hoor de minister nu zeggen dat het al besloten is. Dat vind ik dus een beetje vreemd.

Minister **Kuipers**:
Nee, ik heb een voorgenomen besluit. Ik wacht nu op de zienswijzen van de centra om daarna een definitief besluit te nemen. En natuurlijk nemen we de adviezen van de NVVC en de NZa bij het voorgenomen besluit al heel goed mee. Ik neem die bij het definitieve besluit nog een keer mee, maar …

De **voorzitter**:
Prima. Mevrouw Van der Plas?

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Dit klinkt wel een beetje alsof het al in kannen en kruiken is. Dit vind ik wel een beetje zorgelijk, want nu is eigenlijk …

Minister **Kuipers**:
Nee.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Dat hoor ik wel. Toen straks hoorden we echt zeggen dat de zienswijzen nog meegenomen zouden worden en dat er nog een definitief besluit zou komen. Hier zijn weer argumenten gewisseld, en nu wordt de motie ontraden en krijgen we eigenlijk te horen: we hebben al besloten dat er twee centra komen.

Minister **Kuipers**:
Terugkomend op het debat van zojuist en op de eerdere brieven, zeg ik dat ik een voorgenomen besluit heb genomen. Daarvoor krijg ik nu een zienswijze van de individuele centra. Die hebben ze eerder niet kunnen geven, want toen was er een respons vanuit de umc's gezamenlijk. Voor het voorgenomen besluit heb ik input gebruikt zoals die van het NZa-rapport. Dat heeft ook geleid tot een ander besluit dan het besluit dat in december 2021 door mijn voorganger is genomen. Dat is gedaan op basis van de input in de afgelopen periode, en specifiek die van de NZa. Ik heb dit dus al gedaan. Je kunt hem ook zo lezen: wil ik bij het definitieve besluit de NZa-rapportage niet naast me neerleggen? Nee, die is al gebaseerd op de NZa, en nu ga ik de visie van de umc's krijgen, en op basis daarvan het definitieve besluit nemen.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Nog één vraag over de motie op stuk nr. 717. Ik begrijp hieruit dat er dan dus toch nog kans is op een derde hartcentrum. Dat verheugt mij. Zo mag ik het dan uitleggen, of toch niet, maar dan is het toch een definitief besluit. Maar dat even terzijde. Ik hoor toch iets anders. Even over de motie op stuk nr. 717, want ik weet dat de voorzitter graag het licht wil uitdoen. In de motie op stuk nr. 717 zeg ik specifiek "Leiden". Als ik zeg "in Nederland", dan zou die oordeel Kamer krijgen.

Minister **Kuipers**:
Ja, dan krijgt die oordeel Kamer. Er worden in Leiden foetale interventies gedaan, interventies in de baarmoeder voor verschillende indicaties, waaronder voor kinderen met een

aangeboren hartafwijking. De motie gaat erover dat die in Leiden moeten blijven. Daarvan zeg ik: dat is onderdeel van het verdere traject. Maar de overige foetale interventies kunnen prima in Leiden blijven. We willen ons ervoor inzetten dat die voor het hart in Nederland blijven. Als u "en specifiek in Leiden" weghaalt en ervan maakt "verzoekt de regering om de specifieke expertise voor hartingrepen in de baarmoeder in Nederland te behouden", dan geef ik die oordeel Kamer.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Dan wil ik die wel wijzigen in de zin dat Leiden dan ook nog kans maakt op dat behoud. Want anders wordt er hier nu gezegd "in Nederland behouden", maar Leiden valt dan buiten de boot.

Minister **Kuipers**:
Nee, dan blijft het ontraden. Ik heb een voorgenomen besluit dat de hartinterventies in Leiden stoppen, dat het hartcentrum blijft, maar de hartinterventies stoppen. Dat zal waarschijnlijk ook betekenen dat de foetale interventies hiervoor …

De **voorzitter**:
Verplaatst worden.

Minister **Kuipers**:
Dat weet ik nu niet; dat moet ik zien. Als u mij vraagt om te zorgen dat deze specifieke interventie in Leiden blijft, dan zeg ik: ontraden. Dan verwijs ik naar het debat.

De **voorzitter**:
Dan is die gewoon ontraden.

Mevrouw **Van der Plas** (BBB):
Ja, maar de minister zegt: het is een voorgenomen besluit; dan moet ik nog kijken. Maar in dezelfde adem zegt hij eigenlijk: bij Leiden gaat het weg. Net als bij de vorige motie, krijg ik nu heel erg het gevoel alsof alles in kannen en kruiken is. We hebben hier natuurlijk niet voor niks staan te debatteren, want debatteren is altijd goed en argumenten wisselen is ook altijd goed. Maar het gaat om de beslissing van de minister dat Leiden gewoon sowieso buiten de boot valt.

Minister **Kuipers**:
Voorzitter, ik zal proberen om dat te verhelderen, als het mag. Want het is duidelijk dat ik niet duidelijk ben. Ik heb een voorgenomen besluit voor concentratie in Groningen en Rotterdam en voor het stoppen van de interventies in Leiden en in Utrecht op termijn. Ik krijg een motie die mij feitelijk vraagt, als ik deze oordeel Kamer geef en die wordt aangenomen, om ook in Leiden de hartinterventies te behouden. Maar daarover hebben we zojuist een debat gevoerd, waarin ik aangeef dat ik van plan ben om te concentreren naar twee en dat het voorgenomen besluit tot nu toe is dat Leiden dan de interventies stopt. Ik kan een motie die mij eraan ophangt dat het in Leiden overeind gehouden moet worden dan vervolgens moeilijk oordeel Kamer geven in afwachting van een definitief besluit.

De **voorzitter**:
Kortom, dan blijft die gewoon ontraden, lijkt mij. Dan zijn we er toch uit? Oké. De heer Drost nog?

De heer **Drost** (ChristenUnie):
Ik wilde proberen om er samen uit te komen, maar …

De **voorzitter**:
Maar we zijn eruit. Hartelijk dank daarvoor. De motie op stuk nr. 718.

Minister **Kuipers**:
De motie op stuk nr. 718 krijgt oordeel Kamer.

De **voorzitter**:
Perfect.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:
Dank aan de minister voor zijn aanwezigheid. Dank aan de collega's. Morgen stemmen wij over de moties. Tot zover. Ik sluit de vergadering van 22 februari.