



Evaluatie proces herverdelings- en spreidingsafspraken

Proces om te komen tot
herverdelings- en
spreidingsafspraken in Tranche 1
van het IZA-programma
concentratie en spreiding

Definitief | Oktober 2026

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
	Inleiding	4
1	Achtergrond en doel evaluatie	5
2	Proces dat is doorlopen na vaststelling van de normen	6
3	Onderzoeksopzet	7
4	Resultaten	9
	Leeswijzer resultaten	9
	A: Inrichting en proces: regierol en governance, <i>herverdeling</i>	10
	A: Inrichting en proces: regierol en governance, <i>spreiding</i>	12
	B: Proces totstandkoming definitieve scenario's, <i>herverdeling</i>	13
	B: Proces totstandkoming definitieve scenario's, <i>spreiding</i>	14
	C: Tijdpad <i>herverdeling</i> per interventie	15
	C: Tijdpad <i>spreiding</i> per interventie	16
	D: Samenwerking, <i>herverdeling</i>	17
	D: Samenwerking, <i>spreiding</i>	19
	E: Impactanalyse, <i>herverdeling</i>	20
	F: Knelpunten en escalaties, <i>herverdeling</i>	21
	F: Knelpunten en escalaties, <i>spreiding</i>	22
	G: Deadlines en tijdsdruk, <i>herverdeling</i>	23
	G: Deadlines en tijdsdruk, <i>spreiding</i>	24
	H: Aanbevelingen partijen voor Tranche 2	25
5	Bijlagen	26
	Bijlage 1	26
	Bijlage 2	27
	Colofon	29

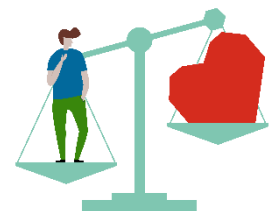
Samenvatting

In deze rapportage wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag:
Hoe hebben betrokken partijen het proces ervaren om in Tranche 1 van het Integraal Zorgakkoord-programma concentratie en spreiding te komen tot herverdelings- en spreidingsafspraken in de regio's?

Om deze vraag te beantwoorden is door Zorginstituut Nederland met twee digitale enquêtes kwalitatieve informatie verzameld over acht thema's. Eén enquête richtte zich op het proces van herverdelingsafspraken en de andere op het proces van spreidingsafspraken. De vragenlijsten zijn uitgezet bij de betrokken partijen te weten: patiëntenverenigingen (Hartstichting, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties), zorgaanbieders (Universitair Medische Centra Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland) en beroepsgroepen (Federatie Medisch Specialisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland). Iedere partij heeft input opgehaald bij de eigen achterban in de zeven regio's.

De resultaten: voor herverdeling werkte het proces redelijk, voor spreiding werkte het proces onvoldoende faciliterend

- De governance¹ voor herverdeling was redelijk uitgewerkt, de governance voor spreiding vonden partijen niet goed uitgewerkt. Zowel voor herverdeling als spreiding gold dat niet alle partijen vonden dat hun achterban tijdig of voldoende werd betrokken. De achterban van één partij was in het geheel niet betrokken.
- Het tijdpad voor het herverdelingsproces was duidelijk. Deadlines voor herverdeling waren uitdagend, maar droegen bij aan het resultaat. Het verlengen van de deadline bij spreiding zorgde voor verwarring in de regio's.
- In een deel van de regio's was de samenwerking bij herverdeling constructief en gelijkwaardig. De samenwerking op het onderwerp spreiding werd in de regio's niet als gelijkwaardig ervaren.
- De impactanalyse hielp bij het voeren van gesprekken in de regio over herverdeling. Het gaf echter niet genoeg houvast voor besluitvorming.
- Knelpunten bij herverdeling en spreiding werden gesignaleerd. Bij herverdeling werden knelpunten soms wel, soms niet goed opgelost. Knelpunten bij spreiding werden niet opgelost.
- Het proces dat in de regio's is gevolgd, heeft niet in alle regio's geleid tot draagvlak voor de herverdelingsscenario's. Bij spreiding heeft het proces in één regio geleid tot afgeronde afspraken.
- Volgens een aantal partijen leidde het gekozen herverdelingsproces tot uitruil en financiële onderhandeling in plaats van inhoudelijke gesprekken over bijvoorbeeld portfolio, expertise en aantrekkelijkheid van het vak.
- In de praktijk werden eerst afspraken gemaakt over concentratie, daarna gingen regio's in gesprek over spreiding.² Deze volgorde heeft geleid tot een ongelijke uitgangspositie tussen ontvangende en latende ziekenhuizen.
- Welke rol de Ronde Tafel in Tranche 2 kan hebben bij het proces van de spreidingsafspraken werd niet duidelijk uit de ingevulde enquêtes.



¹ Onder governance-structuur wordt hier verstaan: de regio had een raamwerk van regels, rollen, verantwoordelijkheden en besluitvormingsprocessen dat bepaalde hoe het proces werd aangestuurd, beheerst en gecontroleerd. Duidelijk voor betrokkenen was, wie beslissingen mocht nemen, wie waarvoor verantwoordelijk was en hoe verantwoording werd afgelegd.

² In de volgende drie documenten is beschreven om in de herverdelingsscenario's afspraken over herverdeling én spreiding op te nemen: Notitie 'Regie bij totstandkoming definitief herverdelingsscenario per regio', Briefingdocument voor de regio's concentratie en spreiding en Procesbeschrijving versie 2.0 'Naar passende organisatie van oncologische en vaatchirurgische medisch-specialistische zorg'.



Inleiding

Deze rapportage beschrijft de evaluatie van het proces om in Tranche 1 van het Integraal Zorgakkoord-programma concentratie en spreiding te komen tot herverdelings- en spreidingsafspraken in de regio's.

De evaluatie geeft inzicht in de ervaringen van betrokken partijen, de factoren die het proces hebben bevorderd of belemmerd en de aandachtspunten voor een eventueel vervolg in Tranche 2.

De resultaten zijn gebaseerd op kwalitatieve informatie uit twee digitale enquêtes. De nadruk ligt op het proces; als respondenten daarnaast inzichten over de uitkomsten hebben gegeven, zijn deze voor zover relevant meegenomen.

1. Achtergrond en doel evaluatie

Achtergrond

De kwaliteit van de zorg in Nederland wordt steeds meer bepaald door de mate waarin zorgprocessen efficiënt, effectief en transparant worden ingericht. Het vaststellen van volumenormen vormt hierin een belangrijk instrument. Volumenormen dragen bij aan de concentratie van zorg, met als doel betere behandeluitkomsten voor patiënten. Daarom zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken opgenomen over volumenormen.

Op 25 maart 2025 zijn de oncologische en vaatchirurgische normen van Tranche 1 vastgesteld door de Ronde Tafel C&S Oncologie en de Ronde Tafel Vaatchirurgie waaraan alle relevante zorgpartijen deelnemen.³ Het proces van de ontwikkeling en vaststelling van deze volumenormen is geëvalueerd.

Na het vaststellen van de oncologische- en vaatchirurgische normen gingen de regio's aan de slag om te komen tot een definitief herverdelingsscenario. De scope van de herverdelingsafspraken zijn de interventies uit Tranche 1 én afspraken over spreiding. Een beschrijving van het proces van herverdelings- en spreidingsafspraken is te vinden in bijlage 1 en bijlage 2.

De Ronde Tafel Toekomstbestendig Zorglandschap door concentratie en spreiding heeft opdracht gegeven om ook het proces van de herverdelings- en spreidingsafspraken in de regio's⁴ te evalueren. De resultaten van de evaluatie dienen als voorbereiding op Tranche 2.

Doel evaluatie van het proces van herverdeling en spreiding

Het doel van deze evaluatie is inzicht krijgen in bevorderende en belemmerende factoren in het proces van herverdelings- en spreidingsafspraken in de regio's. De resultaten van de evaluatie betreffen een evenwichtige weergave van het proces, niet een volledig representatieve steekproef.



³ Het vaststellen van oncologische en vaatchirurgische normen is een afspraak uit het Integraal Zorgakkoord.

⁴ De Ronde Tafel Toekomstbestendig Zorglandschap door concentratie en spreiding (c&s) bestaat uit leden van zowel de Ronde Tafel C&S Oncologie als Vaatchirurgie. In dit document wordt met de Ronde Tafel de Ronde Tafel Toekomstbestendig Zorglandschap door c&s bedoeld.

2. Proces dat is doorlopen na vaststelling van de normen

Datum	Wat
18 februari 2025	Vaststelling notitie 'Regie bij totstandkoming definitief herverdelingsscenario per regio' door Ronde Tafel ⁵
25 maart 2025	Normen Tranche 1 vastgesteld door de Ronde Tafel C&S Oncologie en Vaatchirurgie
26 maart 2025	Publicatie proces Ronde Tafels tot en met vaststellen van de normen op website Zorginstituut: 'Naar passende oncologische en vaatchirurgische zorg - Proces naar vaststelling normen Tranche 1', inclusief vervolgstappen herverdelingsscenario
8 april 2025	Met het 'Briefingdocument voor regio's concentratie en spreiding' zijn de regio's geïnformeerd over o.a. het proces om per regio te komen tot een definitief herverdelingsscenario met afspraken over herverdeling en spreiding
20 mei 2025	Vaststelling procesbeschrijving 2.0 door Ronde Tafel. Dit bevat de vervolgafspraken vanaf het besluit over de normen tot en met de implementatie van de normen
1 juni 2025	Deadline herverdeling door regio, elke regio heeft definitief herverdelingsscenario vastgesteld
1 juli 2025	Deadline definitief herverdelingsscenario na extra ronde onder regie van marktleider zorgverzekeraar
23 juli 2025	Brief van de Ronde Tafel aan regio's concentratie en spreiding: vervolgstappen na 1 juli en oproep tot afspraken over spreiding
15 september 2025	→ Verschoven deadline van 1 juli naar 15 september Deadline tripartiet geaccordeerd tijdoverzicht met alle interventies en per interventie wanneer herverdeling zal plaatsvinden
20 oktober 2025	Deadline bekendmaken afspraken over spreiding, inclusief de ingangsdatum
3 november 2025	Publicatie op website Zorginstituut: gemaakte afspraken over herverdeling interventies Tranche 1
16 december 2025	→ Verschoven deadline van 20 oktober naar 16 december

⁵ In 2024 zijn door Zorginstituut Nederland een aantal voorbeelden van spreiding uitgewerkt, die ook behandeld zijn in een webinar. Dit is voor de start van deze tijdlijn.

3. Onderzoeksopzet

De informatie is verzameld met twee enquêtes

Het onderzoek is uitgevoerd door Zorginstituut Nederland. Voor dit onderzoek waren er twee enquêtes. Eén voor het herverdelingsproces en één voor het proces van de spreidingsafspraken. Beide enquêtes hadden vragen over de volgende thema's:

1. Inrichting en proces, regierol en governance.
2. Proces totstandkoming definitieve scenario's/afspraken.
3. Tijdpad herverdeling per interventie.
4. Samenwerking.
5. Impactanalyse (alleen herverdeling).
6. Knelpunten en escalaties in het totale proces.
7. Deadlines en tijdsdruk.
8. Aanbevelingen Tranche 2.

Onder elk thema vielen meerdere subvragen:

- Meerdere stellingen over het thema waarbij per regio een oordeel gegeven kon worden en ruimte voor toelichting hierover.
- Per thema de vraag wat te behouden, wat anders te doen en wat ontbrak.

De resultaten van het onderzoek zijn uitgewerkt in een conceptrapportage. In een bijeenkomst met de respondenten is feedback op deze rapportage opgehaald en verwerkt in deze definitieve rapportage.

De evaluatie is gebaseerd op kwalitatieve informatie

De evaluatie is gebaseerd op de kwalitatieve informatie die via de vragenlijsten is opgehaald. De antwoorden geven inzicht in de ervaringen en perspectieven van de betrokken partijen. Welke partijen dit zijn is op de volgende pagina weergegeven. Niet voor alle thema's was informatie beschikbaar en de antwoorden konden niet per regio worden uitgesplitst.

De meeste input is gegeven op de open vragen. De mate waarin partijen deze vragen hebben beantwoord, verschilde per partij. Daarom kunnen op basis van deze evaluatie geen uitspraken worden gedaan over specifieke regio's. Wanneer in de rapportage wordt gesproken over 'partijen', wordt daarmee de meerderheid of alle partijen bedoeld, tenzij anders aangegeven.

De evaluatie richtte zich op het proces; de uitkomsten zijn waar relevant meegenomen

De vragenlijsten waren primair gericht op de evaluatie van het proces van herverdeling en spreiding. In de antwoorden is daarnaast op onderdelen ook informatie over de uitkomsten van het proces naar voren gekomen. Hoewel deze informatie buiten de formele scope van de evaluatie valt, is deze bij mogelijke relevantie voor het proces van tranche 2 in de rapportage meegenomen.

Door vertegenwoordiging van de volgende partijen zijn enquêtes ingevuld

	Partij	Herverdelingsproces	Spreidingsafspraken
Patiënten-organisaties ⁶	Hartstichting	V	
	NKF	V	V
Professionals (beroepsvereniging)	V&VN	V	Geen zicht op spreading
	FMS	V	V
Ziekenhuizen	NVZ	V	V
	UMCL	V	V
Verzekeraars	ZN	V	V



⁶ Patiëntenfederatie Nederland liet zich vertegenwoordigen door de NFK en de Hartstichting.

4. Resultaten

Leeswijzer resultaten

Hierna volgen de resultaten van de evaluatie. De resultaten zijn per thema (A t/m H) weergegeven. Op iedere pagina is aangegeven:

- welk thema (A t/m H) wordt behandeld;
- of de resultaten betrekking hebben op *herverdeling* of *spreiding*.

Per thema komen eerst de resultaten over herverdeling aan bod en daarna de resultaten over spreiding.

Partijen konden bij elk thema aangeven wat ze wilden behouden en verbeteren als het gaat om dit thema. Met een symbool en het woord behouden of verbeteren is opgenomen welke input is gegeven.



Behouden



Verbeteren

In de rapportage zijn quotes opgenomen. Dit zijn antwoorden die de partijen hebben gegeven bij het betreffende thema. Soms is dit ter illustratie, soms ter onderbouwing van een conclusie.

”

“Zonder deadlines waren de gesprekken eindeloos doorgegaan.”

A: Inrichting en proces: regierol en governance, *herverdeling*

Hoewel de governance⁷ voor concentratie op papier redelijk was uitgewerkt, verliep de toepassing ervan niet in alle regio's zoals beoogd.

Op hoofdlijnen was de governance redelijk uitgewerkt.

- Voor concentratie waren er landelijke afspraken en een duidelijk proces.
- Door de Ronde Tafel was de governance voor het proces in de regio op hoofdlijnen ingericht met ruimte voor regionale invulling.

Het proces leidde in sommige regio's wel, maar in andere regio's niet tot effectieve besluitvorming.

- Het succes leek volgens partijen sterk afhankelijk van bestaande relaties en regionale cultuur of de inzet van een externe begeleider. Sommige regio's hadden voor concentratie en spreiding tranche 1 al goed functionerende netwerken en overlegstructuren. In andere regio's verliep het proces vooral bilateraal tussen ziekenhuizen. Het kwam ook voor dat uitvoering en besluitvorming vastliepen of leidden tot (toename van) spanningen in de regio. Bestaande relaties hadden hieronder te lijden.
- Zorgverzekeraars werden met name betrokken wanneer het in de regio onderling niet lukte om tot overeenstemming te komen. Dit kwam omdat de zorgverzekeraars dan niet duidelijk gepositioneerd waren.

Niet alle stakeholders werden tijdig of voldoende betrokken.

- Partijen zagen dat niet alle stakeholders betrokken werden. Dit kon om henzelf gaan, maar ook om andere partijen.
- Het ging er daarbij niet alleen om of een partij wel of niet betrokken werd, maar ook om de timing en de invloed die een partij had.

Regie, rollen en verantwoordelijkheden waren in theorie helder.

- In theorie zou duidelijk moeten zijn dat de leidende partijen (2 grootste zorgaanbieders en marktleider zorgverzekeraar) de regie hadden. In de praktijk wisselde het per regio of dit duidelijk was. Of de regie door de achterban in de regio als effectief werd ervaren wisselde per partij.
- In de regio wist men in grote lijnen wat er van hen verwacht werd, maar praktisch was dit niet altijd uitvoerbaar.
- Zorgverzekeraars Nederland gaf aan dat pas in de loop van het proces de rol en verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraars in de regio's duidelijk werden.

Quotes partijen over onderdeel A voor Herverdeling:

”er zijn regio's die aangaven dat de gesprekken in de bestaande netwerken vóór het C&S traject constructiever liepen dan na de start”

”De achterban van de V&VN werd te weinig of helemaal niet betrokken. Dat is ontstaan door een weeffout in de regionale governance. Dat heeft de kwaliteit van de herverdelingsafspraken negatief beïnvloed.”

⁷ Onder governance-structuur wordt hier verstaan: de regio had een raamwerk van regels, rollen, verantwoordelijkheden en besluitvormingsprocessen dat bepaalde hoe het proces werd aangestuurd, beheerst en gecontroleerd. Duidelijk voor betrokkenen was, wie beslissingen mocht nemen, wie waarvoor verantwoordelijk was en hoe verantwoording werd afgelegd.

Regie op het herverdelingsproces vraagt om betere afspraken en instrumenten bij de inrichting van het proces in Tranche 2.



Behouden

De partijen gaven de volgende input op punten om te behouden bij de inrichting van het proces herverdelingsafspraken in Tranche 2.

- Tripartite betrokkenheid, het stellen van deadlines, ruimte voor regionaal maatwerk en onafhankelijke begeleiding in de regio.



Verbeteren

Er werd veel input gegeven om de inrichting van het herverdelingsproces in Tranche 2 te verbeteren, zowel op overkoepelend niveau als in de regio's.

Genoemd werden:

- Vooraf definiëren van ieders rol (ook van verpleegkundig professional), met vooraf een duidelijke taakverdeling, doel en verwachtingen, afspraken over regie, governance, escalatie en handhavingsmechanisme en realistische tijdslijnen.
- Communicatie hierover, bijvoorbeeld in een gezamenlijke factsheet waarin de rollen, verantwoordelijkheden en betrokken partijen worden toegelicht.
- Tijdiger tripartite betrokkenheid, met participatie van patiëntenorganisaties.
- In alle regio's duidelijke governance en overlegstructuren nodig.

Quotes partijen over onderdeel A voor Herverdeling:

”

“De huidige opzet stimuleert bilaterale koehandel”

”

“Voor toekomstige trajecten kan worden overwogen zorgverzekeraars eerder en duidelijker te positioneren”

”

“Benoem explicieter wat van regio's wordt verwacht. Is het doel de beste zorg voor die ene aandoening? Of worden de regio's aangezet tot gesprekken over de toekomstbestendigheid van de regio?”

A: Inrichting en proces: regierol en governance, *spreiding*

Governance voor spreiding was in tegenstelling tot herverdeling niet goed uitgewerkt.

Bij het spreidingsproces ontbraken heldere kaders, rollen, verantwoordelijkheden en escalatiemechanismen.

- De governance voor spreiding was minder goed uitgewerkt dan voor herverdeling. Volgens de partijen ontbraken duidelijke kaders, rollen, verantwoordelijkheden en instrumenten/interventiemogelijkheden.
- Hierdoor was vaak onduidelijk wie regie had. In sommige regio's trokken bepaalde partijen wel regie naar zich toe, maar waren er vooraf geen duidelijke afspraken over gemaakt.
- Regio's moesten zelf uitvinden hoe ze tot afspraken moesten komen.
- De voortgang was sterk afhankelijk van regionale verhoudingen en de bereidheid van ziekenhuizen om er gezamenlijk uit te komen.
- Ziekenhuizen misten afspraken over hoe het bredere patiëntenperspectief (niet alleen oncologie en vaatchirurgie) betrokken moest worden.

Spreiding bleek inhoudelijk ingewikkelder dan vooraf gedacht. Partijen gaven aan dat het naast een governance vraagstuk ook een inhoudelijk en financieel vraagstuk is.



Behouden

Houd ruimte voor maatwerk in de regio.



Verbeteren

Partijen hebben moeite met het gebruik van de term spreiding en om spreiding als apart onderdeel te zien.

- Eén van de partijen stelt voor om het woord spreiding niet te gebruiken, omdat de naam lastig uit te leggen is en de lading niet dekt.
- Partijen vinden dat spreiding nu leidt tot uitruil. Twee van hen geven aan dat het gesprek moet gaan over het toekomstige zorglandschap in de regio met (waarschijnlijk) portfolio-keuzes van ziekenhuizen.
- Als toch doorgegaan wordt met spreiding, vindt men dat er dan gezorgd moet worden voor duidelijke kaders en facilitatie van het proces.

Quotes partijen over onderdeel A voor Spreiding:



"De opdracht om te komen tot spreiding in relatie tot wat is geconcentreerd was een ingewikkelde opdracht. Iets inleveren en (van dezelfde partij) weer iets terug krijgen is de verkeerde dynamiek"

B: Proces totstandkoming definitieve scenario's, herverdeling

Het proces leidde tot concentratieafspraken in de regio's maar er zijn verbeterpunten.

Met name patiëntenorganisaties en de achterban van V&VN hadden onvoldoende zicht op het proces in de regio's.

- Niet elke partij was betrokken bij het proces in de regio's.
- Het kwam ook voor dat een partij in de ene regio wel en in de andere regio niet betrokken was.

Meerdere partijen gaven aan dat het proces leidde tot concentratieafspraken in de regio's, maar dat die niet altijd gedragen werden.

- In alle regio's werden eerst concentratieafspraken gemaakt, spreiding was nog geen onderdeel van het gesprek.
- In de regio's kwamen afspraken tot stand over concentratie, maar het leek er op dat in geen enkele regio alle instellingen de afspraken volledig ondersteunden.
- Het resultaat wordt gezien als uitruil en ervaren als onevenwichtig.

Behouden

In Tranche 2 is het belangrijk om duidelijke tijdslijnen te behouden.

- Partijen benoemen duidelijke tijdslijnen en realistische implementatietermijnen per regio als punten om te behouden.
- Punten om te behouden die één keer benoemd werden: afspraken over financieel comfort voor zorgaanbieders voorafgaand aan Tranche 2, duidelijke rolverdeling en afspraken over wie doorzettingsmacht heeft.

Verbeteren

In Tranche 2 is het goed om alle partijen te betrekken bij het proces in de regio en duidelijke afspraken te maken over het proces.

- Patiëntenorganisaties willen betere tripartite betrokkenheid in een deel van de regio's en ook V&VN wil betrokken worden.
- Duidelijkheid over welke afspraken onderdeel moeten zijn van de herverdeling en hoe uitruil voorkomen kan worden.
- Sommige partijen denken dat het goed is om regionale processen te faciliteren en explicietere kaders op te stellen met daarin verwachtingen van specifieke partijen.

Quotes partijen over onderdeel B voor Herverdeling:

”

“De herverdelingsafspraken hebben niet overal geleid tot de gewenste concentratie. Vaak werd uitruilgedrag gezien, wat niet de bedoeling achter dit traject is”

”

“De achterban is niet tevreden over de huidige herverdelingsafspraken. Ze worden vaak ervaren als onevenwichtig... zorgprofessionals ervaren dat zij zorg kwijtraken zonder dat daar evenwichtige spreiding, behoud van expertise of versterking van hun regionale profiel tegenover staat”

B: Proces totstandkoming definitieve scenario's, *spreiding*

Het proces heeft onvoldoende geleid tot afgeronde spreidingsafspraken.

Partijen geven aan dat de achterban in de regio's over het algemeen niet tevreden is over het proces van spreidingsafspraken.

- Er is verschil per regio, maar over het algemeen is men ontevreden over wat het proces heeft opgeleverd. Het heeft onvoldoende geleid tot de gewenste spreiding van zorg.
- De focus lag eerst op concentratie en niet op spreiding. Op het moment dat spreidingsafspraken werden gemaakt was de uitgangssituatie voor ziekenhuizen sterk veranderd.

In de meeste regio's zijn weinig spreidingsafspraken gemaakt.

- In de vragenlijst kon bij de vraag 'Welk type afspraken zijn er gemaakt in de regio' gekozen worden uit drie opties: afspraken tussen 2 ziekenhuizen, afspraken binnen de (sub)regio of anders. De drie partijen die per regio een antwoord invulden, gaven voor dezelfde regio een verschillend antwoord.
- Voor veel regio's geldt dat er procesafspraken zijn, maar dat die nog geconcretiseerd moeten worden.
- In één regio zijn de spreidingsafspraken afgerond.

Behouden

Er zijn een aantal zaken om in Tranche 2 te behouden. Genoemd zijn:

- Het open gesprek tussen betrokken partijen
- Ruimte voor regionaal maatwerk
- Actieve betrokkenheid van professionals
- Onafhankelijke procesbegeleiding.

Quote partij over onderdeel B voor Spreiding:

”In alle regio's lag de focus eerst op concentratieafspraken. Spreiding was op dat moment nog geen onderdeel van het gesprek/onderhandeling. Daarna ontstonden "ontvangende" en "latende" ziekenhuizen. In de volgende fase ging het gesprek pas over spreiding. De incentive voor de ontvangende ziekenhuizen om zorg te spreiden was er (vaak) niet. Dit wordt vooral door de zorgprofessionals in de (vaak kleinere) ziekenhuizen ervaren. Zij vonden daardoor het gesprek/de onderhandeling onevenwichtig. Hierdoor kon alleen teruggevallen worden op de tijdelijke financieel comfort regeling.”

Verbeteren

Spreiding zou meer integraal en inhoudelijk ingericht moeten worden met duidelijke kaders en regie.

- Twee partijen gaven om bij voor Tranche 2 te werken met focus op een toekomstbestendig zorglandschap en hier integraal en meer inhoudelijk naar toe te werken. Zij vinden dat spreiding vanaf de start integraal onderdeel moet zijn van het proces⁸, niet pas nadat de concentratieafspraken gemaakt zijn.
- Daarnaast is behoefte aan duidelijke kaders, rollen, een passende tijdslijn, heldere regie en escalatiemogelijkheden, en expliciete afspraken over rollen en afwegingskaders.
- Spreiding is niet los te zien van concentratie en van bredere regionale netwerkzorg. Spreiding moet integraal onderdeel van het proces zijn. Gezamenlijk gesprek over regionale rolverdeling, zorgprofielen en portfolio.

⁸ Zo is het ook opgenomen in de notitie 'Regie bij totstandkoming definitief herverdelingsscenario per regio', het Briefingdocument voor de regio's concentratie en spreiding en in de Procesbeschrijving versie 2.0 'Naar passende organisatie van oncologische en vaatchirurgische medisch-specialistische zorg'.

C: Tijdpad *herverdeling* per interventie

Het tijdpad voor herverdeling was duidelijk, het is belangrijk om in Tranche 2 opnieuw te werken met duidelijke en realistische tijdlijnen.

Het tijdpad was strak, maar duidelijk.

- Er was een strak, maar duidelijk tijdpad. Twee partijen geven aan dat deadlines en druk juist voordelen hadden.
- De deadlines en heldere communicatie over de tijdlijnen droegen bij aan het maken van afspraken.
- Het commitment van de verschillende partijen in de achterban verschilde per regio.



Behouden

Partijen vinden het belangrijk om de duidelijke en realistische tijdlijnen in Tranche 2 te behouden.



Verbeteren

Wat in Tranche 2 nog anders kan is dat partijen zich meer committeren aan de afgesproken deadlines.

Quote partij over onderdeel C voor Herverdeling:

”

“Strakke tijdslijn en duidelijke deadlines hebben geholpen om het proces in gang te zetten en hebben bijgedragen aan het maken van gezamenlijke samenwerkingsafspraken.”

C: Tijdpad *spreiding* per interventie

Tijdpad bij spreiding werd als kort ervaren en door verlengen werd het tijdpad voor sommige regio's onduidelijk

De landelijke deadlines voor spreiding waren voor de partijen helder tot de deadline meerdere malen werd verlengd.

- De partijen vonden de landelijke deadlines over het algemeen helder.
- Het maken van spreidingsafspraken kostte meer tijd dan afspraken over herverdeling.
- Het meerdere malen verlengen van de deadlines voor spreiding was voor veel regio's onduidelijk, daardoor ontstond in de regio's verwarring wat er voor spreiding moest gebeuren.
- Eén van de partijen gaf aan dat spreidingsafspraken geen verplicht onderdeel waren en daardoor de deadline niet duidelijk was. Een andere partij gaf aan dat spreiding een sluitstuk was en daardoor naar de achtergrond verdween in de planning. Zoals eerder genoemd hadden twee partijen liever gezien dat concentratie en spreiding op hetzelfde moment werden opgepakt.

Behouden

Partijen willen in de volgende Tranche ook graag een duidelijk tijdpad met deadlines.

Verbeteren

Partijen vinden dat spreiding in Tranche 2 volwaardig moet worden opgepakt.

- Partijen vinden voldoende tijd, een realistische planning, criteria om te beoordelen of er voldoende voortgang is, een escalatiemechanisme en structurele bestuurlijke aandacht noodzakelijk om te komen tot werkbare afspraken. Dit kan o.a. door expliciete bestuurlijke voortgangsmomenten in te bouwen.
- Een eventuele verlenging van het proces lijkt alleen zinvol als deze bijdraagt aan het oplossen van regionale knelpunten.

Quote partij over onderdeel C voor Spreiding:

”

“Spreidingsafspraken waren geen verplicht onderdeel van de herverdelingsafspraken, dus het was onduidelijk welke deadline hiervoor gold en wanneer het voldoende was.”

D: Samenwerking, *herverdeling*

In een deel van de regio's was de samenwerking bij de herverdeling constructief en gelijkwaardig, mede door duidelijke kaders en rollen.

Of de samenwerking bij het herverdelingsproces als gelijkwaardig en constructief werd ervaren verschilde per regio en partij.

- In regio's waar patiëntenorganisaties tijdig betrokken werden, werd de samenwerking als goed ervaren.
- Niet altijd werden patiëntenorganisaties tijdig betrokken, en was het merkbaar dat er niet veel ruimte was om af te wijken van het voorgestelde besluit.
- Partijen zaten niet in elke regio aan tafel. Eén van de partijen zat in geen enkele regio aan tafel. Ook werd de samenwerking niet als gelijkwaardig ervaren. Dit leidde in sommige regio's tot spanning en slechtere relaties.
- De transparantie van de besluitvorming werd als wisselend ervaren. Soms werden besluiten door twee betrokken ziekenhuizen genomen. Dit werd overigens niet door elke regio als een probleem ervaren.

In de meeste regio's werd de regierol van de marktleider zorgverzekeraar als passend en constructief ervaren.

- Volgens partijen waren de zorgverzekeraars over het algemeen betrokken en constructief.
- In sommige regio's kwam het voor dat een andere zorgverzekeraar zich erin ging mengen wat niet als constructief werd ervaren.
- Er waren signalen dat ziekenhuizen een meer sturende/inhoudelijke opstelling hadden verwacht van de zorgverzekeraar. Ook gaven partijen aan dat zorgverzekeraars pas laat inhoudelijke vragen stelden of eerst regionaal meer ruimte gaven, maar daar later op terugkwamen/werden teruggefloten door Zorgverzekeraars Nederland.

De patiëntenorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland vonden dat de inbreng van patiënt-vertegenwoordigers effect had op het herverdelingsscenario.

- De patiëntenorganisaties vonden dat ze in de ene regio beter betrokken waren dan in de andere, maar dat hun inbreng over het algemeen wel effect had.
- Ziekenhuizen gaven aan dat er goede afspraken waren over de betrokkenheid van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en de Hartstichting. Lokale en regionale cliëntenraden werden niet altijd voldoende betrokken of hadden soms een ander beeld dan de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties en de Hartstichting.

Behouden

Partijen willen duidelijke kaders over betrokkenheid en rolverdeling, inhoudelijke betrokkenheid van professionals en de open tripartite samenwerking behouden.



Verbeteren

Zorg in Tranche 2 dat alle partijen tijdig en gelijkwaardig worden aangehaakt, breng randvoorwaarden op orde en faciliteer de samenwerking.

- Kijk eerst goed wat past bij de scope van Tranche 2.
- Laat gegevensuitwisseling en netwerkfinanciering geen drempel of vertragende factor zijn.
- Initieer en faciliteer samenwerking en focus op gelijkwaardigheid van partijen, maar ook van verschillende typen ziekenhuizen.
- Een eventuele verlenging van het proces lijkt alleen zinvol als deze bijdraagt aan het oplossen van regionale knelpunten.

Quotes partijen over onderdeel D voor Herverdeling:

”

“Proces van C&S heeft ertoe geleid dat medisch specialisten meer met elkaar spreken over zorgpaden, MDO etc. Dit kan een stap zijn naar betere samenwerking en sturing op 'de juiste zorg op de juiste plek.’”

”

“In een aantal regio's stelden zorgverzekeraars volgens ziekenhuizen relatief laat in het proces kritische/inhoudelijke vragen over de herverdelingsplannen. Dit voelde soms als mosterd na de maaltijd, omdat ze wel al betrokken waren en de plannen al bijna definitief waren.”

D: Samenwerking, *spreiding*

De samenwerking op het onderwerp spreiding was niet gelijkwaardig.

Zorgaanbieders gaven aan dat de samenwerking niet altijd gelijkwaardig, constructief en transparant verliep.

- Er waren vooral vanuit kleinere instellingen signalen dat de Universitair Medische Centra en grote ziekenhuizen met meer macht aan tafel zaten.
- Door eerst concentratieafspraken te maken ontstond een ongelijke uitgangspositie tussen ontvangende en latende ziekenhuizen. Zorgprofessionals in latende ziekenhuizen ervoeren dat zij afhankelijk werden van de bereidheid van ontvangende ziekenhuizen om zorg te spreiden.
- Het proces was grillig en stond onder grote tijdsdruk. Hoewel deadlines nodig zijn heeft dit bij spreiding geleid tot veel onrust en verslechtering van relaties.

Regie was onvoldoende helder en er ontbraken instrumenten om regie te voeren.

- Voor één van de patiëntenorganisaties was het niet in iedere regio helder wie de regierol had, waardoor het moeilijk was om eventuele onvoldoende betrokkenheid recht te zetten.
- Zorgverzekeraars Nederland gaf aan dat als een zorgverzekeraar de regie had, deze geen instrumenten had om deze in te vullen.
- Ook andere partijen gaven aan dat de regierol als onduidelijk of niet passend werd ervaren. Bij spreiding ontbrak een mechanisme om voortgang te bewaken en knelpunten te adresseren.

Patiëntperspectief was niet goed geborgd bij spreidingsafspraken.

Behouden

Waar mogelijk is het belangrijk om de eigen verantwoordelijkheid in de regio's te behouden.

- Regio's nemen waar mogelijk zelf verantwoordelijkheid voor toekomstbestendige netwerkzorg.
- Waar onafhankelijke begeleiding heeft geholpen om het gesprek van bilaterale uitruil naar een collectief regionaal vraagstuk te brengen, moet dit worden voortgezet.

Verbeteren

Alle partijen moeten betrokken worden en de samenwerking moet gelijkwaardiger worden ingericht.

- De samenwerking moet gelijkwaardiger worden ingericht, waarin grote, kleine, ontvangende en latende ziekenhuizen vanaf het begin gezamenlijk spreken over regionale rolverdeling.
- Financiële compensatie mag niet het enige gespreksonderwerp zijn tussen ziekenhuizen.

E: Impactanalyse, herverdeling⁹

De uitgebreide impactanalyse hielp bij het voeren van gesprekken over herverdeling in de regio, maar er is ruimte voor verbetering.

De impactanalyse van SiRM (strategisch adviesbureau) heeft geholpen maar had ook beperkingen.

- Partijen vonden dat het proces van de impactanalyse hielp bij de gesprekken in de regio. Samen werd er toegewerkt naar het maken van afspraken. Het gaf echter niet genoeg houvast voor besluitvorming.
- De analyse was erg uitgebreid en theoretisch.
- Eén van de partijen gaf aan dat financiële impact van keuzes minimaal is en dat het goed was dat de analyse door een externe partij werd uitgevoerd.
- Een andere partij vond de impactanalyse lastig te lezen, technisch en weinig bruikbaar. De analyse gaf geen inzicht in de brede impact.
- Twee partijen hadden geen zicht op het feit of de impactanalyse consistent was gebruikt in de besluitvorming.
- Eén van de partijen gaf aan dat er geen kaders waren om de data te beoordelen en dat er regelmatig discussies waren over de getallen. Dit leidde vervolgens tot vertraging.

Behouden

Het gebruik van volumedata is iets om in Tranche 2 te behouden.

Verbeteren

Als opnieuw een impactanalyse wordt gemaakt is het belangrijk dat deze compacter is dan bij Tranche 1 en dat transparant is welke informatie wordt gebruikt en hoe deze wordt gebruikt.

- Betere transparantie in aantallen/volumes/kwaliteitsinformatie.
- Specifiek voor volumennormen: vooraf afspreken hoe naar volumes over de jaren te kijken en welke jaren te gebruiken om gemiddeldes te berekenen.
- Een beperktere impactanalyse; alleen datgene wat nodig is voor keuzes.

Quotes partijen over onderdeel E voor Herverdeling:

”

”Het kwantitatieve deel kan op hoger niveau, oneindig aantal scenario's voegen weinig toe, omdat discussie vooral over kwalitatieve deel gaat.”

”

”Om te komen tot herverdelingsafspraken is gekeken naar de volumes van de interventies. Op basis daarvan zijn keuzes gemaakt over het wel/niet mogen blijven doen van de interventies.”

”

”Wat ons betreft hoeft de impactanalyse niet herhaald te worden. Uit de impactanalyses van Tranche 1 kwam een vrij consistent beeld en dat zal niet veranderen bij Tranche 2.”

⁹ Impactanalyse is alleen voor herverdeling uitgevoerd, niet voor spreading. Het document van het Zorginstituut met voorbeelden van spreidingsafspraken en de webinars hierover gaf inspiratie.

F: Knelpunten en escalaties, herverdeling

Knelpunten werden gesignaleerd, maar er zijn verschillende ervaringen met de mate waarin deze adequaat zijn opgelost.

Partijen lijken het erover eens te zijn dat knelpunten in het herverdelingsproces tijdig werden gesignaleerd. Het beeld of conflicten adequaat werden gemanaged verschilt tussen zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland.

- Bij alle partijen leeft het beeld dat knelpunten werden gesignaleerd.
- Zorgaanbieders gaven aan dat er geen goed escalatiemechanisme was. Er was volgens hen geen partij met doorzettingsmacht en de Ronde Tafel had weinig handelingsperspectief als het regionaal niet goed ging.
- Volgens Zorgverzekeraars Nederland hielp de afspraak, dat de marktleider zorgverzekeraar de knoop doorhakke bij knelpunten waar de regio niet uitkwam. Waar nodig hebben zorgverzekeraars de knoop doorgehakt en zijn afspraken tot stand gekomen.
- Patiëntenorganisaties hadden te weinig zicht op hoe werd omgegaan met knelpunten en/of conflicten.



Behouden

- Geen rol van de Ronde Tafel bij casuïstiek in een regio.
- De regio's moeten de ruimte houden om zelf oplossingen te vinden en Zorgverzekeraars Nederland behoudt graag de duidelijke afspraken over wie de knoop uiteindelijk doorhakt met welke deadline.



Verbeteren

Voor twee zorgaanbieders is het belangrijk dat er duidelijke afspraken zijn over knelpunten en escalaties.

- Spreek aan de voorkant een duidelijke escalatieroute af: wie grijpt in als een regio onvoldoende voortgang boekt, welke ondersteuning is beschikbaar, hoe wordt besloten als partijen er niet uitkomen.
- Een andere partij gaf aan dat er in sommige regio's meer strakke regie nodig was.

Quote partij over onderdeel F voor Herverdeling:

”

“In de paar gevallen dat er regionaal grote conflicten ontstonden moesten ze dat zelf oplossen, in eerste instantie in overleg met de verzekeraar. Ook voor de verzekeraars was het zoeken naar de rol en positie die ze in die situaties hadden.”

F: Knelpunten en escalaties, *spreiding*

Knelpunten voor spreiding werden gesignaleerd, maar niet opgelost.

Gebrek aan sturingsmogelijkheden werd gesignaleerd, maar niet opgelost.

- Regio's gaven aan dat spreidingsafspraken moeilijk op gang kwamen. Het proces werd aan de regio's zelf gelaten.
- Door het ontbreken van een leidraad voor spreiding en een duidelijke rol van de Ronde Tafel was het lastig hierop te acteren.
- In enkele regio's lukte het uiteindelijk wel om een constructief en inhoudelijk gesprek te voeren.

Het beeld of conflicten adequaat werden gemanaged verschilde per partij en per regio.

- Waar de ene partij aangaf dat er, omdat spreiding niet op gang kwam weinig conflicten waren (Zorgverzekeraars Nederland), gaven anderen aan dat in de regio conflicten niet goed werden gemanaged.



Behouden

Partijen willen de volgende acties die wel goed werkten in de regio's graag behouden.

- Strakke regie in sommige regio's.
- Ruimte blijven geven aan regio's die werken met onafhankelijke begeleiding en brede portfoliogesprekken.
- Signalen vanuit de regio's en achterban ophalen en bestuurlijk bespreken.



Verbeteren

Partijen willen waar nodig meer regie, duidelijkere escalatiemogelijkheden en begeleiding indien nodig.

- Ontbrekende regionale regie in sommige regio's.
- Een duidelijke escalatieroute afspreken, waarbij helder is wanneer een regio onvoldoende voortgang boekt, wie dan ingrijpt, welke ondersteuning beschikbaar is en hoe besluitvorming plaatsvindt als partijen er niet uitkomen.
- Ook moet een onafhankelijke facilitator of voorzitter kunnen worden ingezet (landelijk gefaciliteerd).
- Van bilaterale uitruil naar een collectief regionaal vraagstuk.

Quote partij over onderdeel F voor Spreiding:

”

”Als het over spreiding ging, werd dit vaak een financiële onderhandeling in plaats van een inhoudelijk gesprek over samenhang, werkplezier, expertise, opleiding, portfolio en aantrekkelijkheid van het vak. Sommige regio's hebben toch een positieve wending weten te geven aan het proces.”

G: Deadlines en tijdsdruk, *herverdeling*

Deadlines voor herverdeling waren uitdagend, de eerste verlenging droeg bij aan resultaat.

De deadlines droegen bij aan besluitvorming.

- Deadlines waren nodig om tot besluiten te komen. De eerste deadlines die waren gesteld in juni/juli 2025 waren volgens één van de zorgaanbieders te krap, de eerste verlenging droeg bij aan besluitvorming voor concentratie.
- Volgens Zorgverzekeraars Nederland waren de deadlines uitdagend, maar haalbaar. In sommige gevallen was iets meer tijd nodig om breed gedragen besluiten te nemen, maar in de meeste gevallen niet.
- Verder uitstel leidde volgens de zorgaanbieders en Zorgverzekeraars Nederland tot discussies en onduidelijkheid.



Behouden

Partijen gaven geen voorbeelden voor wat behouden moet blijven.



Verbeteren

Het is belangrijk om deadlines tijdig te communiceren, vast te houden aan deadlines en een duidelijk escalatieproces te hebben bij het niet halen van deadlines.

Quote partij over onderdeel G voor Herverdeling:

”

“Zonder deadlines waren de gesprekken eindeloos doorgedaan.”

G: Deadlines en tijdsdruk, *spreiding*

Het stellen en wijzigen van deadlines bij spreidingsafspraken is niet door alle regio's als positief ervaren.

De verlenging van de deadlines voor spreiding heeft in sommige regio's weinig opgeleverd en eerder geleid tot verwarring en onzekerheid.

- De deadlines waren voor spreiding onvoldoende haalbaar en hebben niet gewerkt om te komen tot spreidingsafspraken.
- Dit kwam omdat het proces inhoudelijk onvoldoende was uitgewerkt. Meer tijd was alleen zinvol geweest als ook de spelregels, rollen en escalatiemogelijkheden duidelijk waren.
- Het uitstellen van deadlines gaf in sommige regio's extra ruimte voor een breder portfoliogesprek of onafhankelijke begeleiding, maar in veel regio's bleven dezelfde knelpunten bestaan en nam de onzekerheid toe.

Quote partij over onderdeel G voor Spreiding:

”

“Uitstel leidt niet automatisch tot (betere) spreidingsafspraken.”

H: Aanbevelingen partijen voor Tranche 2

Bij de vraag voor opmerkingen en aanbevelingen voor Tranche 2 geven partijen vooral aanbevelingen voor herverdeling.

Partijen geven bij de laatste vraag nog de volgende aanbevelingen mee voor het proces van herverdeling.

- Tijdig en gelijkwaardig betrekken van alle partijen.
- Strakke regie en regionaal leiderschap met visie, daadkracht en een positieve grondhouding.
- Transparant en slagvaardig proces door heldere informatievoorziening voor alle partijen.
- Goed ingerichte governance met heldere rollen en mandaat aan de verschillende tafels. En transparante communicatie hierover.
- Duidelijke definities van de normen of andere kwaliteitsinstrumenten die worden opgenomen in Tranche 2.
- Integrale besluitvorming, stok achter de deur middels contractering door zorgverzekeraars.
- Leren van elkaar, welke modellen zijn in de verschillende regio's gekozen, op welke manier is tot die keuze gekomen, wat werkt wel en wat werkt niet in dat model of in die regio.

En voor spreading gaven partijen het volgende mee.

- Wees zeer kritisch of spreading onderdeel moet zijn in Tranche 2.
- Voortzetten van onafhankelijke begeleiding in die regio's waar dat geholpen heeft om het gesprek van bilaterale uitruil naar een collectief regionaal vraagstuk te brengen.

Daarnaast is gevraagd welke rol de Ronde Tafel kan hebben bij het totale proces van herverdelings- en spreidingsafspraken in Tranche 2. Alleen bij herverdeling is input gegeven. De input was:

- Integrale besluitvorming en stok achter de deur middels contractering door zorgverzekeraars.
- Het stellen van kaders.
- De Ronde Tafel kan een rol spelen als regisseur van voortgang en tempo.

Quotes partijen over onderdeel H:

”

“Niet meer contracteren: zorgverzekeraar kan beweging stimuleren door niet meer in te kopen, maar moet daarvoor wel de juiste tools hebben (nu kan ziekenhuis het nog steeds via ongecontracteerde zorg blijven doen en deels betaald krijgen).”

”

“Laat spreading geen onderdeel zijn van T2.”

”

“Alternatief: we concentreren en spreiden indien nodig. Ook rol voor de huizen zelf, onderhandel met je zorgverzekeraar: bijvoorbeeld ruimte om wachtlijsten weg te werken. Ga daar met je zorgverzekeraar over in gesprek.”

5. Bijlagen

Bijlage 1

Besluitvorming over allocatie in de regio

Na het vaststellen van de oncologische- en vaatchirurgische normen door de Ronde Tafels C&S Oncologie en Vaatchirurgie op 25 maart 2025, moesten de regio's tot een definitief herverdelingsscenario komen. In de Ronde Tafel Toekomstbestendig Zorglandschap door c&s van 18 februari 2025 hebben partijen de notitie 'Regie bij totstandkoming definitief herverdelingsscenario per regio' vastgesteld. Hierin zijn afspraken opgenomen om in elke regio tot een definitief herverdelingsscenario te komen. Over het besluitvormingsproces is het volgende afgesproken¹⁰.

Besluitvorming over her-allocatie interventies door regionale zorgpartijen

- Besluitvorming over allocatie van interventies (dit betreft zowel de concentratie als de spreiding van zorg) vindt plaats binnen de regio met behulp van de resultaten uit de regionale impactanalyse en het landelijke beeld over de maatschappelijke effecten.
- De scope voor de eerste tranche betreft de (volume)normen die zijn vastgesteld door de Ronde Tafels C&S Oncologie en Vaatchirurgie en spreiding van laagcomplex MSZ zoals beschreven in het advies 'Een praktische route voor spreiding van laag complexe MSZ'. Dit advies is door het Zorginstituut aangeboden aan de thematafel Concentratie en Spreiding op 16 mei 2024.
- Uitwerking van het voorstel voor her-allocatie van interventies per tranche gebeurt vanuit het regionaal overleg tussen de relevante zorgpartijen beschreven in paragraaf 2.3 van dit document*. De leidende zorgverzekeraar en de twee grootste zorginstellingen hebben als penvoerder de verantwoordelijkheid om te zorgen dat er na de impactanalyse een voorstel wordt opgesteld ter besluitvorming.

Besluitvorming kent 3 niveaus van escalatie:

1. Besluitvorming vindt waar mogelijk plaats op basis van consensus van alle bij het regionaal overleg betrokken partijen.
2. Indien dat niet mogelijk blijkt, dan wordt gestreefd naar consent tussen alle bij het regionaal overleg betrokken partijen.
3. Indien dat niet mogelijk blijkt, dan vindt her-allocatie plaats door te kijken welke ziekenhuizen op basis van de data van het afgelopen jaar voldoen aan de voorgestelde volumennormen voor de interventies van de desbetreffende tranche. Dit betekent dat zorgverzekeraars dit meenemen in hun contractering, in lijn met de afspraken en tijdslijnen in het IZA

Escalatie van besluitvorming naar landelijk niveau is niet mogelijk. Wel kan een regio besluiten om onafhankelijk advies in te winnen in geval men niet eigenstandig tot besluitvorming kan komen.

¹⁰ Deze afspraken zijn gebaseerd op de door de landelijke Ronde Tafel vastgestelde "Procesbeschrijving versie 1.0: naar passende organisatie van oncologische en vaatchirurgische medisch specialistische zorg"

Bijlage 2

Proces herverdelingsscenario's

Na het vaststellen van de oncologische- en vaatchirurgische normen door de Ronde Tafels C&S Oncologie en Vaatchirurgie op 25 maart 2025, moeten de regio's tot een definitief herverdelingsscenario komen. Op de Ronde Tafel Toekomstbestendig Zorglandschap door c&s van 18 februari 2025 hebben partijen de notitie 'Regie bij totstandkoming definitief herverdelingsscenario per regio' vastgesteld. Hierin zijn afspraken opgenomen om in elke regio tot een definitief herverdelingsscenario te komen. De afspraken over het proces om te komen tot herverdelingsscenario's zijn hieronder beschreven, inclusief tijdpad en verantwoordelijkheden. Er zijn zeven regio's die overeenkomen met de regio's zoals deze zijn vastgesteld in het document regio-indeling impactanalyse.

Definitieve herverdelingsscenario's

Het proces om te komen tot herverdelingsafspraken heeft drie stappen. De scope van de herverdelingsafspraken zijn de interventies uit tranche 1 én afspraken over spreiding.

1. *Elk van de zeven vastgestelde regio's heeft het definitieve herverdelingsscenario¹¹ opgesteld en gedeeld met de NZa.*

De marktleider zorgverzekeraar en de twee grootste zorginstellingen hebben de regie en de verantwoordelijkheid om te zorgen dat in de regio een voorstel voor herverdeling wordt opgesteld en zij zijn penvoerder van het definitieve herverdelingsscenario. Bij het opstellen van het scenario zijn regionale zorgpartijen betrokken zoals; de overige zorgaanbieders, medisch specialisten, verpleegkundigen, oncologische- en vaatnetwerken en patiëntvertegenwoordiging en eventueel andere belanghebbenden.

De marktleider zorgverzekeraar en de twee grootste zorginstellingen¹² hebben als regievoerder de verantwoordelijkheid om een efficiënt proces in te richten waarbij alle stakeholders betrokken worden. De ACM heeft hierover informatie geplaatst op zijn website.

Bij de besluitvorming in de regio's over de herverdeling van zorg wordt gestreefd naar consensus van alle bij het regionaal overleg betrokken partijen, te weten zorgaanbieders, medisch specialisten, verpleegkundigen, marktleider zorgverzekeraar en patiëntvertegenwoordiging. Indien dat niet mogelijk blijkt, wordt gestreefd naar consent⁸ tussen alle bij het regionaal overleg betrokken partijen.

Uiterlijk 1 juni 2025 is het definitieve herverdelingsscenario opgesteld en gedeeld met de NZa.

2. *Overschrijden deadline opstellen definitief herverdelingsscenario*

Indien de deadline niet wordt gehaald, wordt onder regie van de marktleider zorgverzekeraar in de regio één extra gespreksronde met alle partijen georganiseerd om alsnog tot overeenstemming te komen over een gedragen herverdelingsscenario.

Op 1 juli 2025 stelt de marktleider zorgverzekeraar een herverdelingsscenario vast indien de partijen in de regio er na de extra gespreksronde nog niet uitkomen. Hierbij wordt gekeken welke instellingen op basis van de data van het afgelopen jaar voldoen aan de vastgestelde (volume)normen voor de interventies van de desbetreffende tranche. Dit betekent dat zorgverzekeraars dit meenemen in hun contractering, in lijn met de afspraken in het IZA.

¹¹ Definitief herverdelingsscenario: voor elk van de zeven vastgestelde regio's wordt een totaaloverzicht gemaakt waarin zowel de oncologische interventies, als de vaatchirurgische interventies als spreiding van laagcomplex MSZ wordt weergegeven. De afspraken binnen eventuele subregio's en de vaatnetwerken worden hierin opgenomen.

¹² De regie en verantwoordelijkheid is in het IZA neergelegd bij de zorgverzekeraar(s) en de grootste zorgaanbieder in de regio. Op de Ronde Tafel Toekomstbestendig Zorglandschap door c&s is afgesproken om de regie en verantwoordelijkheid neer te leggen bij de marktleider zorgverzekeraar en de twee grootste zorginstellingen. Deze afspraak is beschreven in de vastgestelde procesbeschrijving 1.0.

3. *Herverdeling per interventie*

Na de vaststelling van het definitieve herverdelingsscenario maakt elke regio een geaccordeerd tijdoverzicht met alle interventies. Per interventie is opgenomen per wanneer de herverdeling zal plaatsvinden met een onderbouwing.

Bij de totstandkoming van de afspraken over herverdeling zijn zorgaanbieders, medisch specialisten, verpleegkundigen, marktleider zorgverzekeraar en patiëntvertegenwoordiging betrokken en zij participeren gelijkwaardig.

Zorgverzekeraars handelen gelijkgericht ten aanzien van de herverdeling van interventies en het verwerken van de implementatietermijnen van de interventies. De marktleider zorgverzekeraar betreft andere zorgverzekeraars in hun regio en via ZN worden alle zorgverzekeraars geïnformeerd.

De deadline voor dit overzicht is 15 september 2025.

Colofon

Opdrachtgever	Ronde Tafel Toekomstbestendig Zorglandschap door concentratie en spreiding
Opdrachtnemer	Zorginstituut Nederland
E-mail	vragen@zinl.nl
Telefoonnummer	+31 (0)20 797 82 27