

Voorzitter,

Dank voor de gelegenheid om ons bezwaar tegen de procedure en de keuze van de minister rondom de concentratie van kinderhartinterventies toe te lichten. Ons bezwaar richt zich vooral op de volgende drie punten.

1. De willekeur bij de keuze voor criteria en de onjuiste interpretatie van deze criteria
2. Het ontbreken van een impactanalyse
3. Het negeren van DC3 als breed-gedragen alternatief

Voorzitter, voordat ik verder ga moet mij nog wel iets van het hart.

De relaties binnen de beroepsgroepen en de verhoudingen tussen de umc's zijn ernstig verstoord door het besluit van de minister en de manier waarop dit tot stand is gekomen. Zo moeten we niet verder gaan. Daarom uit ik niet alleen bezwaren; ik kom aan het eind van mijn verhaal ook met een voorstel voor een oplossingsrichting.

Dan mijn **eerste punt**. Willekeur bij de selectie van criteria.

De minister veegt als eerste CAHAL van tafel. De minister heeft geen notie genomen van onze reactie op de namens hem gegeven ambtelijke toelichting. De informatie die de minister aan de kamer verstrekt is daardoor incorrect en incompleet.

De minister hanteert 5 criteria en oordeelt onterecht negatief over CAHAL.

Over criterium 1 'levensloop' zegt de commissie Bartelds het volgende: een centrum verricht bij voorkeur de ingrepen voor kinderen **en/of** volwassenen op één locatie. Dus 'en/of' en niet 'en', zoals VWS dit criterium heeft overgenomen. CAHAL voldoet hieraan i.t.t. de beoordeling van VWS.

Bij criterium 2 'volume en kwaliteit' kijkt VWS voor de aantallen naar één jaar, het eerste corona-jaar 2020, maar voor kwaliteit naar de laatste 5 jaar. CAHAL voldoet aan alle normen wat betreft aantallen, uitgaande van de laatste 5 jaar. Dat leidt ten onrechte tot een negatieve score voor CAHAL.

Bij criterium 3 geeft VWS aan, dat CAHAL geen volwaardig kinderziekenhuis is. Ook dat klopt niet. Wij hebben kinderchirurgie in samenwerking met AmsterdamUMC en wij hebben ECMO voor postoperatieve opvang van ernstig zieke kinderen, een faciliteit die elders ontbreekt.

Ook criterium 4 wordt niet correct weergegeven door VWS. Wij hebben 3 chirurgen en 1 fellow en onze groep kinderinterventie-cardiologen is juist heel sterk. VWS heeft daar inmiddels de dubbele min omgezet in een plus.

Op het vijfde criterium 'uitbreidingspotentieel' scoren wij goed.

Voorzitter, het is hoog tijd voor het gebruik van een complete set van objectieve criteria en voor een internationale commissie die deze criteria weegt. De minister laat zien dit niet zelf op een correcte wijze te kunnen.

Want waarom zijn andere, in onze optiek ook relevante criteria niet meegewogen? Zoals de ERN-erkenning, die Europa alleen aan Rotterdam en CAHAL heeft verstrekt. Of de wetenschappelijke output en bijdrage aan internationale richtlijnen. Of de uitkomsten van eerdere onderzoeken, zoals die van de Commissie Lie, die in 2009 nog adviseerde om de kinderhartzorg in ieder geval te concentreren in de twee grootste centra, CAHAL en Rotterdam. CAHAL komt op al deze aspecten consequent als een groot en goed centrum naar voren. Waarom kiest de minister niet voor de twee grootste en beste centra?

Voorzitter, dan ik kom bij mijn **tweede punt**. Het ontbreken van een impact-analyse.

Ik noem de belangrijkste risico's van het besluit van de minister.

Na sluiting van het kinderhartcentrum zakt in het LUMC het aantal kinder-IC-bedden door een kritische ondergrens. Sluiting van de kinder-IC dreigt. Voor het LUMC is dat een doemscenario. Met de sluiting van de kinder-IC gaan ook opleidingsplaatsen in de regio verloren. Dat, terwijl er nu al een groot tekort is aan kinder-IC-verpleegkundigen.

Met de sluiting van CAHAL gaat de enige plek verloren waar kinderen met een hartafwijking reeds in de baarmoeder worden geopereerd. Het team van experts, dat hier nu voor klaar staat, is gebonden aan Leiden. Dat maakt, dat deze ingrepen straks niet meer in Nederland uitgevoerd kunnen worden.

Voorzitter, als CAHAL moet stoppen, verliest Nederland ongeveer de helft van de kennis en de helft van het innovatief vermogen rondom zorg voor patiënten met een aangeboren hartafwijking. Zo stagneert de ontwikkeling van nieuwe behandelingen voor de meest voorkomende aangeboren afwijkingen.

Voorzitter, ook de commissie Bartels staat uitgebreid stil bij de nadelen van concentratie naar 2 centra. Nergens staat de minister stil bij de mogelijke schadelijke gevolgen van deze manier van concentreren.

Mijn **derde punt** is om nog een keer aandacht te vragen voor het breed-gedragen alternatief. Het LUMC staat als betrouwbare partner nog altijd achter het DC3 model. Bij het DC3 model wordt slechts 17 in plaats van 50 procent van de zorg verplaatst en het is een plan, dat is vormgegeven door 5 van de 6 betrokken umc's.

Concentratie naar 2 centra gaat verder dan waar ook in Europa. Wij hebben berekend dat hier geen wezenlijke winst mee behaald wordt. Waarom geeft de minister geen ruimte aan de NZa of wie dan ook om allereerst de voor- en nadelen van concentratie naar 2 i.p.v. 3 centra te onderzoeken. Dat riekt naar vooringenomenheid.

Voorzitter, ik wil graag afronden met een oproep.

Laat een internationale commissie een rangorde maken van de Nederlandse kinderhartcentra. Laten we vervolgens een transparant proces doorlopen of we toe gaan naar 3 of 2 centra in Nederland.

Als de keuze valt op 2 centra, dan kan dit niet zonder dat de minister een masterplan opstelt voor de gehele kindergeneeskunde. Waarbij ook andere onderdelen van de kindergeneeskunde voor concentratie in aanmerking komen, zoals kinderchirurgie, kinderimmuunziekten, aangeboren stofwisselingsstoornissen en kinderorthopedie. En waarbij naast zorg ook onderwijs en onderzoek wordt meegenomen

Voorzitter, als kwaliteit het doel is van concentratie en samenwerking, laat kwaliteit dan ook leidend zijn bij alle besluiten die we daartoe moeten nemen.