

Vergaderjaar 2008–2009

**31 700 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009**

**Nr. 168**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 1 juli 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 juni 2009 inzake de aanbieding advies Commissie kinderkhart-interventies (31 700 XVI, nr. 159).

De op 26 juni 2009 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 30 juni 2009 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

## **Inhoudsopgave**

- |   |   |
|---|---|
| I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties | 2 |
| II. Reactie van de minister                 | 5 |

## **I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES**

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het advies van de Commissie kinderhartinterventies en van het feit dat de minister dat advies wil opvolgen. Voor deze leden zijn van belang een goede kwaliteit van deze hoogwaardige zorg en een goede bereikbaarheid ervan. De beoogde samenwerking tussen het UMC St. Radboud in Nijmegen en het UMC Utrecht is een nieuw gegeven, waarover genoemde leden nog de volgende vragen en opmerkingen hebben.

1. Deelt de minister de mening dat door het behoud van het UMC Utrecht als kinderhartchirurgisch centrum, deze complexe zorg beter over het land wordt gespreid waardoor de bereikbaarheid toeneemt?
2. Naast Leiden kunnen alleen in Utrecht alle interventies worden verricht, ook de meest complexe. Bij afbouw van het centrum in Utrecht kunnen deze ingrepen alleen in Leiden gebeuren. Is die situatie niet te kwetsbaar, en hoe beoordeelt de minister dit?
3. Het centrum in Utrecht is het enige dat de data uit 2007 heeft laten verifiëren. Speelt dat gegeven voor de minister mee bij zijn afweging?
4. Hoe weegt de minister het gegeven dat de patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen sterk pleit voor het verlenen van vier tijdelijke vergunningen?
5. Door het overbrengen van de ingrepen vanuit Nijmegen naar Utrecht zal het centrum in Utrecht ruim voldoen aan de vereiste aantallen interventies. Deelt de minister dat oordeel?
6. Is dat reden voor de minister om zijn beslissing om geen vergunning te verlenen aan het UMC Utrecht te heroverwegen, zoals de deze leden zouden wensen?

### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief over het advies van de Commissie kinderhartinterventies. Zij hebben nog de volgende vragen en opmerkingen.

1. In hoeverre is de beslissing tot concentratie in de drie instellingen doorgesproken en overlegd met de verschillende universitaire instellingen en patiëntenverenigingen?
2. Op welke wijze zal ervoor gezorgd worden dat de vergunninghoudende centra daadwerkelijk investeren in het opzetten van een netwerk en gestructureerde samenwerking? Valt hier ook de samenwerking van verschillende disciplines onder? Wie is hiervoor verantwoordelijk?
3. In hoeverre betekent concentratie van deze zorg in Leiden, Rotterdam en Groningen dat de toegankelijkheid en bereikbaarheid voor patiënten in Utrecht, Gelderland, Oost-Brabant, Limburg en delen van Overijssel te kort schiet? Welk aantal patiënten betreft dit jaarlijks?
4. Wat zijn de concrete gevolgen voor het ziekenhuis, het personeel en de patiënten van het afbouwen van de activiteiten van de universitaire instellingen die geen vergunningen meer zullen krijgen?
5. Op welke wijze zullen respectievelijk de beroepsgroepen, de wetenschappelijke verenigingen, de vergunninghoudende centra en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hun rol invullen om prestatiegegevens en kwaliteitsbewakingsystemen verder te ontwikkelen? Wie

is hiervoor (eind)verantwoordelijk en welk tijdsplan wordt gevolgd? Hoe wordt deze ontwikkeling door het ministerie van VWS gemonitord en wanneer is er een evaluatiemoment?

6. Hoeveel niet-universitaire ziekenhuizen voeren de interventies nu uit en welke zijn dat? Wat is jaarlijks hun patiëntenaantal en oldoen zij aan de kwaliteitseisen?
7. In hoeverre kan gesteld worden dat het advies van de Commissie achterhaald is omdat door het overhevelen van de kinderhartinterventies van het UMC St. Radboud naar het UMC Utrecht een nieuw centrum is ontstaan? Wat zijn de vervolgstappen als deze samenwerking van ziekenhuizen aan kan tonen wel aan de kwaliteitscriteria te kunnen voldoen?
8. Ontstaan er door de plotselinge sluiting van een aantal kinderhartcentra geen wachtlijsten voor behandelingen? Wat zijn de gevolgen voor de kwaliteit van spoedeisende hulp waarbij kinderhartchirurgie nodig is, zeker in het midden, oosten en zuiden van Nederland? Hoe vindt de dossieroverdracht en kennisoverdracht plaats?
9. Waarom is de minimale eis van 50 catheterinterventies per jaar als minimumeis gesteld? Waarom is deze kwaliteitseis niet hoger?

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie delen de mening van de minister dat met name bij kinderen en hartchirurgie alleen de allerbeste kwaliteit van zorg volstaat en dat kinderhartchirurgie alleen in academische ziekenhuizen dient plaats te vinden. Met het oog op de recente ontwikkelingen bij de kinderhartchirurgie in het St. Radboud in Nijmegen snappen zij dat er wellicht niet in alle ziekenhuizen deze zorg verleend kan worden. Wel maken deze leden zich zorgen over de regionale spreiding, doordat in de plannen van de minister alleen Leiden, Rotterdam en Groningen een vergunning krijgen voor kinderhartchirurgie. Het zuiden en oosten van Nederland moet dan verder reizen. Genoemde leden vinden bereikbaarheid en toegankelijkheid ook een belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg. De vele reacties van dankbare ouders die goede ervaringen hebben met bijvoorbeeld het kinderhartcentrum in Utrecht tonen ook aan dat het feit dat de zorg dichtbij als zeer positief werd ervaren. Veel ouders worden er ook ongerust over, want wat als er ineens een noodsituatie ontstaat en je moet dan zo ver reizen voor het kinderhartcentrum.

1. De vraag is dan ook of er ook gedacht is aan een hogere mate van samenwerking tussen de academische ziekenhuizen, wellicht door uitwisseling van chirurgen. Is het samenwerkingsverband tussen Utrecht en Nijmegen meegenomen door de Commissie Kinderhartinterventies? Is de minister bereid hier opnieuw naar te laten kijken?
2. Wat zijn de overwegingen geweest om de vergunningen te verlenen aan de ziekenhuizen in Leiden, Rotterdam en Groningen? Is er ook gedacht om het zuiden en oosten van Nederland beter te bedienen door de vergunning aan een ziekenhuis daar te verlenen, bijvoorbeeld Nijmegen, Utrecht of Maastricht? Is het mogelijk alle kinderhartcentra in de academische ziekenhuizen open te houden door een intensieve kwaliteitsslag te maken?
3. Kunnen de drie kinderhartcentra een grotere toevloed van patiëntjes wel aan? Welke maatregelen worden in dit kader genomen? Hoe worden de vaak zeer complexe dossiers over gedragen tussen de kinderhartcentra en de ziekenhuizen in de buurt waar het kind woont?

## Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het advies van de Commissie kinderhartinterventies, maar hebben een aantal vragen met betrekking tot het kinderhartcentrum Utrecht-Nijmegen.

1. Heeft de minister kennisgenomen van de brief van de Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen van 17 juni jl.? In deze brief wordt de zorg uitgesproken dat sluiting van drie centra op korte termijn kan leiden tot achteruitgang in kwaliteit en hogere kindersterfte. Hoe beoordeelt de minister deze zorgen? Heeft de minister zich gerealiseerd dat een afbouwscenario met een langere doorlooptijd in de praktijk niet zal werken, omdat de sleutelfiguren, zoals de kinderchirurgen, een centrum dat met sluiting wordt bedreigd zeer snel zullen verlaten, terwijl de andere centra onmogelijk zo'n toestroom kunnen accommoderen?
2. In de brief van de Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen van 17 juni jl. wordt voorgesteld het UMC Utrecht als vierde centrum naast het LUMC, UMCG en Erasmus MC een tijdelijke vergunning te verlenen. In de brief van het UMC Utrecht en het UMC St. Radboud van 22 juni jl. wordt aangegeven dat alle ingrepen op locatie UMC Utrecht zullen plaatsvinden en wordt toegelicht dat het gezamenlijke kinderhartcentrum Utrecht-Nijmegen daarmee aan alle kwalitatieve en kwantitatieve criteria voldoet die door de Commissie kinderhartinterventies zijn gesteld. Heeft de minister hiervan kennis genomen en hoe beoordeelt u deze situatie?
3. In het rapport van de Commissie kinderhartinterventies wordt de kwaliteit van zorg, in termen van past performance op complexiteit en survival, niet meegenomen in de afweging. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat de meeste data niet geverifieerd zijn. Deelt de minister de mening dat een vergaand besluit als sluiting van centra gebaseerd zou moeten zijn op een beoordeling van de resultaten van die centra op basis van geverifieerde data en niet op basis van door de instellingen zelf aangeleverde informatie?
4. Wat is de reactie van de minister op de grote bezorgdheid van UMC Utrecht en UMC St. Radboud over zijn voornemen om het Kinderhartcentrum Utrecht-Nijmegen af te bouwen? Is het waar dat het recente besluit van Nijmegen om alle interventies bij patiënten met aangeboren hartafwijkingen over te dragen aan het UMC Utrecht niet is meegewogen in het advies van de Commissie kinderhartinterventies en dus ook niet in zijn besluit om het kinderhartcentrum Utrecht-Nijmegen af te bouwen? Kan de minister bevestigen dat de concentratie van alle kinderhartinterventies van het UMC St. Radboud te Nijmegen in Utrecht ertoe leidt dat Utrecht daarmee ruimschoots aan de vereiste patiëntenaantallen toekomt? Kan de minister bevestigen dat met deze concentratie in Utrecht een centrum ontstaat dat in kwaliteit en omvang tot de top van Nederland behoort en zelfs kan uitgroeien tot een Europees referentiecentrum? Waarom blijft de minister desondanks bij zijn voornemen om dat centrum af te bouwen? Hoe verhoudt het voornemen van de minister zich tot het verzorgingsgebied van het centrum Utrecht, dat zich uitstrekt tot 5 provincies en daarmee tot 50% van de doelgroep?
5. Is de minister bereid om gelet op de grote bezorgdheid in brede kring over de topklinisch-medische kapitaalvernietiging als gevolg van de afbouw van Utrecht zijn voornemen te heroverwegen? Wat is zijn reactie op de stelling dat met de afbouw van Utrecht een onverantwoorde en patiëntonveilige situatie ontstaat?

## II. REACTIE VAN DE MINISTER

Het uitbrengen van het advies van de Commissie kinderhartinterventies en mijn standpunt daarop heeft veel reacties en vragen opgeroepen. Met name uit de hoek van de patiëntenvereniging zijn deze reacties zeer begrijpelijk: het gaat om zorg waar voor patiënten en vooral ook voor ouders van jongere patiënten veel van afhangt. Ook vanuit de instellingen en zorgverleners was het te verwachten dat het veel reacties teweeg zou brengen: zij zien zich immers gesteld voor de taak om ondanks alle ophanden zijnde veranderingen minimaal blijvende kwaliteit van zorg te bieden.

Juist vanwege het feit dat het om complexe zorg gaat, met veel belangen die moeilijk tegen elkaar af te wegen zijn, heb ik besloten een Commissie in te stellen om mij te adviseren over de kwaliteit van zorg bij aangeboren hartafwijkingen (AHA) en aanbevelingen te doen over hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden. Het gaat daarbij overigens niet alleen om kinderen, maar om alle patiënten met AHA. De Commissie heeft geconstateerd dat eerder vastgestelde kwaliteitseisen tot op heden niet zijn nageleefd, ondanks de verplichting daartoe op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Evenmin hebben aanbevelingen van de Gezondheidsraad uit 2003 en 2007 geleid tot concentratie van overheidswege, terwijl deze concentratie niet of nauwelijks tot stand is gekomen door zelfregulering. De Commissie acht het dan ook noodzakelijk dat er van overheidswege het aanbod van zorg bij AHA geherstructureerd wordt. Dit is een terecht standpunt van de Commissie, aangezien ik immers de verantwoordelijkheid heb om in situaties waarin de kwaliteit van zorg niet via zelfregulering geoptimaliseerd wordt, maatregelen te treffen op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik hun mening deel dat door het behoud van het UMC Utrecht als kinderhartchirurgisch centrum, deze complexe zorg beter over het land wordt gespreid waardoor de bereikbaarheid toeneemt? Deze stelling is op zich juist, zij het dat ik hier gelijk de kanttekening bij plaats dat het niet alleen om kinderen gaat, maar om patiënten van alle leeftijden. Echter, met de Commissie ben ik van mening dat bij de aanbevolen herstructurering van het zorgaanbod kwaliteitsargumenten centraal dienen te staan. Gelet op de gestelde kwaliteitseisen, waaronder kwantiteitseisen, en de zorgvraag – nu en in de toekomst – stelt de Commissie duidelijk en goed beargumenteerd (hoofdstuk 9 van het advies) dat er in de Nederlandse situatie maar ruimte is voor drie centra. Wanneer er sprake zou zijn van vier centra, dan zouden deze centra maar nét de minimale aantallen verrichtingen halen, of zelfs daaronder komen te zitten.

In het advies wordt in eerste instantie de optie besproken van zelfs maar één landelijk centrum voor AHA, dat echter te kwetsbaar wordt bevonden. Als reële mogelijkheid wordt vervolgens een situatie van twee centra geschetst. Hoewel de Commissie voor deze variant de voorkeur voor lijkt te hebben, adviseert zij toch om te concentreren tot drie centra. Zij neemt hierbij expliciet de spreiding en bereikbaarheid van de zorg in overweging. Het is dan ook niet aan de orde om de bereikbaarheid nog verder te vergroten ten koste van de kwaliteit van zorg en de voor de kwaliteit noodzakelijke concentratie verder te verzwakken door vier centra voor AHA te benoemen.

Uit enkele vragen die door de verschillende fracties worden gesteld komt het beeld naar voren als zou ik met de concentratie beogen dat er drie centra mogen doorgaan met betreffende interventies en alle overige centra zonder meer en op zo kort mogelijke termijn opgedoekt moeten worden. Dit is echter niet mijn bedoeling. Aan alle huidige centra zullen namelijk vergunningen voor twee jaar worden afgegeven, waarmee een

evaluatiemoment na twee jaar wordt gecreëerd. De opdrachten en voorwaarden die aan de vergunningen worden verbonden verschillen onderling. De drie beoogde centra voor AHA krijgen de opdracht hun capaciteit en expertise uit te breiden om uiteindelijk tegemoet te kunnen komen aan de landelijke vraag. Ik verwacht dat zij werkplek zullen bieden aan specialisten en andere beroepsbeoefenaars uit de centra, die hun vergunning hebben gekregen met als opdracht hun werkzaamheden af te bouwen. Zorgvuldige overdracht van dossiers hoort daar ook bij. Daarmee kom ik tegemoet aan het verzoek van de Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen (PAH) om een tijdelijke vergunning te verlenen aan het UMCU. De situatie zal dus niet zo zijn, zoals de leden van de CDA-fractie als vooronderstelling bij een vraag weergeven, dat straks alleen in Leiden de meest complexe interventies kunnen worden verricht. Hierbij wordt overigens onterecht voorbij gegaan aan de capaciteit en expertise van het Erasmus MC.

Ik realiseer me dat dit alles makkelijker opgeschreven is dan dat er uitvoering aan kan worden gegeven, en dat dit veel samenwerking zal vergen van alle betrokken instellingen. Desalniettemin is dit de enige weg waarop de herstructurering vorm kan krijgen. Op advies van de commissie zal een begeleidingscommissie gedurende de overgangperiode het proces bewaken en mij hierover rapporteren.

De PAH wordt betrokken bij die begeleidingscommissie en de IGZ zal optreden als waarnemer.

Een grote gemene deler in de standpunten van diverse door de Commissie gehoorde partijen is dat men het patiëntenbelang voorop stelt: zowel de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) als de PAH hebben aangegeven ten principale concentratie te ondersteunen wanneer wordt aangetoond dat dit de kwaliteit ten goede komt. De PAH heeft tijdens een hoorzitting expliciet aangegeven dat kwaliteit belangrijker is dan reisafstand. Hoewel Raden van Bestuur van de huidige centra daarnaast nog het belang behartigen van hun eigen instelling, wat begrijpelijkerwijs op gespannen voet kan staan met concentratie van zorg, vertrouw ik erop dat het patiëntenbelang zal prevaleren en de vereiste samenwerking tot stand komt.

Dit wordt mogelijk gemaakt doordat er bij de keuze van de drie centra voor AHA niet alleen is gekeken naar kwaliteit van de interventies zoals die naar voren komt in de uitkomstindicatoren, maar ook naar andere aspecten die inherent zijn aan de goede zorgverlening die terplekke werd vastgesteld. De Commissie noemt in dit verband (blz. 33 van het advies) onder andere de huidige omvang van de activiteiten, de verdeling aantallen kinderen-volwassenen, het functioneren van het centrum en de onderlinge samenwerking tussen betrokken specialismen en bijzondere voorzieningen. De Commissie is van mening dat naast het Erasmus MC en het LUMC, het UMCG het derde centrum zou moeten zijn dat een vergunning krijgt. Ik volg de Commissie in haar argumentatie, maar ik ben wel wat voorzichtiger als het gaat om de uitkomstindicatoren, de sterftecijfers. Zoals ik in mijn standpunt heb aangegeven zijn deze nog niet zodanig nauwkeurig vergelijkbaar dat deze scherpe analyses rechtvaardigen over de verschillen tussen instellingen in kwaliteit van zorg. Alleen bij grote verschillen in mortaliteit kan dit wel een indicatie zijn voor kwaliteitsverschillen. In de keuze tussen het UMC St. Radboud, het UMCG en het UMCU zijn dan ook de andere genoemde factoren van doorslaggevend belang geweest. Het door de leden van de CDA-fractie gestelde dat het UMCU als enige de data uit 2007 zou hebben laten verifiëren speelt dan ook niet mee in deze afweging. Bovendien is deze stelling onjuist. De Commissie heeft van alle centra de data gevraagd zoals die uit de EACTS-database kunnen worden opgevraagd door individuele centra. Allereerst stelt de EACTS-database de voorwaarde aan de in te voeren gegevens dat

deze accuraat en waarheidsgetrouw zijn. Vervolgens worden de ingevoerde gegevens gevalideerd. Daarna is het mogelijk voor centra om een uitdraai te maken van de aldus gegenereerde data. Jaarlijks controleert de EACTS bij de centra op locatie steekproefsgewijs of er correcte registratie heeft plaatsgevonden, zij het dat het niet mogelijk is om alle centra in een jaar hiervoor te visiteren. Deze procedure geldt voor alle instellingen, dus het is mij niet duidelijk waar het UMCU de stelling op baseert dat alleen zij hun data hebben laten verifiëren door de EACTS. Deze stelling wekt de suggestie als zouden de door de Commissie gebruikte EACTS-data van andere centra incorrect zijn, wat apert onjuist is.

Ook vragen de leden van de CDA-fractie mij of ik het oordeel deel dat door het overbrengen van de ingrepen vanuit Nijmegen naar Utrecht het centrum in Utrecht ruim voldoet aan de vereiste aantallen interventies. Dat is niet het geval. De Commissie stelt immers ook als eis dat ten behoeve van het gewenste continuüm van zorg van neonaat tot aan volwassene, ieder centrum minimaal 50 volwassenen per jaar behandelt. In 2008 heeft bijvoorbeeld het UMCG met een aantal van 76 bijna 2,5 keer zoveel volwassenen geopereerd als het UMCU (8) en UMC St. Radboud (23) samen.

Overigens werd de samenwerking tussen UMC St. Radboud en het UMCU nog vóór het uitbrengen van het advies door de Commissie bekendgemaakt. Het advies zelf heeft er volgens beide centra wel toe geleid om niet alleen de neonatale, maar de behandeling van alle patiënten met AHA over te dragen aan het UMCU. In antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie is het advies daarmee niet achterhaald, want zoals gesteld zijn er meer factoren geweest dan louter de kwantitatieve die tot een keuze in de centra hebben geleid. Er is voor mij dan ook geen reden om het UMCU alsnog aan te wijzen als beoogd centrum voor AHA. In het nog op te stellen Planningsbesluit interventies bij aangeboren hartafwijkingen en de daarop gebaseerde vergunningen zal ik nader ingaan op de criteria en argumenten die per centrum specifiek bepalend zijn voor vergunningverlening.

De leden van de PvdA-fractie vragen mij in hoeverre de beslissing tot concentratie in de drie instellingen doorgesproken en overlegd zijn met de verschillende universitaire instellingen en patiëntenverenigingen. De Commissie heeft, conform opdracht, met alle betrokken partijen overlegd. Hierbij is gevraagd naar hun mening over concentratie van zorg. Ik heb hierboven verkort weergegeven wat partijen hierbij hebben ingebracht. Voor nadere toelichting verwijs ik u naar hoofdstuk 3 van het advies. Op de vraag van de PvdA-fractie op welke wijze ervoor gezorgd zal worden dat de vergunninghoudende centra daadwerkelijk investeren in het opzetten van een netwerk en gestructureerde samenwerking, kan ik antwoorden dat dit onder de voorwaarden valt waaronder deze centra een vergunning zullen krijgen. Ook alle andere kwaliteitscriteria die in hoofdstuk 8 van het advies worden genoemd vallen hieronder, dus ook de samenwerking van verschillende disciplines. Als centra deze voorwaarden niet nakomen, waarvoor zij zelf verantwoordelijk zijn, zal de vergunning worden ingetrokken.

De PvdA-fractie vraagt mij in hoeverre concentratie van de zorg in Leiden, Rotterdam en Groningen betekent dat de toegankelijkheid en bereikbaarheid voor patiënten in Utrecht, Gelderland, Oost-Brabant, Limburg en delen van Overijssel te kort schiet. Wanneer er sprake is van een duidelijke noodzaak tot concentratie vanuit kwaliteitsoverwegingen kan niet gesteld worden dat na concentratie sprake is van tekortschietende zorg. Natuurlijk betekent het wel dat patiënten die op dit moment aangewezen zijn op UMCU en UMC St. Radboud verder zullen moeten reizen. Toch meen ik, alles zorgvuldig overwegende, dat het patiëntenbelang meer gebaat is bij betere kwaliteit van zorg dan bij zorg dichterbij huis. Zoals ik heb aange-

geven in mijn standpunt, zullen de centra wel de nazorg zo dicht mogelijk bij huis moeten organiseren.

Daarnaast zullen de centra voor AHA worden verplicht om door middel van gestructureerde samenwerkingsverbanden met de afbouwende centra de eventuele negatieve effecten die gepaard gaan met het afbouwen voor kindergeneeskunde (neonatologie, intensive care) en voor opleidingen te elimineren. Ook verwacht ik dat zij met het opbouwen van hun capaciteit en expertise deskundig personeel uit deze centra zullen overnemen. Daarmee zullen de concrete gevolgen voor het ziekenhuis, het personeel en de patiënten van het afbouwen van de activiteiten zo veel mogelijk vermeden worden, waarnaar de PvdA-fractie mij vraagt. De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze respectievelijk de beroepsgroepen, de wetenschappelijke verenigingen, de vergunninghoudende centra en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hun rol zullen invullen om prestatiegegevens en kwaliteitsbewakingssystemen verder te ontwikkelen. Dit zal tot stand komen in samenwerking tussen de genoemde partijen. Aangezien de IGZ bij de totstandkoming van prestatie-indicatoren bij andere zorgvormen een bevorderende rol heeft gehad, zal ik de IGZ vragen dit ook op dit terrein te doen. Het voeren van een kwaliteitsbewakingssysteem zal onderdeel uitmaken van de voorwaarden waaronder de vergunning wordt verleend. De vergunninghoudende centra zijn daarmee hiervoor eindverantwoordelijk. Als niet binnen een redelijke termijn aan deze voorwaarden wordt voldaan, wat de IGZ samen met VWS monitort, wordt de vergunning ingetrokken. In samenspraak met de IGZ zal worden beoordeeld wat een redelijke termijn is.

In antwoord op de vraag vanuit de PvdA-fractie hoeveel niet-universitaire ziekenhuizen voeren de interventies nu uit, welke dat zijn en wat jaarlijks hun patiëntenaantal is, verwijs ik naar bijlage 2 van het advies. Omdat deze verrichtingen bij AHA-patiënten niet de kern van de activiteiten is van deze ziekenhuizen, en daarmee de door de Commissie geformuleerde kwaliteitseisen te hoog gegrepen is, wordt hun vergunning voor bijzondere hartinterventies in die zin aangepast dat zij deze interventies onmiddellijk dienen te staken en hun patiënten door te verwijzen naar de drie centra voor AHA. Aangezien het om relatief kleine aantallen gaat, zal de capaciteit van de beoogde centra voor AHA toereikend zijn om deze patiëntenaantallen direct te kunnen overnemen en is geleidelijke afbouw niet noodzakelijk.

Ik ga op onderstaande vragen vanuit de fracties puntsgewijs in.

### **PvdA-fractie**

#### *Vraag*

Ontstaan er door de plotselinge sluiting van een aantal kinderhartcentra geen wachtlijsten voor behandelingen? Wat zijn de gevolgen voor de kwaliteit van spoedeisende hulp waarbij kinderhartchirurgie nodig is, zeker in het midden, oosten en zuiden van Nederland? Hoe vindt de dossieroverdracht en kennisoverdracht plaats?

#### *Antwoord*

Zoals boven toegelicht, is er geen sprake van plotselinge sluiting van de huidige centra, en ik herhaal dat het niet alleen om kinderen gaat. Wanneer bij kinderen met spoed hartchirurgische hulp nodig is, en dit te maken heeft met AHA, dan zullen hiervoor afspraken moeten worden gemaakt tussen de beoogde centra voor AHA en andere ziekenhuizen. Datzelfde geldt voor dossier- en kennisoverdracht.

#### *Vraag*

Waarom is de minimale eis van 50 catheterinterventies per jaar als minimumeis gesteld? Waarom is deze kwaliteitseis niet hoger?



#### *Antwoord*

Deze eis is overgenomen uit het advies van de Gezondheidsraad uit 2007 en is al eerder door de EACTS geformuleerd. Het gaat om een minimum-aantal per interventiecardioloog, en is als voldoende beoordeeld om de expertise op peil te houden. Uitgaande van de vereiste drie interventiecardiologen per centrum gaat het om minimaal 150 catheterinterventies per centrum. In de praktijk, na concentratie van de zorg in drie centra, zullen vanzelfsprekend de aantallen veel hoger uitpakken.

#### **SP-fractie**

##### *Vraag*

De vraag is dan ook of er ook gedacht is aan een hogere mate van samenwerking tussen de academische ziekenhuizen, wellicht door uitwisseling van chirurgen. Is het samenwerkingsverband tussen Utrecht en Nijmegen meegenomen door de Commissie Kinderhartinterventies? Is de minister bereid hier opnieuw naar te laten kijken?

##### *Antwoord*

Hierop ben ik in het bovenstaande al ingegaan.

##### *Vraag*

Wat zijn de overwegingen geweest om de vergunningen te verlenen aan de ziekenhuizen in Leiden, Rotterdam en Groningen? Is er ook gedacht om het zuiden en oosten van Nederland beter te bedienen door de vergunning aan een ziekenhuis daar te verlenen, bijvoorbeeld Nijmegen, Utrecht of Maastricht?

##### *Antwoord*

Zie boven.

##### *Vraag*

Is het mogelijk alle kinderhartcentra in de academische ziekenhuizen open te houden door een intensieve kwaliteitsslag te maken?

##### *Antwoord*

Nee, dat is niet mogelijk. De noodzaak tot concentratie is mijns inziens door de Commissie afdoend aangetoond.

##### *Vraag*

Kunnen de drie kinderhartcentra een grotere toevloed van patiëntjes wel aan? Welke maatregelen worden in dit kader genomen? Hoe worden de vaak zeer complexe dossiers over gedragen tussen de kinderhartcentra en de ziekenhuizen in de buurt waar het kind woont?

##### *Antwoord*

De beoogde centra voor AHA kunnen niet direct de grotere toevloed aan, waarbij het om patiënten van alle leeftijden gaat. Daarom is gekozen voor een overgangsfase van twee jaar. Hierin zullen de andere aspecten zoals overdracht van dossiers zorgvuldige aandacht krijgen.

#### **VVD-fractie**

##### *Vraag*

Heeft de minister kennisgenomen van de brief van de Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen van 17 juni jl.? In deze brief wordt de zorg uitgesproken dat sluiting van drie centra op korte termijn kan leiden tot achteruitgang in kwaliteit en hogere kindersterfte. Hoe beoordeelt de minister deze zorgen?

*Antwoord*

Ja, zie boven. De zorgen kan ik mij voorstellen, maar de maatregelen zijn nu een maal nodig om de kwaliteit op langere termijn te waarborgen.

*Vraag*

Heeft de minister zich gerealiseerd dat een afbouwscenario met een langere doorlooptijd in de praktijk niet zal werken, omdat de sleutelfiguren, zoals de kindercardiochirurgen, een centrum dat met sluiting wordt bedreigd zeer snel zullen verlaten, terwijl de andere centra onmogelijk zo'n toestroom kunnen accommoderen?

*Antwoord*

Vanwege de noodzakelijke uitbouw van capaciteit zullen in de praktijk de beoogde centra voor AHA graag plek bieden aan specialisten die bij de andere centra weggaan vanwege de afbouw van activiteiten. Dat hiervoor nauw overleg gewenst is tussen alle betrokken centra, is van evident belang. Zoals ik boven heb aangegeven, vertrouw ik erop dat partijen daarbij het patiëntenbelang laten prevaleren. VWS en de IGZ zullen dit monitoren, waarbij de PAH zal worden uitgenodigd hier actief aan deel te nemen.

*Vraag*

In de brief van de Patiëntenvereniging Aangeboren Hartafwijkingen van 17 juni jl. wordt voorgesteld het UMC Utrecht als vierde centrum naast het LUMC, UMCG en Erasmus MC een tijdelijke vergunning te verlenen. In de brief van het UMC Utrecht en het UMC St. Radboud van 22 juni jl. wordt aangegeven dat alle ingrepen op locatie UMC Utrecht zullen plaatsvinden en wordt toegelicht dat het gezamenlijke kindercardiacentrum Utrecht-Nijmegen daarmee aan alle kwalitatieve en kwantitatieve criteria voldoet die door de Commissie kindercardiacinterventies zijn gesteld. Heeft de minister hiervan kennis genomen en hoe beoordeelt u deze situatie?

*Antwoord*

Ik ben hierop in het bovenstaande al ingegaan.

*Vraag*

In het rapport van de Commissie kindercardiacinterventies wordt de kwaliteit van zorg, in termen van past performance op complexiteit en survival, niet meegenomen in de afweging. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat de meeste data niet geverifieerd zijn. Deelt de minister de mening dat een vergaand besluit als sluiting van centra gebaseerd zou moeten zijn op een beoordeling van de resultaten van die centra op basis van geverifieerde data en niet op basis van door de instellingen zelf aangeleverde informatie?

*Antwoord*

Nee, zoals ik boven heb toegelicht zijn er voldoende andere aspecten en criteria die van doorslaggevend belang zijn en een verantwoorde keuze mogelijk maken welke instelling zal worden aangewezen als centrum voor AHA. Bovendien heb ik eveneens hierboven aangegeven dat juist de EACTS-data zijn gehanteerd, die gevalideerd en geverifieerd worden, en niet de data die instellingen zelf hebben aangeleverd aan de Commissie.

*Vraag*

Wat is de reactie van de minister op de grote bezorgdheid van UMC Utrecht en UMC St. Radboud over zijn voornemen om het Kindercardiacentrum Utrecht-Nijmegen af te bouwen? Is het waar dat het recente besluit van Nijmegen om alle interventies bij patiënten met aangeboren hartafwijkingen over te dragen aan het UMC Utrecht niet is meegewogen in het advies van de Commissie kindercardiacinterventies en dus ook niet in

zijn besluit om het kinderhartcentrum Utrecht-Nijmegen af te bouwen?  
Kan de minister bevestigen dat de concentratie van alle kinderhart-  
interventies van het UMC St. Radboud te Nijmegen in Utrecht ertoe leidt  
dat Utrecht daarmee ruimschoots aan de vereiste patiëntenaantallen  
toekomt? Kan de minister bevestigen dat met deze concentratie in Utrecht  
een centrum ontstaat dat in kwaliteit en omvang tot de top van Nederland  
behoort en zelfs kan uitgroeien tot een Europees referentiecentrum?  
Waarom blijft de minister desondanks bij zijn voornemen om dat centrum  
af te bouwen? Hoe verhoudt het voornemen van de minister zich tot het  
verzorgingsgebied van het centrum Utrecht, dat zich uitstrekt tot 5 provin-  
cies en daarmee tot 50% van de doelgroep?

*Antwoord*

Al deze vragen heb ik in het bovenstaande beantwoord.

*Vraag*

Is de minister bereid om gelet op de grote bezorgdheid in brede kring  
over de topklinisch-medische kapitaalvernietiging als gevolg van de  
afbouw van Utrecht zijn voornemen te heroverwegen? Wat is zijn reactie  
op de stelling dat met de afbouw van Utrecht een onverantwoorde en  
patiëntonveilige situatie ontstaat?

*Antwoord*

Ik ben het niet eens met de stelling dat er sprake is van een topklinisch-  
medische kapitaalvernietiging, maar een overheveling van capaciteit en  
expertise naar de drie centra voor AHA. Ik vind primair dat er op dit  
moment sprake is van een situatie die voor patiënten niet voldoende  
verantwoord is nu er vrijwel geen enkel centrum aan de door de  
Commissie geformuleerde minimale eisen voor verantwoorde zorg  
voldoet. Overtuigd van de ernst van deze situatie, zie ik mij genoodzaakt  
tot concentratie over te gaan om juist onverantwoorde en patiëntonveilige  
situaties te voorkomen.