

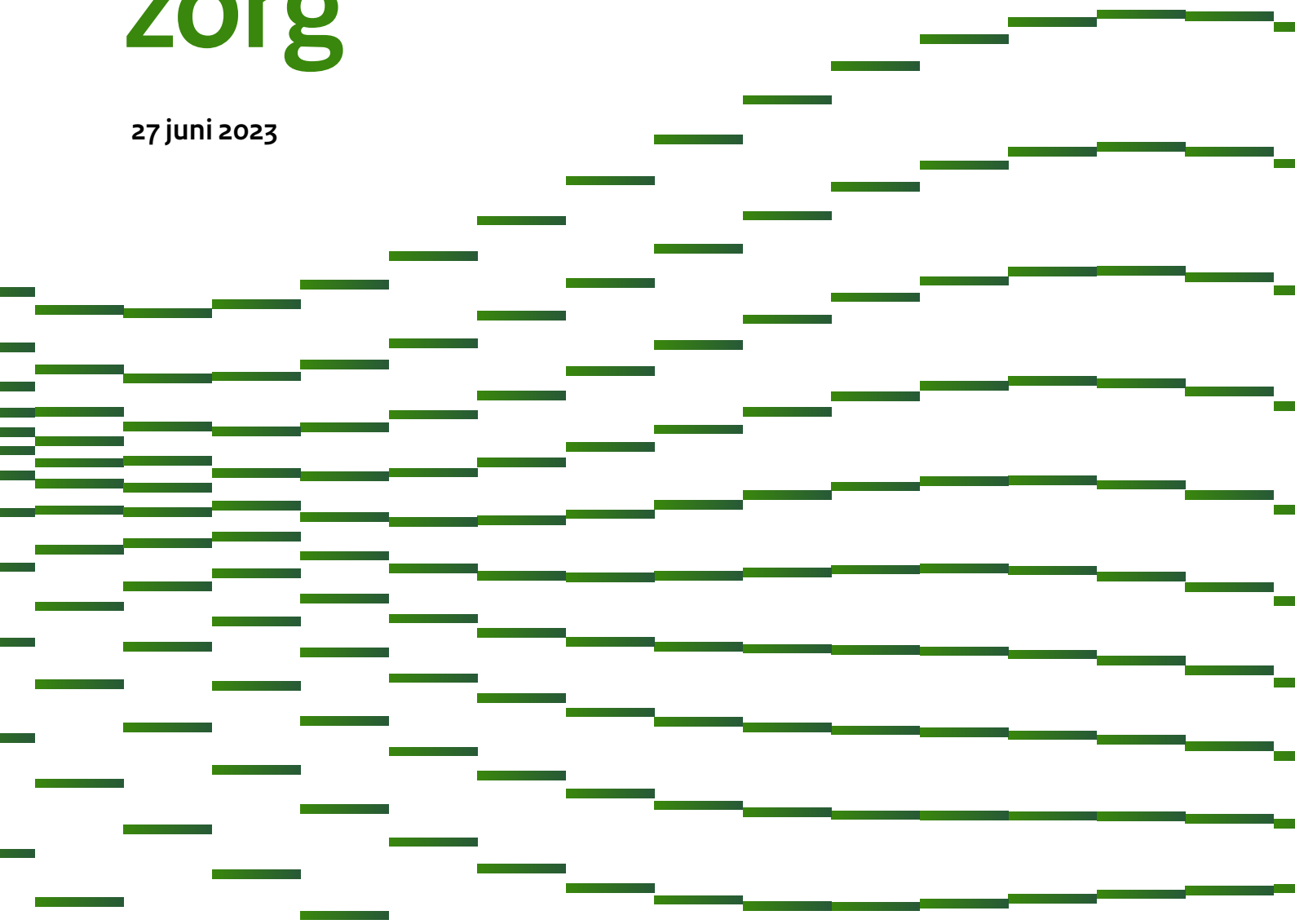


Zorginstituut Nederland

Plan van aanpak

# Netwerkvorming, concentratie en spreiding vaatchirurgische zorg

27 juni 2023





# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Route naar toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap</b>	<b>7</b>
1.1	In vier stappen naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap	7
<b>2</b>	<b>Leidende principes</b>	<b>9</b>
2.1	Passende zorg	9
2.2	Netwerkvorming	9
2.2.1	Uitgangspunten voor vorming vaatchirurgische netwerken	9
2.2.2	Uitgangspunten voor minimale eisen vaatchirurgische netwerken	10
2.3	Concentratie en spreiding	10
2.4	Kwaliteit van de zorg transparant	11
<b>3</b>	<b>Inrichting Ronde Tafel en governance</b>	<b>12</b>
3.1	Besluitvorming aan de Ronde Tafel	13
3.2	Rollen en verantwoordelijkheden deelnemers werktafels	13
3.3	Werktafel inrichting vaatchirurgische netwerken Nederland	13
3.3.1	Toelichting acties werktafel vaatchirurgische netwerken Nederland	15
3.4	Werktafel transformatieplannen en implementatie	17
3.4.1	Toelichting acties werktafel transformatieplannen en impactanalyses	18
<b>4</b>	<b>Gelijklopende trajecten</b>	<b>20</b>
4.1	Passende bekostiging	20
4.2	Elektronische gegevensuitwisseling	20
4.3	Regionale samenwerking	21
4.4	Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten	21
<b>5</b>	<b>Vervolgstappen</b>	<b>22</b>
	<b>Bijlage 1: Gesprekspartners</b>	<b>23</b>
	<b>Bijlage 2: Afkortingen</b>	<b>25</b>
	<b>Colofon</b>	<b>26</b>



# Samenvatting

Partijen in de zorg hebben in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken om via regionale samenwerking te komen tot een toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding. Concentratie van complexe zorg heeft als doel de kwaliteit van de zorg te verhogen en de toegang voor patiënten tot de zorg te garanderen door optimale inzet van schaars personeel en dure infrastructuur. Door zorg die vaak voorkomt te spreiden, blijft deze voor iedereen dichtbij. Dit plan van aanpak beschrijft de route naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap, waarbij concentratie zal plaatsvinden van chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden.

## **In vier stappen naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap**

Er zijn vier stappen nodig om tot een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap te komen. Stap één is het vormen van geografische netwerken die aan minimale, landelijk vastgestelde eisen voldoen. Bij het vormen van netwerken is onderling vertrouwen een belangrijke voorwaarde. Stap twee is het opstellen van een *Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken*, waarin de minimale eisen voor kwaliteit en organisatie van zorg in vaatchirurgische netwerken staan. De *Kwaliteitsstandaard* bevat ook afspraken over volumennormen voor de chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden die aansluiten bij de hierover gemaakte afspraken in het IZA. Stap drie is het opstellen van transformatieplannen, inclusief impactanalyses. Stap vier is de implementatie van vaatchirurgische netwerken, waarbij de *Kwaliteitsstandaard* wordt toegepast binnen de vastgestelde netwerken.

## **Inrichting Ronde Tafel en governance**

In dit plan van aanpak is een governancestructuur vastgelegd, waarin de besluitvorming plaatsvindt in één Ronde Tafel. De verschillende opdrachten van de Ronde Tafel worden uitgewerkt in aparte werktafels. De tijdslijn van de verschillende opdrachten sluiten aan bij de afspraken hierover in het IZA.



# Inleiding

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is door partijen in de zorg<sup>1</sup> afgesproken om het zorglandschap toekomstbestendig te maken door middel van regionale samenwerking, concentratie en spreiding. Het IZA stelt dat de ontwikkelingen in diagnostiek en behandelingen zo snel gaan dat het van belang is om de kennis en expertise van zorg verder vorm te geven, meer te specialiseren, differentiëren en concentreren, evenals de samenwerking in netwerken te bevorderen. Het doel is om door verdere concentratie van zorg de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te verhogen, de toegankelijkheid van zorg te waarborgen door schaars personeel en dure infrastructuur optimaal in te zetten.

Voor patiënten kan het betekenen dat ze voor een complexe ingreep soms niet meer in het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kunnen. Voor- en nazorg worden wel dichtbij geleverd. Zorg die vaak voorkomt en laagcomplex is zal voldoende gespreid zijn, zodat deze waar mogelijk dicht bij de patiënt wordt aangeboden.

## **Toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap**

In IZA onderdeel D hebben de IZA-partijen afgesproken om bij de opgave om het zorglandschap toekomstbestendig te maken in eerste instantie in te zetten op complexe vaatchirurgische zorg.<sup>2</sup> Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft aan Zorginstituut Nederland gevraagd om hiervoor een Ronde Tafel in te richten. Dit plan van aanpak beschrijft de wijze waarop de Ronde Tafel wordt ingericht, de werkwijze en de besluitvorming om tot netwerkvorming, concentratie en spreiding te komen. Het is opgesteld door een onafhankelijke kwartiermaker in samenspraak met partijen. Hoofdstuk 1 beschrijft de route naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap en hoofdstuk 2 gaat in op de leidende principes hierbij. Hoofdstuk 3 gaat in op de nadere inrichting van de Ronde Tafel, de onderliggende werktafels en de governance. Hoofdstuk 4 benoemt de gelijklopende trajecten. Hoofdstuk 5 geeft tot slot een beeld van de vervolgstappen.

---

<sup>1</sup> ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

<sup>2</sup> Een vergelijkbare opdracht wordt uitgewerkt voor oncologische zorg.

# 1 Route naar toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap

Passende vaatchirurgische zorg vraagt om bundeling van kennis en kunde, wat moet leiden tot betere gezondheidsuitkomsten voor patiënten en optimale inzet van zorgprofessionals, dure faciliteiten en financiële middelen. Het verstevigen van netwerkvorming is de eerste stap op weg naar het toekomstbestendig maken van het vaatchirurgische zorglandschap. Daarbij maken instellingen samenwerkingsafspraken binnen regionale netwerken, waardoor concentratie en spreiding kunnen plaatsvinden. Dit moet ertoe leiden dat er voor complexe zorginterventies minimaal vijftig interventies per locatie per jaar worden uitgevoerd.

Netwerkvorming binnen de vaatchirurgie is niet nieuw. Naar aanleiding van het *Document vaatchirurgische netwerken*<sup>3</sup> dat in 2021 is opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV), is het vaatchirurgische veld in beweging gekomen om netwerken te vormen. De IZA-afspraken zullen die beweging in een stroomversnelling brengen.

In dit plan van aanpak wordt het vaatchirurgische zorglandschap heringericht vanuit een integrale benadering. De focus ligt op de complexe arteriële vaatchirurgie te beginnen bij de chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden. Perifeer arterieel occlusief vaatlijden (PAOD) blijft buiten beschouwing wanneer het gaat om afspraken over concentratie, maar kan een rol spelen in de spreiding van vaatchirurgische zorg. Daarnaast wordt PAOD meegenomen in de impactanalyses.

## 1.1 In vier stappen naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap

Hieronder lichten we de vier stappen toe die nodig zijn om tot een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap te komen door netwerkvorming, concentratie en spreiding.

### *Stap 1: geografische netwerkvorming*

Voor passende levering van zorg moet de zorg ook passend georganiseerd worden. Samenwerking en specialisatie via netwerk- en expertzorg kunnen de kwaliteit en uitkomsten van zorg aantoonbaar verbeteren en een positieve invloed hebben op de kosten en inzet van schaars personeel en middelen. Daarom is de eerste stap naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap het vormen van vaatchirurgische netwerken. Uitgangspunt is landelijke dekking van vaatchirurgische zorg door netwerken. Partijen zijn het erover eens dat het *Document vaatchirurgische netwerken*<sup>3</sup> van de NVvV een goede start is voor afspraken over de te vormen netwerken. In paragraaf 2.2.1 gaan we nader in op de uitgangspunten daarvoor.

### *Stap 2: opstellen Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken*

De tweede stap is het opstellen van een *Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken* (voorlopige werktitel), hierna kwaliteitsstandaard. Hierin staan de minimale eisen voor kwaliteit en organisatie van zorg waaraan een vaatchirurgisch netwerk moet voldoen. Paragraaf 2.2.2 gaat nader in op die minimale eisen.

Daarnaast bevat de kwaliteitsstandaard in ieder geval afspraken over volumennormen voor de chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden. Bij het opstellen hiervan is het IZA leidend. Dit betekent dat er in de kwaliteitsstandaard voor deze interventies richtinggevende volumennormen van vijftig tot honderd interventies worden opgenomen. Hiervan kan, volgens het IZA, alleen worden afgeweken als:

1. de bestaande volumennormen voor specifieke interventies al hoger liggen dan honderd of als verdere verhoging van de volumennormen wenselijk is om de kwaliteit te verhogen en het zorgproces te optimaliseren;

<sup>3</sup> [Document Vaatchirurgische Netwerken Nederland](#). Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie, 2021.

2. het rondetafeloverleg op wetenschappelijke wijze aantoont dat het aanhouden van een richtinggevende volumenorm van vijftig tot honderd ten koste gaat van de kwaliteit van zorg;
3. als de totale patiëntenaantallen op jaarbasis zo klein zijn dat een richtinggevende volumenorm van vijftig tot honderd nooit gehaald wordt, ongeacht het aantal instellingen dat die zorg biedt.

*Stap 3: opstellen transformatieplannen inclusief impactanalyses*

De derde stap is het opstellen van transformatieplannen, voor de implementatie van de verschillende netwerken en concentratie en spreiding van vaatchirurgische zorg. Deze transformatieplannen bevatten impactanalyses. De impactanalyses inventariseren de gevolgen van netwerkvorming en de kwaliteitsstandaard voor alle betrokken partijen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt een werkwijze en raamwerk voor impactanalyses dat partijen kunnen gebruiken.

*Stap 4: implementatie*

De vierde stap betreft de implementatie van de vaatchirurgische netwerken. Hierbij wordt de kwaliteitsstandaard toegepast binnen de vastgestelde netwerken. Dit zal ertoe leiden dat binnen netwerken concentratie en spreiding kan plaatsvinden.



## 2 Leidende principes

Om tot netwerkvorming, concentratie en spreiding in het vaatchirurgische zorglandschap te komen zijn veranderingen nodig. Dit hoofdstuk beschrijft voor vier onderwerpen de leidende principes die hiervoor handvatten geven. Deze onderwerpen zijn:

1. passende zorg;
2. netwerkvorming;
3. concentratie en spreiding;
4. transparante kwaliteit.

### 2.1 Passende zorg

Het rapport *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*<sup>4</sup> dat het Zorginstituut en de NZa in 2020 gezamenlijk hebben opgesteld, definieert vier basisprincipes. Namelijk passende zorg:

1. is waardegedreven;
2. komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand;
3. is de juiste zorg op de juiste plek;
4. gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Principes 1 en 3 zijn belangrijke leidende principes bij het vormen van netwerken, concentratie en spreiding. Waardegedreven zorg, het eerste principe, betekent: relevante winst in gezondheid en functioneren voor de patiënt tegen een redelijke prijs. Waardegedreven zorg gaat over doelmatige inzet van middelen, mensen en materialen. We kijken daarbij ook naar de gezondheidswinst in verhouding tot andere impact, zoals het beslag op medisch personeel. Er wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met het tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen. En ook dat er bij werken in netwerken minder personen tegelijk dienst hoeven te hebben. Bij het derde principe, de juiste zorg op de juiste plek, krijgt een patiënt zorg dichtbij als het kan, en verder weg als het moet. Bijvoorbeeld als naar verwachting de kwaliteit van de zorg verder weg beter is.

### 2.2 Netwerkvorming

Bij netwerkvorming ontstaan er geografische netwerken die aan minimale, landelijk vastgestelde eisen voldoen. In de volgende subparagrafen beschrijven we de uitgangspunten voor de vorming van vaatchirurgische netwerken en de minimale eisen voor die netwerken.

#### 2.2.1 Uitgangspunten voor vorming vaatchirurgische netwerken

Onderling vertrouwen is een belangrijke voorwaarde voor het vormen van netwerken. Vertrouwen voedt de motivatie van zorgprofessionals, managers en bestuurders en zorgt ervoor dat het draagvlak in de samenwerking groeit. Dit blijkt uit onderzoek van het Zorginstituut naar intensivecarenetwerken.<sup>5</sup> Daarom is het belangrijk om per regio goed te bekijken hoe de netwerken gevormd worden, onder meer in relatie tot bestaande zorgnetwerken in de regio. Maar netwerkvorming hoeft niet noodzakelijkerwijs via een bestaand netwerk te lopen.

Er zijn dus afspraken nodig over hoe de netwerken gevormd worden. Startpunt hierbij is het *Document Vaatchirurgische netwerken*<sup>3</sup> van de NVvV. Dit gaat uit van:

- een netwerk voor vaatchirurgie met een adherentiegebied van ongeveer 800.000 tot 1,5 miljoen inwoners;
- een netwerk voor vaatchirurgie bestaat uit ten minste drie ziekenhuizen;
- toegang tot een netwerk voor ieder ziekenhuis.

De verwachting van de NVvV is dat dit in 12-14 vaatchirurgische netwerken in Nederland resulteert. Op sommige plekken is al gestart met het vormen van vaatchirurgische netwerken.

<sup>4</sup> *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. Zorginstituut Nederland en NZa, 2020.

<sup>5</sup> *Model voor netwerkvorming, samenwerking en samen leren en ontwikkelen*. Zorginstituut Nederland, 2022.

Het is van belang om ook andere beroepsgroepen en zorgpartijen te betrekken bij de verdere implementatie of eventuele doorontwikkeling van het Document vaatchirurgische netwerken. Daarnaast zal er ook aandacht moeten zijn voor de samenhang met andere (te vormen) netwerken zoals bijvoorbeeld Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en de oncologische netwerken.

### 2.2.2 **Uitgangspunten voor minimale eisen vaatchirurgische netwerken**

Afspraken in een kwaliteitsstandaard moeten de kwaliteit van geleverde zorg in de netwerken waarborgen.<sup>6</sup> De uitgangspunten voor de op te richten vaatchirurgische netwerken zijn:

- het netwerk is bestuurlijk, medisch en verpleegkundig goed ingebed en minimaal geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst;
- binnen een netwerk zijn er afspraken over waar welke complexe zorg wordt geconcentreerd;
- er zijn afspraken over de volumenormen van de chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden, waarbij de IZA-afspraken leidend zijn;
- er zijn afspraken over toegankelijkheid en kwaliteit van de acute vaatzorg;<sup>7</sup>
- er zijn afspraken over het verwijzen van specifieke pathologie binnen en buiten het netwerk;
- er vindt een gezamenlijk multidisciplinair overleg (MDO) plaats ingericht conform landelijke afspraken, met aandacht voor indicatiestelling en complicaties;
- de uitwisseling van relevante patiënteninformatie is geregeld tussen netwerkpartners en verwijzers van buiten het netwerk;
- er is een uniform medisch- en verpleegkundig zorgpad;
- binnen een netwerk zijn er gemeenschappelijke protocollen;
- er is uniforme patiënteninformatie;
- de kwaliteitsindicatoren van het netwerk zijn transparant en er is een PDCA-cyclus voor kwaliteitsverbetering ingericht;
- er zijn afspraken welke data worden gebruikt en welke data aanvullend worden verzameld en met welk doel, wie de eigenaar ervan is en welke data met elkaar worden gedeeld;
- er zijn afspraken over opleiding;
- er zijn afspraken over de wijze waarop patiënten kunnen deelnemen aan (wetenschappelijk) onderzoek;
- er zijn afspraken over inzetbaarheid personeel;
- er zijn afspraken over duurzaamheid (minimaal ambitie of intentie uitspreken).

### 2.3 **Concentratie en spreiding**

Het uitgangspunt voor de regionale vaatchirurgische zorg is dat complexe ingrepen (chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden) worden geconcentreerd op ziekenhuislocaties volgens een vastgestelde volumenorm. Het uitgangspunt voor spreiding van zorg is dat minder complexe zorg op alle locaties binnen een netwerk aangeboden kan worden. Binnen netwerken worden hierover samenwerkingsafspraken gemaakt, inclusief afspraken over voor- en nazorg.

Het IZA stelt dat het aangrijpingspunt voor volumenormen een zorginterventie is, die wordt aangeboden binnen de context van een zorgnetwerk gericht op een specifieke patiëntengroep, uitgevoerd door een vaste groep zorgprofessionals vanuit het netwerk op één specifieke locatie. Vaatchirurgische netwerken die groot genoeg zijn en die voldoende complexe ingrepen verrichten, waarbij meerdere locaties aan de norm kunnen voldoen, kunnen afspreken om complexe operaties op meerdere locaties binnen het netwerk uit te voeren. Het uitgangspunt hierbij is de richtinggevende norm van vijftig tot honderd ingrepen per locatie zoals beschreven in het IZA.

Door complexe zorg meer te concentreren, zullen er binnen de betreffende instellingen meer ingrepen plaatsvinden, waardoor alle betrokken zorgverleners meer routine krijgen. Dat komt

<sup>6</sup> De uitgangspunten voor deze afspraken sluiten grotendeels aan op de afspraken die eerder zijn vastgelegd voor de oncologie in het document [Multidisciplinaire normering voor oncologische zorg in Nederland](#), opgesteld door de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS).

<sup>7</sup> Zie ook [Kwaliteitskader Spoedzorgketen: Kwaliteitskader Spoedzorgketen | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#).

de kwaliteit van de zorg waarschijnlijk ten goede. Daarnaast is het een efficiëntere verdeling van schaarse middelen, bijvoorbeeld van personeel en specifieke (hybride) operatiekamers.

## 2.4 Kwaliteit van de zorg transparant

Netwerken streven naar transparantie over hun kwaliteit van zorg, net zoals ziekenhuizen nu ook transparant zijn. Partijen stellen gezamenlijk vast onder welke voorwaarden welke informatie voor welke doelen kan worden verzameld en gedeeld. Een netwerk verzamelt kwaliteitsinformatie voor leren en verbeteren binnen het eigen netwerk. Zorgverzekeraars kunnen hiermee de juiste zorg op de juiste plek kunnen inkopen. Ten slotte geeft deze informatie patiënten inzicht en keuze-informatie voor samen beslissen.

### 3 Inrichting Ronde Tafel en governance

Om invulling te geven aan de route naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap wordt een Ronde Tafel ingericht. In dit hoofdstuk lichten we dit toe en betrekken daarbij ook de afspraken over de governance.

Er wordt één Ronde Tafel netwerkvorming, concentratie en spreiding vaatchirurgische zorg ingericht. Deze Ronde Tafel heeft tot doel om te komen tot inrichting van vaatchirurgische netwerken. Daarnaast houdt de Ronde Tafel integraal het overzicht op de voortgang van de transformatie van het vaatchirurgische zorglandschap.

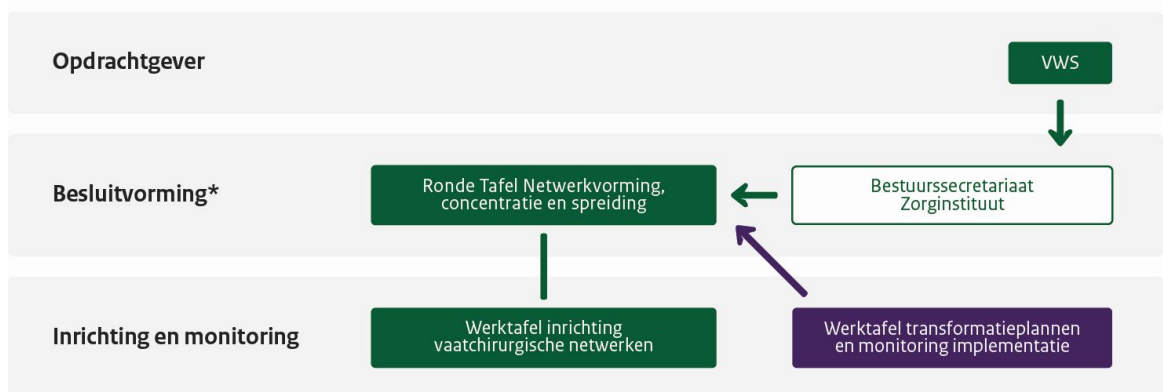
Als onderdeel van de Ronde Tafel worden twee werktafels ingericht waar de betrokken partijen de verschillende onderdelen praktisch uitwerken:

1. de werktafel 'Inrichting vaatchirurgische netwerken' bereidt de inrichting van netwerken en de kwaliteitsstandaard voor, zodat de Ronde Tafel hierover een besluit kan nemen;
2. de werktafel 'Transformatieplannen en implementatie' stemt de transformatieplannen af, inclusief de impactanalyses over de regio's heen, en monitort de voortgang van de implementatie van de transformatieplannen. De werktafel agendeert bespreekpunten voor de Ronde Tafel, waaronder geïdentificeerde knelpunten.

Besluitvorming over en goedkeuring van transformatieplannen en impactanalyses gebeuren niet aan de Ronde Tafel, maar in de regio door de marktleider zorgverzekeraar zoals in het IZA beschreven.

Figuur 1 is een weergave van de governance van de Ronde Tafel en de werktafels. De besluitvorming vindt plaats aan de Ronde Tafel, die wordt ondersteund door het bestuurssecretariaat. Het bestuurssecretariaat valt onder de verantwoordelijkheid van het Zorginstituut en zal bestaan uit een voorzitter, bestuurssecretaris, adviseur en ondersteuning.

*Figuur 1 - Schematische weergave governancestructuur*



*\* Dit figuur geeft de reguliere besluitvorming weer. Als er geen consensus of consent is bij inhoudelijke besluiten, agendeert het Zorginstituut het voorstel inclusief de bezwaren van partijen voor het Bestuurlijk Overleg (BO) IZA. Zie paragraaf 3.1.*

Paragraaf 3.1 gaat nader in op de besluitvorming aan de Ronde Tafel. In paragraaf 3.2 geven we verdere toelichting op de rollen en verantwoordelijkheden van de deelnemers aan de werktafels. Paragrafen 3.3 en 3.4 gaan in op de inhoud van de werktafels.

### 3.1 Besluitvorming aan de Ronde Tafel

Partijen die deelnemen aan de Ronde Tafel netwerkvorming, concentratie en spreiding zijn FMS, Harteraad, NFU, NVZ, V&VN, ZN, NZa, ACM en het Zorginstituut. De overheidspartijen NZa, ACM en het Zorginstituut zijn actieve deelnemers aan de Ronde Tafel. Hun expertise is wenselijk in het gesprek tussen partijen en ook voor de inbreng van het maatschappelijk perspectief. De overheidspartijen besluiten niet mee over de inhoud.

Er wordt voor de besluitvorming een onderscheid gemaakt naar het type besluit dat het Ronde Tafel overleg met elkaar moet nemen. Er zijn twee typen besluiten:

1. besluiten over procesafspraken en samenwerkingsafspraken;
2. besluiten over inhoud.

Proces- en samenwerkingsafspraken gaan over de inrichting van het proces om met elkaar de inrichting van vaatchirurgische netwerken vast te stellen. De besluitvorming gaat via een democratisch proces. Als er geen consensus of consent is, neemt de voorzitter van de Ronde Tafel het besluit. Het Zorginstituut zal een onafhankelijke voorzitter aanstellen. Alle deelnemers aan de Ronde Tafel worden betrokken in deze besluitvorming.

Inhoudelijke besluiten gaan over de uitgangspunten voor de vorming van vaatchirurgische netwerken en de minimale eisen voor vaatchirurgische netwerken, waaronder de vaststelling van volumenormen. Ook hier gaat de besluitvorming via een democratisch proces. Als er geen consensus of consent is, agendeert het Zorginstituut het voorstel inclusief de bezwaren van partijen voor het Bestuurlijk Overleg (BO) IZA waaraan afgevaardigden van alle betrokken koepelpartijen deelnemen. Het BO IZA wordt gevraagd het besluit te nemen. Wanneer ook het BO IZA niet tot besluitvorming komt en de in de Meerjarenagenda vastgestelde termijnen en afspraken ten aanzien van het opstellen van de kwaliteitsstandaard niet worden behaald of gerealiseerd, kan het Zorginstituut gebruik maken van zijn doorzettingsmacht en de Kwaliteitsraad vragen om de kwaliteitsstandaard op te stellen. Zie voor verdere toelichting over de Meerjarenagenda en doorzettingsmacht paragraaf 3.3.1.5.

### 3.2 Rollen en verantwoordelijkheden deelnemers werktafels

De deelnemers aan de werktafels hebben verschillende rollen en verantwoordelijkheden.

- Coördinator: de coördinator is de partij of zijn de partijen die het voortouw neemt of nemen om samen met de andere betrokken partijen de (deel)opdracht van de werktafel te realiseren. De coördinator is verantwoordelijk voor een goede inrichting van het proces van overleg en afstemming met partijen om tot resultaten te komen.
- Betrokken partijen: van betrokken partijen wordt verwacht dat zij vanuit hun expertise helpen om de (deel)opdracht van de werktafel te realiseren. Betrokken partijen hebben een andere rol, maar wel een gelijkwaardige positie.
- Geïnformeerden: geïnformeerden zijn belanghebbenden op enige afstand van de werktafel. Zij worden in elk geval door de regiehouder(s) formeel op de hoogte gehouden over de voortgang van een werktafel.
- Verkenner: de verkenner is de partij die het voortouw neemt om in het veld de opties na te gaan en schetst hiervan een beeld.

### 3.3 Werktafel inrichting vaatchirurgische netwerken Nederland

De werktafel inrichting vaatchirurgische netwerken Nederland heeft twee opdrachten om de besluitvorming in de Ronde Tafel voor te bereiden:

1. de indeling van Nederland in geografische netwerken;
2. het opstellen van de kwaliteitsstandaard.

In tabel 1 staat per opdracht welke partijen bij de uitvoering zijn betrokken en wat de tijdslijn is.

Tabel 1 - Deelopdrachten werktafel inrichting vaatchirurgische netwerken Nederland, rol partijen en tijdslijn

Werktafel inrichting vaatchirurgische netwerken Nederland	Coördinator(en)	Betrokken partijen	Geïnformeerden	Tijdslijn
1. Indeling Nederland in netwerken	FMS, NFU en NVZ	NVvV, NVIR, NZa, Harteraad, NVHVV, V&VN, ZN	ACM, VWS	Afgerond 1 januari 2024.
2. Opstellen kwaliteitsstandaard	FMS, NFU en NVZ	NVvV, NVIR, NZa, Harteraad, NVHVV, V&VN, ZN	ACM, VWS	Vaststelling volumenormen afgerond 1 januari 2024.  Kwaliteitsstandaard en onderhoudsplan afgerond 1 juli 2024.

Voor deelopdracht 1 'Indeling Nederland in netwerken' gaan partijen de volgende acties uitvoeren:

- De FMS stemt met alle betrokken partijen af wie van hen verkenner is voor de te vormen vaatchirurgische netwerken, waarna deze partij aan de slag gaat.
- De verkenner inventariseert met lokale partijen en Harteraad en Zorgverzekeraars hoe netwerken eruit kunnen zien. Waar nodig kan de inventarisatie van de NZa (zie acties deelopdracht 2) de verkenner ondersteunen.
- FMS, NVvV, NVIR, NFU, NVZ, Harteraad en ZN leggen de vaatchirurgische netwerken vast die samen landelijk dekkend zijn.

Voor deelopdracht 2 'Opstellen kwaliteitsstandaard' gaan partijen de volgende actie uitvoeren:

- Minimale eisen netwerk
  - FMS, NFU en NVZ realiseren samen met NVvV, NVIR, Harteraad, ZN, NVHVV en V&VN de kwaliteitsstandaard met hierin uitgangspunten voor vaatchirurgische netwerken wat betreft het zorgproces en de kwaliteit van de geleverde zorg in netwerken, opleiding van artsen en verpleegkundigen, en inzet van personeel. Leidend hierbij zijn de minimale eisen waaraan een netwerk moet voldoen, zoals beschreven in paragraaf 2.2 van dit plan van aanpak.<sup>8</sup>
- Opstellen volumenormen
  - FMS en de NZa kiezen in afstemming met NVvV, NVIR, NFU, NVZ, Harteraad en ZN op basis van welke dataverzameling volumes worden bepaald.
  - NZa doet een inventariserende analyse naar de volumes.
  - FMS, NFU en NVZ stellen samen met de NVvV, NVIR, Harteraad, ZN, NVHVV en V&VN volumenormen vast per locatie per jaar. Hierbij wordt ook afgebakend welke complexe en minder complexe aorta-aneurysmabehandelingen binnen de aorta-aneurysmanormering vallen.<sup>9</sup> Daarnaast wordt ook gekeken welke plek de behandeling van de geruptureerde aorta aneurysma's binnen de normering krijgen. De IZA-afspraken zijn hierbij leidend en de volumenormen worden opgenomen in de kwaliteitsstandaard.
- Onderhoudsplan
  - FMS, NFU en NVZ realiseren samen met NVvV, NVIR, Harteraad, ZN, NVHVV en V&VN een onderhoudsplan voor de kwaliteitsstandaard. Een onderhoudsplan zorgt ervoor dat al wordt nagedacht over de stappen na implementatie.<sup>10</sup> Hierin kan onder meer

<sup>8</sup> Er kan ook gebruikgemaakt worden van het document [Multidisciplinaire normering voor oncologische zorg in Nederland](#), opgesteld door FMS en SONCOS.

<sup>9</sup> Er kan gebruikgemaakt worden van het document [Aortachirurgie in Nederland](#) opgesteld door de NVvV.

<sup>10</sup> Zie ook de toelichting bij onderhoudsplan in het document [Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten versie 3.0](#) opgesteld door het Zorginstituut.

worden beschreven:

- hoe afspraken in de kwaliteitsstandaard worden onderhouden en doorontwikkeld inclusief wie daarvoor verantwoordelijk is;
  - hoe bij herziening van de afspraken de ervaringen met het gebruik in de praktijk van zorgaanbieders en zorgverleners worden meegenomen. Zo kan invulling gegeven worden aan samen leren en verbeteren (lerende netwerken);
  - dat de werktafel transformatie en monitoring implementatie ervaringen verzamelt en waar nodig agendeert voor de Ronde Tafel.
- Kwaliteitsgegevens
    - FMS, NVvV, NVIR, Harteraad, NVZ, NFU en ZN stellen gezamenlijk vast welke data worden verzameld of welke bestaande data worden gebruikt, en maken als dit nog niet is geregeld afspraken over wie de eigenaar van de data is, welke data met elkaar worden gedeeld en wat het doel hiervan is. Dit wordt vastgelegd in de kwaliteitsstandaard.
  - Waarborgen van afspraken
    - Het Zorginstituut plaatst op verzoek van partijen of de minister de ontwikkeling van de *Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken* op de Meerjarenagenda.
    - FMS, NVvV, NVIR, Harteraad, NVHV, V&VN, ZN, NFU en NVZ maken afspraken over de implementatie van de kwaliteitsstandaard. Deze worden vastgelegd in een implementatieplan bij de kwaliteitsstandaard.
    - Het doel is dat de kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken op 1 juli 2024 in concept gereed is en voor autorisatie aan partijen is aangeboden. Uiterlijk 15 september 2024 wordt de kwaliteitsstandaard bij het Zorginstituut aangeboden voor opname in het Register. Het Zorginstituut kan gebruik maken van zijn doorzettingsmacht wanneer partijen de opleverdatum van de kwaliteitsstandaard op de Meerjarenagenda niet halen.

### 3.3.1 Toelichting acties werktafel vaatchirurgische netwerken Nederland

Door het vormen van netwerken en maken van afspraken over minimale eisen waaraan een vaatchirurgisch netwerk moet voldoen, zal het vaatchirurgische zorglandschap toekomstbestendig worden gemaakt. De afspraken worden vastgelegd in de kwaliteitsstandaard. In de volgende subparagrafen geven we nadere toelichting op verschillende acties binnen de opdrachten van de Werktafel vaatchirurgische netwerken Nederland. Voor een algemene toelichting op het vormen van netwerken en het opstellen van de kwaliteitsstandaard verwijzen wij naar de hoofdstukken 1 en 2.

#### 3.3.1.1 Opleidingen

Om binnen een netwerk voldoende expertise en ervaring in meerdere ziekenhuizen te hebben en houden, moet binnen de opleidingen voor verpleegkundigen en medisch specialisten ruimte zijn voor stages op meerdere locaties. Stagiairs kunnen dan op meerdere locaties verschillende competenties opdoen. Voor de (gespecialiseerde) verpleegkundigen kunnen dit stages zijn op ic's of gespecialiseerde vaatafdelingen, zodat eventuele nazorg ook geleverd kan worden in centra die niet gespecialiseerd zijn in vaatzorg. Medisch-specialistische opleidingen kunnen zo basale kennis opdoen over arterieel vaatlijden. Daarom moeten er in de kwaliteitsstandaard afspraken komen over de uitgangspunten voor opleidingen. Hiervoor zijn V&VN, NVHV, FMS, NVvV, NVIR, NVZ en NFU verantwoordelijk.

#### 3.3.1.2 Personeelsuitwisselingen

Om tot goede organisatie van zorg te komen, is het belangrijk om de belemmeringen weg te halen die verhinderen dat gespecialiseerd personeel op meerdere locaties binnen een netwerk uitgewisseld en ingezet kunnen worden. Op dit moment zijn er belemmeringen op het gebied van:

- arbeidsvoorwaarden;
- cao;
- btw.

De kwaliteitsstandaard moet afspraken bevatten om deze belemmeringen zo veel mogelijk weg te nemen. Hiervoor zijn NVZ, NFU, FMS en V&VN verantwoordelijk en VWS wordt betrokken bij afspraken over btw.

### 3.3.1.3 Inzicht in volumes

Inzicht in de volumes van complexe vaatchirurgische ingrepen per ziekenhuis zijn belangrijk voor het opstellen van volumenormen. Momenteel zijn er twee openbare bronnen waar informatie over volumes van complexe vaatchirurgische ingrepen vindbaar zijn:

- Declaratiegegevens
  - De NZa maakt via het dbc-informatiesysteem (DIS) zorg- en behandeldata transparant die Nederlandse ziekenhuizen aanleveren.
  - De zorgverzekeraars maken via de Vektis-database data transparant, die inzicht geven in alle zorgkosten die zorgverzekeraars binnen de *Zorgverzekeringswet* hebben betaald.
- Kwaliteitsregistraties
  - Het Zorginstituut geeft op de website Zorginzicht.nl op basis van verplicht aangeleverde indicatoren inzicht in het aantal uitgevoerde ingrepen bij de chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden. De cijfers op Zorginzicht komen uit kwaliteitsregistraties van zorgverleners. Zorgverleners houden het aantal ingrepen bij in een landelijke registratie van de DICA (*Dutch Institute for Clinical Auditing*). Voor chirurgische behandeling van aorta aneurysma wordt dit geregistreerd door de *Dutch Surgical Aneurysm Audit* (DSAA) en voor carotislijden door de *Dutch Audit for Carotid Interventions* (DACI).

Bij het aanleveren van indicatoren aan het Zorginstituut nemen ziekenhuizen doorgaans de cijfers van DICA over. Maar voor aneurysma van de aorta abdominalis (AAA) en carotislijden matchen de volumes op Zorginzicht en in de Vektis-data niet. Zorginzicht geeft bijvoorbeeld een twee of drie keer hoger volume bij respectievelijk chirurgische behandeling van AAA en carotislijden per jaar dan de Vektis-data. Uit een overzichtsartikel van de behandeling van AAA in Nederland<sup>11</sup> liggen de aantallen per ziekenhuis het dichtst bij de data op Zorginzicht. Om tot een goed beeld te komen van de volumes per ziekenhuis, moet worden uitgegaan van de meest correcte dataverzameling. De NZa verkent met de FMS en het Zorginstituut welke databron(nen) het meest geschikt is of zijn voor deze analyse. Hierbij wordt DICA ook betrokken. Uiterlijk in augustus 2023 moet de keuze vallen welke data gebruikt gaan worden om de volumes te bepalen. Hiervoor zijn NZa en FMS verantwoordelijk.

### 3.3.1.4 Transparantie

FMS, NVvV, NVIR, Harteraad, NVZ, NFU en ZN stellen gezamenlijk vast welke data worden gebruikt, of waar nodig aanvullend worden verzameld, en maken als dat nog niet is geregeld afspraken over wie de eigenaar van de data is en welke data op welk aggregatieniveau met elkaar worden gedeeld. Ook de doelstelling van het verzamelen van data wordt vastgelegd. Het is belangrijk dat de registratielast zoveel mogelijk wordt beperkt. Partijen maken inzichtelijk welke data op welk aggregatieniveau en met welke frequentie bestemd zijn voor transparantie, zodat ook is vast te stellen wanneer dat is gebeurd. Transparant gemaakte data kunnen bijvoorbeeld gaan over volumes, wachttijden, uitkomsten per behandeloptie en aan de patiënt gerapporteerde uitkomsten.

### 3.3.1.5 Kwaliteitsstandaard en Meerjarenagenda

Het Zorginstituut stimuleert de verbetering van kwaliteit van de zorg in Nederland, onder meer door de ontwikkeling van kwaliteitsproducten te bevorderen. De op te stellen *Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken* is zo'n kwaliteitsproduct. Het is van belang dat de Kwaliteitsstandaard vaatchirurgische netwerken met betrokkenheid van alle relevante partijen tot stand komt. Gegeven de wet- en regelgeving is betrokkenheid van tripartiete partijen een vereiste.<sup>12</sup> Deze kwaliteitsstandaard bevat een beschrijving van minimale eisen aan vaatchirurgische netwerken zoals beschreven is in paragraaf 2.2.2. Bij aanbidding voor opname in het Register van het Zorginstituut wordt getoetst aan de criteria van het Toetsingskader<sup>13</sup>, maar bestaat de mogelijkheid voor partijen om op onderdelen gemotiveerd van de criteria af te wijken als de context van de kwaliteitsstandaard daarom vraagt. Zodoende waarborgt het Zorginstituut dat het Toetsingskader gebruikt kan worden voor alle soorten kwaliteitsstandaarden.

<sup>11</sup> Eur J Vasc Endovasc Surg 63, 275e283, 2022.

<sup>12</sup> Zie hiervoor ook de [ACM beleidsregel over afspraken in het kader van 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek'](#).

<sup>13</sup> [Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten versie 3.0](#) opgesteld door het Zorginstituut.



Het Zorginstituut, partijen of VWS kunnen een onderwerp voor de Meerjarenagenda aandragen. Op de Meerjarenagenda staat waarvoor een kwaliteitsproduct wordt ontwikkeld en wanneer het af moet zijn. Plaatsing van de kwaliteitsstandaard op de Meerjarenagenda draagt bij aan de voortgang en oplevering van afspraken die partijen samen moeten maken. Als veldpartijen de opleverdatum van een kwaliteitsproduct niet halen, kan het Zorginstituut de zogeheten doorzettingsmacht gebruiken. Doorzettingsmacht betekent dat het Zorginstituut de regie overneemt en de Kwaliteitsraad<sup>14</sup> verzoekt om het kwaliteitsproduct op te stellen.

### 3.4 Werktafel transformatieplannen en implementatie

De werktafel 'Transformatieplannen en implementatie' agendeert bespreekpunten over dit onderwerp voor de Ronde Tafel, met als doel een integraal overzicht te geven van transformatie van het vaatchirurgische landschap. De werktafel 'Transformatieplannen en implementatie' heeft twee opdrachten:

1. afstemmen van transformatieplannen, inclusief impactanalyses;
2. monitoren van de voortgang van implementatie van de transformatieplannen.

In tabel 2 staat per opdracht welke partijen bij de uitvoering zijn betrokken en wat de tijdslijn is. De besluitvorming over transformatieplannen per regio gebeurt niet aan de Ronde Tafel, maar volgens IZA afspraken.

Tabel 2 - Deelopdrachten werktafel transformatieplannen en monitoring implementatie

Werktafel transformatieplannen en monitoring implementatie	Coördinator(en)	Betrokken partijen	Geïnformeerden	Tijdslijn
1. Afstemmen transformatieplannen, inclusief impactanalyses	ZN, NVZ, NFU	FMS, NVvV, NVIR, Harteraad, NVHVV, V&VN	NZa, VWS, ACM	1 januari 2024 - 31 december 2024
2. Monitoring voortgang implementatie transformatieplannen	NVZ, NFU	ZN, FMS, NVvV, NVIR, Harteraad, NVHVV, V&VN	NZa, VWS, ACM	1 januari 2025 - 31 december 2025

Voor deelopdracht 1 'Afstemmen transformatieplannen inclusief impactanalyses' gaan partijen de volgende acties uitvoeren:

- Voor elk netwerk neemt de grootste aanbieder binnen het netwerk in overleg met de marktleider zorgverzekeraar het initiatief tot opstellen van een transformatieplan met bijbehorende impactanalyse. Zorgaanbieders, zorgprofessionals en patiënten worden hierbij betrokken.
- De NZa maakt een werkwijze en raamwerk voor impactanalyses dat partijen kunnen gebruiken.
- De NZa krijgt een signaal als een impactvol transformatieplan voor concentratie en spreiding wordt ingediend. De NZa kan besluiten om dit transformatieplan te toetsen op de publieke belangen, werkt daar waar het binnen de verschillende rollen past samen met de IGJ en het Zorginstituut en kan aanbevelingen doen.
- Als het transformatieplan voldoet aan de criteria en voorwaarden van het *Beoordelingskader impactvolle transformaties*<sup>15</sup>, kan het plan waar nodig in aanmerking komen voor transformatiemiddelen.
- Zorgverzekeraars toetsen transformatieplannen en de aanvraag van transformatiemiddelen (businesscase) aan vastgestelde criteria en kennen waar van toepassing transformatiegelden toe.

Voor deelopdracht 2 'Monitoring voortgang implementatie transformatieplannen' gaan partijen de volgende acties uitvoeren:

- NFU en NVZ monitoren op metaniveau de voortgang van de implementatie van de transformatieplannen in de regio en informeren ZN, FMS, NVvV, NVIR, Harteraad, NVHVV

<sup>14</sup> De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut is een onafhankelijke raad van deskundigen op het gebied van kwaliteit van zorg. De Raad geeft gevraagd en ongevraagd advies aan het Zorginstituut en heeft een wettelijke rol in de doorzettingsmacht van het Zorginstituut.

<sup>15</sup> Rapport *Beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, januari 2023.

- en V&VN actief hierover. Als er knelpunten ontstaan bij de implementatie waarvoor landelijke oplossingen nodig zijn, dan maakt de werktafel afspraken om tot een oplossing te komen. NZa agendeert implementatieplannen ter bespreking aan de Ronde Tafel.
- NFU en NVZ agenderen knelpunten ter bespreking in het rondetafeloverleg.

### 3.4.1 Toelichting acties werktafel transformatieplannen en impactanalyses

Door concentratie en spreiding van zorg zullen ziekenhuizen de komende jaren in meer of mindere mate te maken krijgen met verschuivingen in het zorgaanbod. In het IZA is vastgelegd dat het van groot belang is om voor deze verschuivingen een concreet transformatieplan te maken en een impactanalyse uit te voeren. Voor impactvolle transformaties<sup>16</sup> waarbij bijvoorbeeld sprake is van regionale herverdelingsvraagstukken, wordt altijd een transformatieplan opgesteld. Dit transformatieplan moet op de juiste schaal worden opgesteld (individueel, lokaal, regionaal of landelijk). In de volgende subparagrafen geven we nadere toelichting op transformatiemiddelen en impactanalyses.

#### 3.4.1.1 Transformatiemiddelen

Om de transformatie van de huidige situatie naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap te kunnen maken waarin netwerken een belangrijke rol spelen, is het belangrijk dat de zorgaanbieders (binnen een netwerk) een passende vergoeding krijgen voor de transformatie van de huidige naar de nieuwe situatie. Voor deze transformatie heeft het kabinet voor de periode 2023 tot en met 2026 transformatiemiddelen voor impactvolle transformaties vrijgemaakt. Om hiervoor in aanmerking te komen zal het transformatieplan moeten voldoen aan de criteria en voorwaarden zoals beschreven in het *Beoordelingskader impactvolle transformaties*<sup>9</sup>, waaronder het opstellen van een businesscase. De zorgverzekeraars toetsen de plannen aan gezamenlijk vastgestelde criteria.

Transformatiekosten die mogelijk *incidenteel* gemaakt moeten worden om tot een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap te komen, betreffen:

- aanpassing van organisatorische processen;
- capaciteitsverschuiving (frictiekosten, geen structurele kosten);
- inrichting van een MDO in het netwerk;
- inrichting van een goed financieel systeem, dat past bij de levering van de zorg door verschillende partijen.

#### 3.4.1.2 Impactanalyses

In het IZA is vastgelegd dat de impactanalyse tot doel heeft om voor verschillende onderdelen systematisch in kaart te brengen in welke mate en op welke manier concentratie van zorg de patiënt en de betrokken zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgnetwerken raakt. Ook moet de impactanalyse beoordelen of deze impact maatschappelijk gezien wenselijk is. Hieronder volgen de algemene aandachtspunten voor de op te stellen impactanalyses:

- Hoe wordt de toegankelijkheid van de zorg gewaarborgd?
  - electieve vaatchirurgische zorg;
  - acute vaatchirurgische zorg.
- Hoe functioneren verschillende netwerken naast elkaar?
- Wat is de impact op de kwaliteit, uitkomsten en doelmatigheid van de zorg?
- Wat zijn de gevolgen voor de verschillende ziekenhuizen binnen het netwerk?
  - specifieke vakgebieden: bijvoorbeeld vaatchirurgie, interventieradiologie, neurologie, spoedeisende hulp en ic;
  - algemeen: profiel ziekenhuis en financiële gevolgen op vaste variabele kosten, opbrengsten en honorarium.
- Wat zijn de gevolgen voor personeel in de verschillende ziekenhuizen binnen het netwerk?
- Wat zijn de gevolgen voor (andere) ketenpartners in het zorgproces zoals ambulancezorg en eerstelijnszorg?
- Welke aanvullende kosten zijn er om een netwerk (verder) in te richten?

<sup>16</sup> In het IZA onderdeel J zijn de criteria voor impactvolle transformaties beschreven en dit is als sprake is van een substantiële impact op:

a. het zorggebruik in de *Zorgverzekeringswet*;  
b. inzet van personeel;  
c. regionale herverdelingsvraagstukken (profielkeuzes); en/of  
d. omvang van het zorgvastgoed, waarbij impact een relatief begrip is en in relatie staat tot de omvang van de zorgaanbieder.

- Wat is er nodig op gebied van ICT?
- Welke oplossingen zijn er incidenteel en structureel voor een kostendekkende financiering?
- Wat is er nodig voor het inrichten van multidisciplinaire netwerkoeverleggen? Denk aan apparatuur, ruimte, consultatie experts.

In het gedeelte van de impactanalyse over de normering van het aantal aorta- aneurysma- ingrepen en carotischirurgie moet ten minste aandacht zijn voor de volgende punten:

- Hoeveel ziekenhuizen zitten onder de normering?
- Hoeveel patiënten worden per jaar 'verschoven'?
- Hoeveel capaciteit van middelen is hiermee gemoeid? Bijvoorbeeld OK-tijd, opnamedagen, policapaciteit?
- Kan dit worden geabsorbeerd in de centra die aan de norm voldoen?
- Hoeveel extra capaciteit is er nodig en hoe wordt die vrijgemaakt? Is er efficiëntiewinst mogelijk door toename van aantallen van dezelfde typen operaties? Kan extra capaciteit worden gecreëerd door andere operaties te verwijzen naar ziekenhuizen die niet aan de volumenorm voldoen?
- Kan het gebruik van dure middelen, zoals de hybride-operatiekamer, ook worden gecentraliseerd, zodat er efficiënter gebruik en minder leegstand is?
- Treedt er leegstand op in ziekenhuizen die niet aan de volumenorm voldoen of komen daar andere ingrepen voor in de plaats?

Tot slot kan PAOD ook worden meegenomen in de impactanalyses.

## 4 Gelijklopende trajecten

Om de route in dit plan van aanpak naar een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap succesvol te laten zijn, zijn de resultaten van een aantal gelijklopende trajecten van belang waarover in het IZA afspraken zijn gemaakt. Deze hebben betrekking op passende bekostiging, digitale gegevensuitwisseling en overige trajecten regionale samenwerking en worden in dit hoofdstuk verder toegelicht.

### 4.1 Passende bekostiging

In een toekomstbestendig vaatchirurgisch zorglandschap speelt in netwerken geleverde zorg een belangrijke rol. Hierbij is belangrijk dat de zorgaanbieders (binnen een netwerk) na de transitieperiode structureel een passende vergoeding krijgen voor de geleverde zorg.

De bekostiging van de zorg binnen het netwerk moet passend zijn. Als een zorgtraject van een patiënt op meerdere plaatsen binnen een netwerk plaatsvindt, moet de bekostiging meegaan. Bijvoorbeeld een vaatpatiënt die in ziekenhuis A een diagnose krijgt, in ziekenhuis B wordt geopereerd en tot slot weer nazorg ontvangt in ziekenhuis A. De bekostiging van de behandeling moet dan bij de juiste partijen terechtkomen en binnen de wet- en regelgeving passen, zonder onnodige administratieve lasten. En zonder onnodige herhaling van diagnostiek of polibezoeken.

Een ander voorbeeld van passende bekostiging is de vergoeding van expertise die zorgverleners leveren binnen de MDO's, terwijl zij niet direct betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt. Maar zij geven wel adviezen, die leiden tot betere zorg.

De komende jaren loopt er bij de NZa een programma dat zich bezighoudt met passende medisch-specialistische zorg. Onderdeel daarvan is netwerken en MDO's. De NZa zal, met het veld, onderzoeken wat nodig is voor een passende bekostiging.<sup>17</sup>

### 4.2 Elektronische gegevensuitwisseling

Als patiënten voor een complexe vaatchirurgische ingreep worden verwezen naar een ander ziekenhuis binnen het netwerk, dan moeten medische gegevens van deze patiënt beschikbaar zijn voor het referentieziekenhuis. Belangrijk is dat er verandering in denken heeft plaatsgevonden waar de nadruk nu ligt op elektronische gegevensbeschikbaarheid in plaats van elektronische gegevensuitwisseling. In de praktijk betekent dit een historische tijdlijn van elke patiënt met directe beschikbaarheid van alle relevante medische gegevens, inclusief beelden, geïntegreerd in de eigen werkomgeving van de zorgprofessional.

Een eerste en technisch haalbare stap in deze richting op korte termijn is een overzicht in het eigen EPD van welke beelden en verslagen er landelijk zijn van een patiënt en in welk ziekenhuis. Het moet mogelijk worden om verslagen direct in te zien (EPD's van dezelfde leverancier bieden al deze functionaliteit) en beelden te kunnen lokaliseren en vervolgens op te vragen en/of toegestuurd te krijgen. Deze eerste stap vraagt om een landelijke benadering, over EPD's van verschillende leveranciers heen. Hiertoe loopt vanuit VWS een implementatieprogramma Generieke functies waaronder o.a. de functie lokalisatie wordt uitgewerkt en is er NEN-normeringstraject gestart met het ministerie van VWS als opdrachtgever. De planning is dat de norm eind 2023 wordt opgeleverd en er in 2025 een werkende oplossing is die door het veld gebruikt wordt.

Deze generieke functie moet het mogelijk maken om de te lokaliseren waar welke patiënten gegevens beschikbaar zijn. Van hieruit kan worden doorontwikkeld naar beeld- en databeschikbaarheid van andere EPD's in eigen EPD. Dit maakt beoordeling (inclusief verslaglegging), registratie van consult, overname, kwaliteitsregistraties en evaluatiestudies mogelijk. NVZ, NFU en het ministerie VWS als opdrachtgever van het NEN-normeringstraject zijn hiervoor verantwoordelijk.

<sup>17</sup> <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/passende-bekostiging-msz>.

### 4.3 Regionale samenwerking

In het IZA zijn afspraken gemaakt die tot verschuivingen in het ziekenhuislandschap gaan leiden. Het is belangrijk om bij de uitvoering van dit plan van aanpak afstemming te zoeken met andere trajecten die tot verandering kunnen leiden. Dit zijn trajecten die volgen uit de IZA afspraken regionale samenwerking in de acute zorg en toekomstbestendig zorglandschap door concentratie en spreiding.

### 4.4 Signalement passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten

In het traject 'Passende zorg voor mensen met hart- en vaatziekten' brengt Zorginstituut Nederland samen met betrokken partijen belangrijke thema's en uitdagingen in de zorg rondom hart- en vaatziekten in beeld. Dit resulteert in een *Signalement*. Er is geen overlap tussen het vervolg op het Signalement en het plan van aanpak netwerkvorming, concentratie en spreiding.

## 5 Vervolgstappen

Na de formele vaststelling van het *Plan van aanpak netwerkvorming, concentratie en spreiding vaatchirurgische zorg* in het BO IZA, gaan partijen aan de slag met de uitvoering ervan in de Ronde Tafel Vaatchirurgie en aan de werktafels 'Inrichting vaatchirurgische netwerken' en 'Transformatieplannen en monitoring implementatie'. In deze fase vragen wij partijen hun rol en verantwoordelijkheden te nemen bij de uitvoering van het plan van aanpak. Het Zorginstituut zal dit proces ondersteunen vanuit een bestuurssecretariaat dat hiervoor wordt gevormd. Hiervoor stelt het Zorginstituut een onafhankelijke voorzitter aan. Het bestuurssecretariaat start met de organisatie van het eerste rondetafeloverleg, waarvoor de agenda in samenspraak met partijen wordt opgesteld.

# Bijlage 1: Gesprekspartners

Deze bijlage geeft een overzicht van de gesprekspartners van de meest relevante partijen die de kwartiermaker gesproken heeft bij de totstandkoming van dit plan van aanpak.

## ACM

- Frank Pellikaan, senior beleidsmedewerker
- Krijn Schep, teammanager directie zorg

## FMS

- Piet-Hein Buiting, voorzitter
- Karel Hulsewé, chirurg, bestuurslid
- Belinda van de Lagemaat, senior adviseur
- Selma Tromp, neuroloog, klinische neurofysioloog, bestuurslid

## Harteraad

- Anke Vervoord, directeur

## NFU

- Martin Schalijs, cardioloog, lid Raad van Bestuur LUMC, bestuurslid
- Heleen Tijink, senior beleidsadviseur
- Geert Willem Schurink, vaatchirurg MUMC+

## NVIR

- Mark Burgmans, interventie-radioloog, bestuurslid
- Marieke Zimmerman, directeur NVR

## NVHVV

- Anne-Marie Oppelaar, verpleegkundig specialist MCS en hartfalen, penningmeester
- Rudi Flipkins, vicevoorzitter

## NvVV

- George Akkersdijk, vaatchirurg, voorzitter
- Jan Blankensteijn, vicevoorzitter
- Eline van Hattum, vaatchirurg, bestuurslid
- Jan Willem Hinnen, vaatchirurg, bestuurslid
- Jan Willem Lardenoije, vaatchirurg, bestuurslid
- Barend Mees, vaatchirurg, secretaris
- Maarten Paridaans, vaatchirurg, bestuurslid
- Hans Sybrandy, vaatchirurg, bestuurslid

## V&VN

- Renze Jongstra, ic-verpleegkundige, vicevoorzitter V&VN-Intensive Care, lid commissie 'Passende Zorg' Nederlandse Vereniging voor Intensive Care.
- Willemien Mullender, adviseur strategie

NVZ

- Sjors van Aalst, beleidsadviseur
- Ale Houtsma, lid Raad van Bestuur CWZ, bestuurslid
- Eric Kroon, lid Raad van Bestuur Deventer Ziekenhuis, bestuurslid
- Stefan Roskam, senior beleidsadviseur
- Inge de Wit, bestuurder

NZa

- Vincent Pelgröm, unitmanager tweedelijns somatische zorg
- Miranda Verhees, senior beleidsadviseur MSZ
- Karen Werkman, beleidsmedewerker

VWS

- Stan Dekker, directeur curatieve zorg
- Barbara Goezinne, directeur-generaal Curatieve Zorg
- Ernst Kuipers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Koen Pijnenborg, senior beleidsadviseur
- Aiko de Raaf, kwartiermaker integraal zorgakkoord

ZKN

- Joanne Bloemsaat, projectleider uitkomstgerichte zorg
- Charlotte Molenaar, chirurg/directeur, Proctos Kliniek, bestuurslid

ZN

- Jan-Willem Verlijndonk, strategisch beleidsadviseur zorg
- Lydia Vunderink, beleidsmedewerker kwaliteit



## Bijlage 2: Afkortingen

ACM	Autoriteit Consument & Markt
BO	Bestuurlijk overleg
DACI	Dutch Audit for Carotid Interventions
DICA	Dutch Institute for Clinical Auditing
DSAA	Dutch Surgical Aneurysm Audit
FMS	Federatie Medisch specialisten
IZA	Integraal Zorgakkoord
MDO	Multidisciplinair overleg
NEN	Nationale Normen
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NVHVV	Nederlandse Vereniging voor Hart- en Vaatverpleegkundigen
NVIR	Nederlandse Vereniging voor Interventieradiologie
NVvV	Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAOD	Perifeer arterieel occlusief vaatlijden
PDCA	Plan Do Check Act
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

# Colofon

Volgnummer 2023016886  
Contactpersoon mw. A. Duursma  
+31622639882

Afdeling Zorg  
Team Medisch-specialistische Zorg

Uitgebracht in  
opdracht van Zorginstituut Nederland

