



# De samenwerkings- spagaat

**Samen werken in een  
systeem waar concentreren  
moet en spreiden lastig is**

Concentratie en spreiding medisch  
specialistische zorg

November 2025



# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>3</b>	
<hr/>		
<b>01</b>	<b>De urgentie van keuzes in een veranderend zorglandschap</b>	<b>4</b>
<hr/>		
<b>02</b>	<b>De uitdagingen op het gebied van oncologische zorg en vaatzorg verschillen per regio, evenals de voortgang en inhoudelijke focus</b>	<b>7</b>
	2.1. De invoering van volumenormen zorgt voor veranderingen, het startpunt verschilt per regio	8
	2.2. De status van het plan verschilt per regio, de nadruk ligt op concentratie	9
	2.3. De mate van complexiteit verschilt per behandeling	11
	2.4. Er zijn verschillende verwachtingen met betrekking tot het halen van vastgestelde deadlines	12
<hr/>		
<b>03</b>	<b>Zes succesfactoren om te komen tot een gedragen en goedgekeurd regioplan</b>	<b>13</b>
	3.1. Vroegtijdige en brede betrokkenheid: eigenaarschap begint aan de voorkant	14
	3.2. Geloof in elkaars intenties als fundament voor samenwerking over grenzen heen	14
	3.3. Politiek-bestuurlijke sensitiviteit: verbinden, besluiten en vooruitzien	16
	3.4. Ruimte voor het gesprek over impact: erkennen, delen en bijsturen	16
	3.5. Transparante besluitvorming	18
	3.6. Datagedreven onderbouwing	18
<hr/>		
<b>04</b>	<b>De vijf strategische thema's waarop nu beweging moet komen</b>	<b>18</b>
	4.1. Gedeelde regionale visie: het startpunt voor duurzame transitie	19
	4.2. Regionaal regie voeren op het spreiden van zorg	20
	4.3. Het aanpassen van zorgleveringsmodellen aan de genomen besluiten	22
	4.4. Uitkomsten meten en verbeteren	23
	4.5. Evaluatie van implementatie tranche 1: samen leren en bijsturen	25
	<b>Bijlage I</b>	<b>26</b>
	<b>Bijlage II</b>	<b>27</b>
	<b>Bronnenlijst</b>	<b>29</b>
	<b>Auteurs</b>	<b>30</b>

# Managementsamenvatting

De toegankelijkheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg staan in toenemende mate onder druk. Om de zorg toekomstbestendig te maken, is in 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten. Een belangrijke maatregel die hierin is opgenomen, is de concentratie van hoogcomplexe zorg en de spreiding van minder complexe zorg. Het concentreren van hoogcomplexe zorg is geen nieuw beleid, maar een voortzetting van een trend die al jaren speelt. Voorbeelden zijn selectieve zorginkoop sinds 2012, de oprichting van het Prinses Máxima Centrum en aangescherpte volumennormen voor complexe ingrepen.

In maart 2025 zijn normen vastgesteld voor negentien oncologische en vaatchirurgische behandelingen, waaronder hoofd-halskanker, pancreaskanker, longkanker, maag-slokdarmkanker, nierkanker, aorta aneurysma en carotislijden. Vanaf 2026 mogen deze behandelingen alleen nog worden uitgevoerd in ziekenhuizen die voldoen aan nieuwe volumennormen, zoals minimaal honderd radicale prostatectomieën per jaar. Dit moet leiden tot betere kwaliteit, efficiënter gebruik van personeel en behoud van basiszorg dicht bij huis. De implementatie van deze normen vraagt om een regionale herverdeling van zorg.

Deze publicatie biedt inzicht in de voortgang, uitdagingen en succesfactoren van de regionale herverdeling van oncologische en vaatchirurgische zorg en beoogt kennisdeling en samenwerking te stimuleren. Zo wordt bijgedragen aan een transparanter en toekomstbestendig zorgsysteem voor patiënten en zorgprofessionals. De publicatie verrijkt de inzichten met concrete praktijkvoorbeelden en inspirerende interviews.

Uit ons onderzoek blijkt dat regio's verschillen in hun startpositie, hun voortgang en hun focus. De belangrijkste conclusies zijn de volgende:

- In geen van de zeven regio's<sup>a</sup> is gestart met de implementatie van de regioplannen.
- Twee regio's hebben een vastgesteld regioplan voor zowel oncologie als vaatzorg, terwijl drie regio's nog in overleg zijn om tot een definitief regioplan te komen.
- De nadruk van alle plannen ligt op concentratie. In drie regio's ontbreekt zelfs een concrete invulling van spreiding. Dit is opvallend, gelet op het tweesparenbeleid vanuit de twee landelijke ronde tafels.
- De complexiteit van implementatie verschilt per behandeling. Vooral oncologische ingrepen zoals longresecties (72% van de respondenten), maag-slokdarmresecties (69%) en ERCP bij pancreas (54%) worden als complex tot zeer complex

ervaren. Daarentegen worden hoofd-halszorg en radiotherapeutische interventies als relatief eenvoudig ingeschat, mede doordat deze zorg al eerder regionaal is geconcentreerd.

- De verwachtingen over het halen van deadlines lopen uiteen. Sommige regio's verwachten de deadlines voor oncologie en vaatzorg te halen, terwijl andere vertraging voorzien, bijvoorbeeld rondom de deadline 1 januari 2026. Dit benadrukt de verschillen in regionale dynamiek en bestuurlijke afstemming.
- Er zijn zes succesfactoren geïdentificeerd voor succesvolle regioplannen:
  1. Vroegtijdige en brede betrokkenheid van stakeholders, zoals medisch specialisten, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars (genoemd door tien van de dertien respondenten).
  2. Geloof in elkaars intenties als basis voor samenwerking (negen van de dertien respondenten).
  3. Politiek-bestuurlijke sensitiviteit van bestuurders om belangen te verbinden (acht van de dertien respondenten).
  4. Ruimte voor dialoog over impact, zoals zorgen over kennisverlies, financiële kwetsbaarheid en wachttijden (zeven van de dertien respondenten).
  5. Transparante besluitvorming en governance, inclusief duidelijke spelregels en procesbegeleiding (zes van de dertien respondenten).
  6. Datagedreven onderbouwing van plannen, hoewel interpretatie van data per regio verschilt (vijf van de dertien respondenten).
- Daarnaast zijn er vijf strategische thema's benoemd waarop nu beweging nodig is:
  1. Ontwikkeling van een gedeelde regionale visie, met concrete doelen en indicatoren.
  2. Regie op spreiding van zorg als volwaardig thema, bijvoorbeeld via regionale spreidingstafels en monitoring.
  3. Aanpassing van zorgmodellen en ketensamenwerking, zoals 'shared care'.
  4. Meten en verbeteren van uitkomsten via PDCA-cycli, gericht op overleving, complicaties, PROMs en samenwerking.
  5. Evaluatie van tranche 1 om te leren en bij te sturen, met reflectiesessies en documentatie van good practices.

<sup>a</sup> Het betreft hierbij de zeven regio's Noordoost-Nederland, Noord-Holland Flevoland, Oost-Nederland, Midden-Nederland, West-Nederland, Zuid-West-Nederland en Zuid-Oost-Nederland.

# 01 De urgentie van keuzes in een veranderend zorglandschap

De toegankelijkheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg staan in toenemende mate onder druk. Om de zorg toekomstbestendig te maken, is in 2022 het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten tussen zorgverleners, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de overheid.<sup>1</sup> Een van de kernmaatregelen uit dit akkoord is de concentratie van hoogcomplexere zorg en de spreiding van minder complexe zorg<sup>2,3</sup>. Concentratie van hoogcomplexere zorg is niet een nieuw thema. Het is een voortzetting van een trend die al langere tijd speelt, niet alleen in Nederland maar ook in andere landen zoals Engeland en Duitsland. Denk bijvoorbeeld aan:

- de (poging tot) selectieve zorginkoop vanaf 2012, door onder andere CZ Dit gebeurde op basis van volumennormen, bijvoorbeeld voor borstkanker;
- het ontstaan van het Prinses Máxima Centrum in 2018, waar de kinderoncologische zorg geconcentreerd werd;
- de volumennorm voor radicale prostatectomieën die stapsgewijs is verhoogd van 20 in 2014 naar 50 in 2018 en vervolgens naar 100 in 2019. Daardoor is deze zorg geconcentreerd.

Onderstaande tijdlijn toont de belangrijkste mijlpalen in de transitie van concentratie en spreiding binnen de oncologie en vaatchirurgie, vanaf het moment dat het IZA is ondertekend.

Om te komen tot concentratie van hoogcomplexere zorg, zijn er in maart 2025 aan twee landelijke ronde tafels door zorgpartijen normen vastgesteld. Vanaf 2026 worden negentien<sup>b</sup> hoogcomplexere behandelingen in de oncologische en vaatchirurgische zorg alleen nog uitgevoerd in ziekenhuizen die voldoen aan nieuwe volumennormen.<sup>4</sup> De normen zijn bedoeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de inzet van schaars personeel te optimaliseren en de zorg toekomstbestendig te houden, terwijl minder complexe zorg juist gespreid en dicht bij huis beschikbaar blijft. Het tweesporenbeleid van gedeeltelijk concentreren en spreiden moet ervoor zorgen dat patiënten enerzijds toegang houden tot hoogwaardige specialistische zorg en anderzijds niet onnodig hoeven te reizen voor basiszorg.<sup>1</sup> Daarbij is van spreiding momenteel zeer beperkt sprake.



<sup>b</sup> In bijlage I is een overzicht te vinden van de interventies met voorgestelde volumennormen voor deze negentien hoogcomplexere oncologische en vaatchirurgische aandoeningen.

De implementatie van deze normen vereist een herverdeling van specifieke hoogcomplexiteit oncologische en vaatchirurgische zorg op regionaal niveau. Regio's zijn verantwoordelijk voor het opstellen van herverdelingsscenario's, waarbij ziekenhuizen mogelijk zorg verliezen of juist geconcentreerd krijgen. Dit vraagt om keuzes in de organisatie van zorg. Een uitdagende opgave, gelet op de uiteenlopende belangen.

Voor oncologische zorg zijn er normen afgesproken voor vijf tumorsoorten: hoofd-halskanker, pancreaskanker, longkanker, maag-slokdarmkanker en nierkanker. Voor vaatchirurgische zorg zijn normen voorgesteld voor de chirurgische behandeling van aorta aneurysma en carotislijden. Deze aandoeningen zijn gekozen vanwege hun complexiteit, het aantoonbare verband tussen behandelvolume en kwaliteit, en het beschikbare draagvlak binnen het veld. Per behandeling zijn specifieke volumennormen vastgesteld die als uitgangspunt dienen voor de concentratie van zorg (zie bijlage I). Deze selectie van behandelingen vormt de eerste tranche van het herverdelingsvraagstuk in de oncologie en vaatzorg. Hoewel het vervolgproces met concrete mijlpalen is vastgesteld, ontbreekt op dit moment op een aantal essentiële punten het inzicht:



**Hoe verloopt de voortgang per regio?**



**Welke succesfactoren bepalen of plannen daadwerkelijk worden goedgekeurd en geïmplementeerd?**



**Welke strategische stappen moeten worden gezet en door welke partijen?**

Deze publicatie biedt dat inzicht, op basis van dertien ingevulde vragenlijsten onder betrokkenen én dertien interviews met bestuurders, professionals en zorgverzekeraars. Door deze inzichten te delen, willen we kennisuitwisseling tussen regio's stimuleren en het gesprek verder brengen. Zo dragen we bij aan een transparanter en toekomstbestendig zorgsysteem voor patiënten en zorgprofessionals.



# Bestuurlijke moed tonen en samen werken aan een inspirerend toekomstperspectief

Interview met Michèle Blom, bestuursvoorzitter van Isala

In het kader van tranche 1 van de implementatie van volumenormenten voor oncologie en vaatzorg deelt Michèle Blom, bestuursvoorzitter van Isala, een glasheldere oproep: “Benader de zorg vanuit publieke waarden en een gedeeld toekomstperspectief.” Ondanks goede bedoelingen is het huidige proces volgens haar te veel gestoeld op spreadsheets, normen en structuren. Wat daarboven nog nodig is, is een heldere, gedeelde visie en lef om het gesprek over de bedoeling van zorg echt te voeren.

## Van technische exercitie naar waarde-gedreven zorg

De invoering van volumenormenten raakt volgens Blom aan meer dan alleen medische kwaliteit. Het gaat ook om het omgaan met arbeidsmarktcrisissen, de verwachte toename van het aantal patiënten en het borgen van solidariteit. “We zijn bezig met een systeemverandering,” zegt ze, “maar in het proces lijkt vooral vanuit medisch-technisch perspectief aandacht te zijn geweest voor het ‘waarom’. Ik denk dat het nuttig en nodig is om het meer indringend te hebben over het grotere ‘waarom’. Waarom doen we dit eigenlijk, en wat willen we ermee bereiken? Daarnaast richt de discussie zich op een relatief klein deel van de zorg, zonder oog voor het geheel.”

Juist dat gebrek aan een breed perspectief verklaart volgens haar waarom eerdere pogingen tot concentratie zijn vastgelopen. “Kijk maar naar kinderhartchirurgie,” zegt ze. “Het perspectief was te smal. We moeten het breder trekken. Niet alleen kijken naar volumes en normen, maar

naar wat we als samenleving belangrijk vinden in de zorg.” Ze pleit voor het schetsen van een horizon richting 2035, waarin waarden als gelijkheid, nabijheid en collectiviteit centraal staan. “Als we niet weten waar we naartoe willen, dan is elke maatregel een risico op versplintering. Dit lijkt me een mooie opgave voor het nieuw te formeren kabinet.”

## De kracht van gedeeld perspectief

Het ontbreken van een gedeeld toekomstbeeld leidt volgens Blom tot defensieve reflexen bij instellingen en professionals, die hun bestaansrecht bedreigd zien. “Ik heb nog nooit een inspirerend gesprek gevoerd met iemand die zich in zijn voortbestaan bedreigd voelt en geen toekomstperspectief ziet.” Daarom moeten bestuurders het gesprek starten over wat we samen willen bereiken. Niet door het perspectief op te leggen, maar door ruimte te maken voor dialoog en vertrouwen. “Het is aan ons om het gesprek te openen en te laten zien dat er geluisterd wordt.”





## Ruimte voor dilemma's en het eerlijke gesprek

Blom benadrukt dat fundamentele dilemma's expliciet besproken moeten worden. "Het is belangrijk om ze onder ogen te zien, bespreekbaar te maken en samen te zoeken naar het best mogelijke antwoord." Ze noemt dilemma's die het hart raken van de transitie: autonomie versus collectiviteit, brede versus smalle ziekenhuisprofielen, nabijheid versus concentratie, en vertrouwen versus controle. Ook de vraag wat we verstaan onder kwaliteit van zorg, puur medisch handelen of ook samenwerking en uitkomsten, verdient aandacht. "We kunnen dit niet oplossen met excelsheets. Het begint met goed luisteren, drie keer doorvragen, en je niet aangevallen voelen."

## Geleerde lessen vanuit Rijkswaterstaat

Als voormalig directeur-generaal bij Rijkswaterstaat zag Blom hoe het vaststellen van een gedeeld waardenkader richting en ruimte gaf. "Bij het waterveiligheidsbeleid begonnen we met: geen overstromingen, kwalitatief hoogwaardige leefomgeving, solidariteit en evenredigheid. Pas daarna bepaalden we hoe we dat gingen organiseren." Ze pleit voor een vergelijkbare aanpak in de zorg: eerst het 'waarom' en de waarden, dan pas het 'hoe'.

## Participatie als sleutel tot duurzame verandering

Blom pleit voor een proces waarin betrokkenen zoals patiënten, zorgprofessionals, gemeenten en zorgverzekeraars actief participeren. In de huidige aanpak ziet ze te weinig ruimte voor de ervaring en inspiratie van mensen in het veld. "We moeten af van het idee dat we alles kunnen beheersen. Juist door als bestuurders een andere benadering te kiezen, ontstaat er ruimte voor innovatie en samenwerking."

Ze noemt voorbeelden uit de regio waarin professionals zelf met voorstellen komen voor spreiding en samenwerking, mits ze de ruimte krijgen.

## De menselijke maat als leidraad

Blom waarschuwt voor het verlies van de menselijke maat in een systeem dat steeds meer door normen, regels en modellen gestuurd wordt. Ze noemt voorbeelden van professionals die zich niet gehoord voelen, en van patiënten die verdwalen in een versnipperd zorglandschap. "Als we willen dat mensen zich blijven inzetten voor de zorg, moeten we oog blijven houden voor hun perspectief. Dat vraagt om empathie, realisme en leiderschap."

## Bestuurlijke moed binnen bestaande kaders

Hoewel Blom uitgesproken kritisch is op het huidige systeem van concurrentie, vindt ze een volledige stelselwijziging niet nodig en zelfs onwenselijk. "Dan ben je 10 tot 15 jaar verder en heb je alleen maar aandacht gehad voor systeemverandering, terwijl kostbare tijd verloren gaat." In plaats daarvan pleit ze voor slim gebruik van bestaande regels en kaders, waarin al veel mogelijk is. "Door lef te tonen, ruimte te creëren voor maatwerk en vertrouwen te geven aan mensen, kunnen we samen bouwen aan een zorgsysteem dat toekomstbestendig is, gedragen wordt door het veld en recht doet aan wat mensen nodig hebben."

Samenwerking begint volgens haar bij het voeren van het eerlijke gesprek, waarin ruimte is voor wederzijds begrip en het gezamenlijk formuleren van doelen. "Ik ben niet naïef. Dit is ingewikkeld. Maar we zijn het aan onze stand verplicht."

# 02

## De uitdagingen op het gebied van oncologische zorg en vaatzorg verschillen per regio, evenals de voortgang en inhoudelijke focus

### 2.1. De invoering van volumenormen zorgt voor veranderingen, het startpunt verschilt per regio

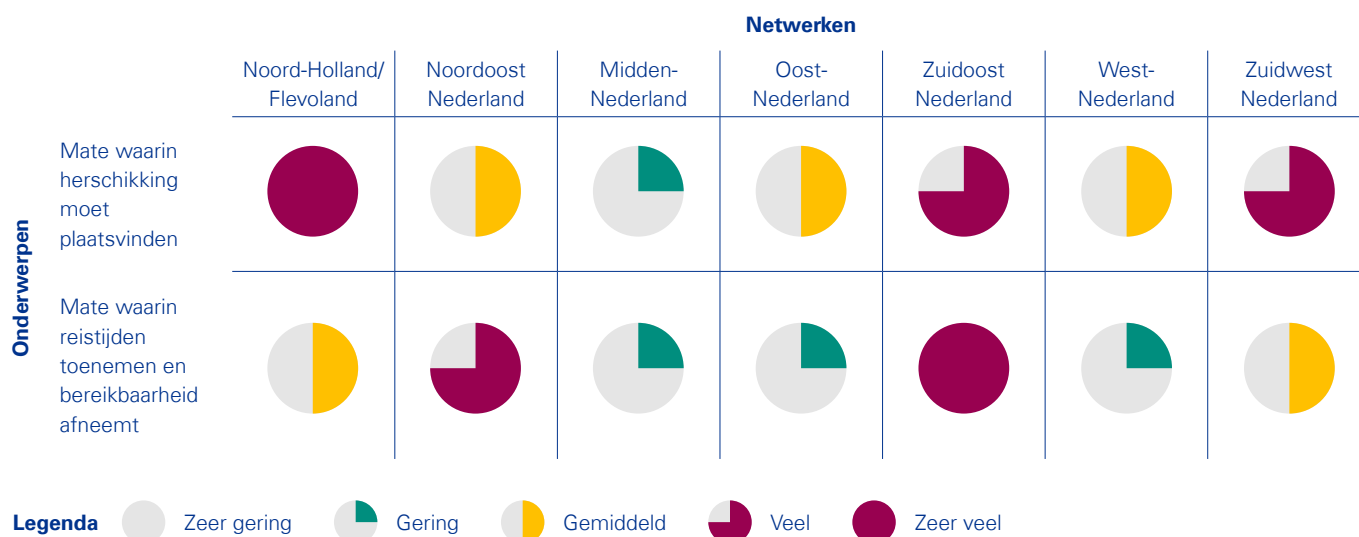
Om te komen tot goedgekeurde normen, zijn er als onderdeel van tranche 1 impactanalyses uitgevoerd.<sup>5</sup> Het doel van deze analyses is om inzicht te geven in de impact die het doorvoeren van de normen zou hebben. Dit onderzoek geeft een eerste inkijk in het verwachte startpunt per regio, voorafgaand aan de daadwerkelijke planvorming en implementatie van volumenormen op basis van twee criteria: 1) de mate waarinerschikking in de regio moet plaatsvinden en 2) de mate waarin reistijden toenemen en bereikbaarheid afneemt. Figuur 1 biedt een visuele weergave van de situatie op het moment dat de regio's zijn gestart met het opstellen van hun plannen. In bijlage II is een nadere toelichting per regio opgenomen.

Figuur 1 geeft een inschatting van het verwachte startpunt voorafgaand aan de planvorming en implementatie van de volumenormen, op basis van de impactanalyses. De rest van dit hoofdstuk richt zich op de ervaringen vanuit de regio's zelf tijdens de planvorming. Het beeld, zoals weergegeven in figuur 1, is verkregen middels een vragenlijst en interviews in de periode juni 2025 tot en met oktober 2025.

Daarbij hebben we de volgende punten in kaart gebracht:

- **Status en inhoudelijke focus van regioplannen:** of het plan is vastgesteld of nog in ontwikkeling is en in welke mate concentratie en spreiding zijn opgenomen als onderdeel van de plannen (paragraaf 2.2).
- **Mate van complexiteit per behandeling in tranche 1:** inzicht in de mate waarin behandelingen voor uitdagingen zorgen om tot een goedgekeurd plan in de regio te komen (paragraaf 2.3).
- **Verwachtingen ten aanzien van het halen van deadlines:** inzicht in de mate waarin de regio's de verschillende deadlines verwachten te halen (paragraaf 2.4).

FIGUUR 1: Overzicht van het verwachte startpunt per regio op basis van twee onderwerpen uit de impactanalyses.



## 2.2. De status van het plan verschilt per regio, de nadruk ligt op concentratie

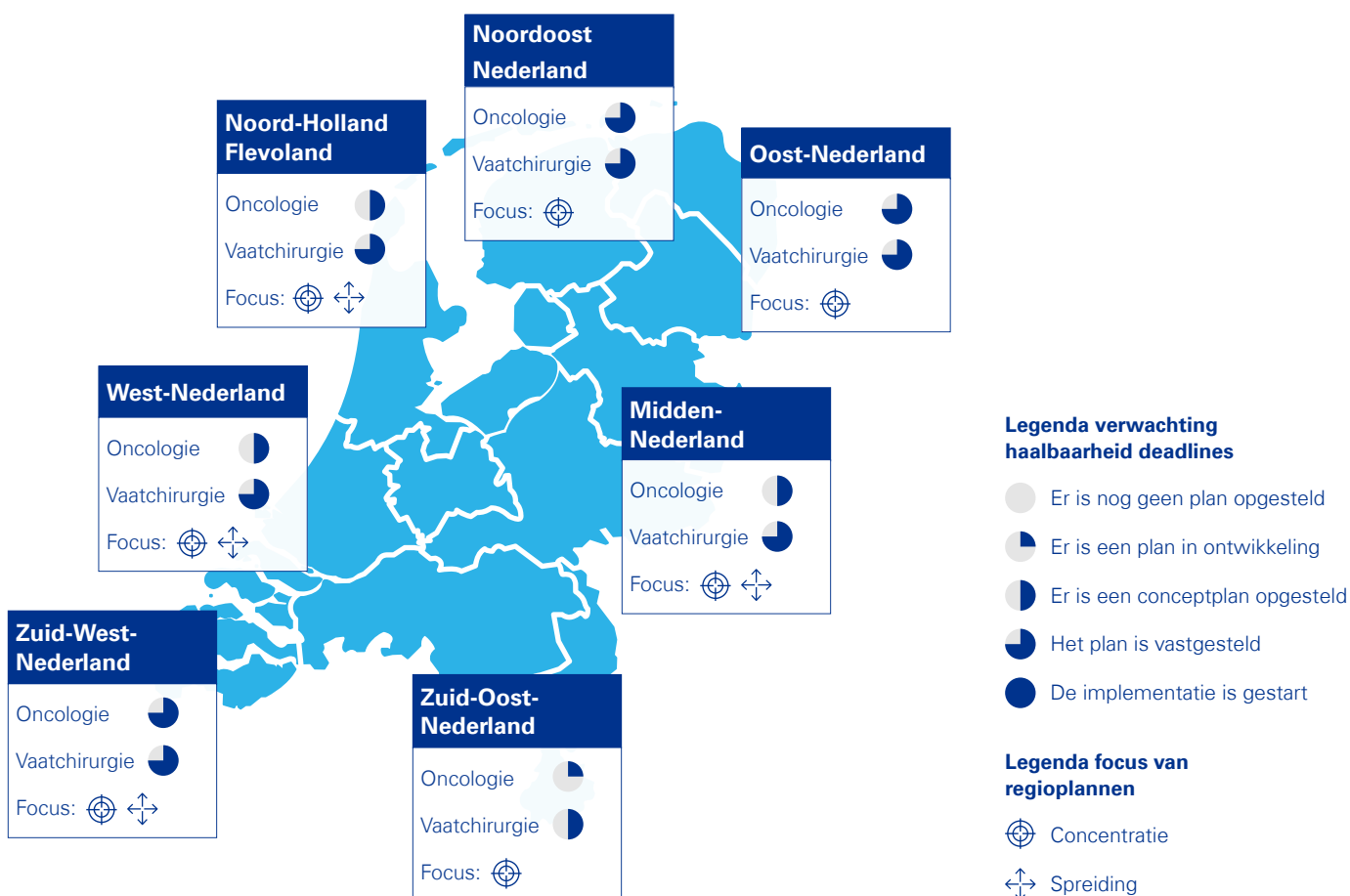
Om te komen tot goedgekeurde normen, zijn er als onderdeel Figuur 2 geeft inzicht in de status per regio: waar zij staan in het opstellen van hun regioplan en welke focus daarin is aangebracht met betrekking tot concentratie en spreiding van zorg.<sup>c</sup>

Het ontwikkelen van de plannen en de implementatie laat qua voortgang een wisselend beeld zien:

- In geen van de regio's is gestart met de implementatie van de regioplannen.
- Twee regio's beschikken over een vastgesteld regioplan voor zowel oncologie als vaatchirurgie, terwijl in twee andere regio's enkel voor vaatchirurgie een plan is vastgesteld. Deze vier regio's zijn gestart met het verkennen van de vervolgstappen richting implementatie.
- In drie regio's zijn de betrokken partijen nog in overleg om tot een definitief regioplan te komen.

Daarnaast is het opvallend dat de (concept)regioplannen vooral gericht zijn op het concentreren van zorg. In drie regio's ontbreekt zelfs nog een concrete invulling van spreiding, wat opvallend is gelet op het ingezette tweesporenbeleid vanuit de twee landelijke ronde tafels. Uit de gesprekken blijkt ook dat spreiding aanzienlijk lastiger van de grond komt. Vijf van de dertien geïnterviewden geven aan dat er nog veel nodig is om spreiding structureel te organiseren. Hoewel er op onderdelen voortgang wordt geboekt, blijkt het onderwerp in de praktijk complex. Een geïnterviewde geeft aan dat het ontbreken van een gedeeld beeld over spreiding en het feit dat belangen van verschillende partijen uiteenlopen, het lastig maken om tot concrete spreidingsplannen te komen.

FIGUUR 2: Overzicht van de status van de zeven regio's bij het opstellen van het regioplan. De informatie is gebaseerd op de ingevulde vragenlijsten van en verdiepende gesprekken met respondenten uit de regio.<sup>d,e</sup>



<sup>c</sup> De nadruk ligt momenteel sterk op concentratie, terwijl spreiding nog onvoldoende is uitgewerkt. In de vragenlijst wordt weliswaar aangegeven dat spreiding onderdeel is van de plannen, maar uit de interviews blijkt dat de focus vooral op concentratie ligt. In veel regio's moet spreiding nog verder worden uitgewerkt of vormt het slechts een klein onderdeel van de huidige plannen. Zo zijn in regio Noordoost Nederland de plannen vastgesteld onder de voorwaarde dat het onderdeel 'spreiding' nog concreet wordt uitgewerkt.

<sup>d</sup> De vragenlijst en de interviews zijn ingevuld en afgenomen in de periode juni 2025 tot en met oktober 2025. De status van onderwerpen in de regio's kan daardoor in de tussentijd zijn veranderd.

<sup>e</sup> Voor de regio's die aangeven dat spreiding onderdeel is van het regioplan, dient opgemerkt te worden dat dit veelal een relatief klein deel betreft. De meeste regio's geven aan dat concentratie de primaire focus van de plannen is.

# Volumenormen in de praktijk: waarom regionaal maatwerk essentieel is voor toekomstbestendige zorg

Interview met Wouter van Maarseveen en Marcel Meijer (VGZ)

## Uniforme normen, maar geen uniforme aanpak

Hoewel volumenormen landelijk zijn vastgesteld, blijkt uit het gesprek met Wouter van Maarseveen en Marcel Meijer (VGZ) dat er geen 'one size fits all'-formule bestaat voor succesvolle implementatie. De praktijk vraagt om maatwerk per regio, afhankelijk van de lokale context, betrokken partijen en het type aandoeningen. Juist dat maatwerk is nodig om de beweging naar een toekomstbestendig zorglandschap te realiseren.

## Strategische beweging richting betere zorg

De invoering van volumenormen is geen doel op zich, maar een middel om structurele verbeteringen in het zorglandschap te bereiken. Het draagt bij aan beleidsdoelen zoals:

- Versterking van kwaliteit en toegankelijkheid
- Verbetering van betaalbaarheid en doelmatigheid

In de meeste regio's en voor de meeste aandoeningen is inmiddels overeenstemming bereikt. Toch zijn er duidelijke verschillen in tempo en invulling van de implementatie. In regio's met bestaande samenwerkingsverbanden verloopt het proces vaak vlotter. Regiomaatschappen kunnen daarbij helpen, maar, zo benadrukt Van Maarseveen: "Dat is geen universele oplossing. In sommige situaties is het niet mogelijk of wenselijk om tot één regiomaatschap te komen."

Bij oncologische en vaatchirurgische aandoeningen is vaak consensus bereikt, terwijl bij enkele oncologische aandoeningen in specifieke regio's nog discussie bestaat over de invulling van de normen. Deze voorbeelden onderstrepen dat regionale dynamiek bepalend is voor het succes van de implementatie.

## Concentratie: geen vast recept

De toepassing van volumenormen leidt in de praktijk tot uiteenlopende invullingen. Van Maarseveen illustreert dit: "Als de norm voor een behandeling 50 is, en het ene ziekenhuis doet er 80 en het andere 40, dan zou je verwachten dat alles naar het ziekenhuis met 80 gaat." In werkelijkheid ontstaan er varianten:

- Het volume blijft bij het ziekenhuis met het hoogste aantal
- Aantallen worden verdeeld zodat beide ziekenhuizen voldoen
- Het ziekenhuis met het lagere volume krijgt juist een groter aandeel

Dit laat zien dat concentratie niet volgens een vast recept verloopt, maar afhankelijk is van regionale afspraken, belangen en dynamiek. Meijer: "Wat ons betreft moet het uitgangspunt zijn dat de norm ruim gehaald wordt, niet dat we net aan de ondergrens voldoen. Anders voeren we over twee jaar weer dezelfde discussie."

## Spreiding: onderbelicht maar cruciaal

Van Maarseveen en Meijer constateren dat spreiding in veel plannen onvoldoende aandacht krijgt. Meijer: "We zien dat in veel plannen de nadruk ligt op concentratie, terwijl spreiding te weinig wordt ingevuld." Spreiding kan ook bij complexe zorg, zoals oncologie, een rol spelen. Bijvoorbeeld wanneer regionale afspraken leiden tot betere toegankelijkheid.

Daarnaast is spreiding essentieel voor andere typen zorg, zoals chronische en electieve zorg, waar nabijheid en bereikbaarheid voor patiënten van groot belang zijn. Ook hier ligt een kans om de zorg toegankelijk te houden en maatwerk te bieden per regio.

## Oproep tot reflectie en regiovisies

Van Maarseveen en Meijer zien de noodzaak tot reflectie op de implementatie van tranche 1. Uit het veld komen signalen die ze herkennen: er is behoefte aan een gedeelde visie op de regio, die de strategische beweging naar toekomstbestendige zorg ondersteunt.

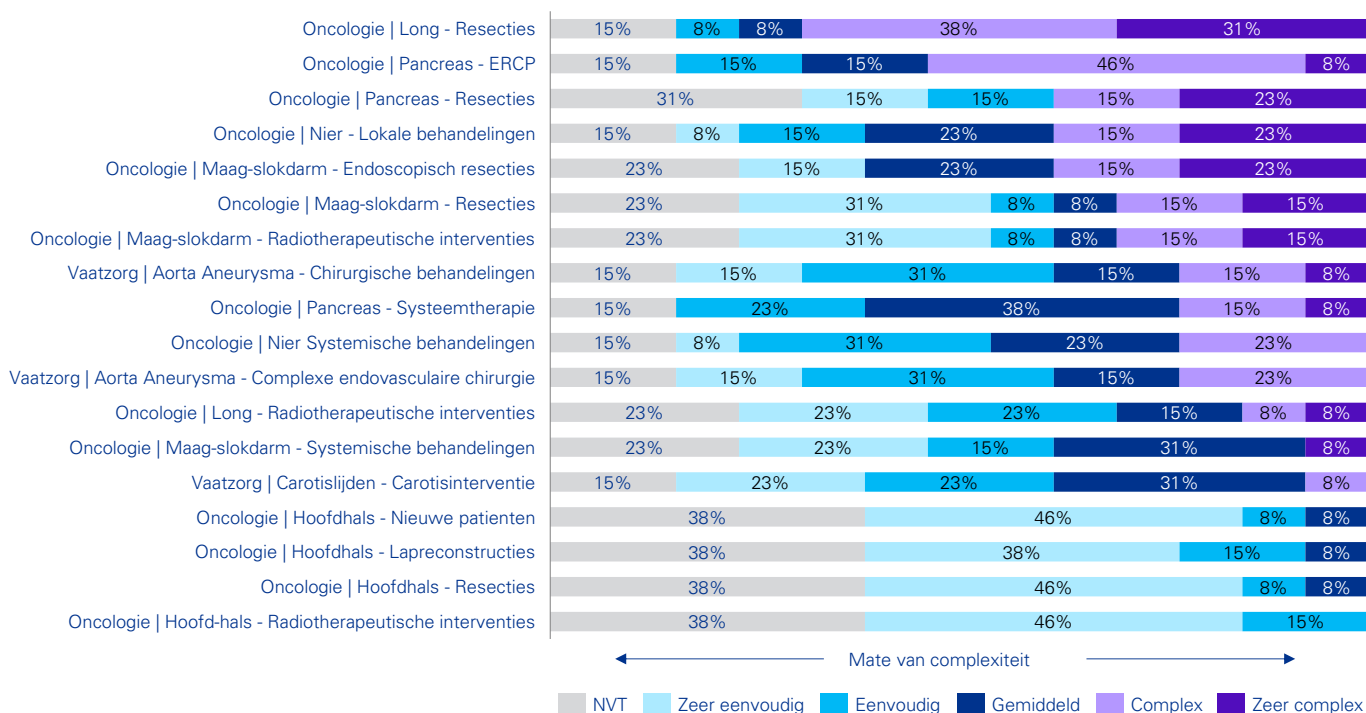
Een breed gedragen regiovisie is volgens Van Maarseveen en Meijer essentieel om de oorspronkelijke bedoeling van de volumenormen daadwerkelijk te realiseren: kwalitatief goede en toegankelijke zorg, passend bij de regionale context.



## 2.3. De mate van complexiteit verschilt per behandeling

In de vragenlijst is aan dertien respondenten gevraagd om per behandeling aan te geven wat de mate van complexiteit is om binnen de regio tot overeenstemming te komen. De onderstaande figuur geeft een overzicht van de verdeling van antwoorden per behandeling.

FIGUUR 3: Weergave van de mate van complexiteit per behandeling voor oncologie en vaatzorg op basis van antwoorden uit de vragenlijst. De behandelingen worden weergegeven van de hoogste naar de laagste verwachte complexiteit.<sup>f</sup>



Respondenten geven aan dat het verkrijgen van overeenstemming over bepaalde behandelingen binnen het regioplan gepaard gaat met de nodige complexiteit. Dit geldt met name voor de oncologische zorg. Zo ervaren respondenten het verkrijgen van goedkeuring voor longresecties (72%), maag-slokdarmresecties (69%) en Endoscopische Retrograde Cholangio-Pancreaticografie (ERCP) bij pancreas (54%) als complex tot zeer complex.

Een geïnterviewde benoemt:

“ Met name bij maag-slokdarm is dat heel ingewikkeld, want het is niet zo dat je zegt: maag-slokdarm gaat weg, maar in datzelfde vakgebied krijgen we daar iets voor terug. Je bent dan per definitie niet meer gelijkwaardig, want de ene verliest het en de andere krijgt het. ”

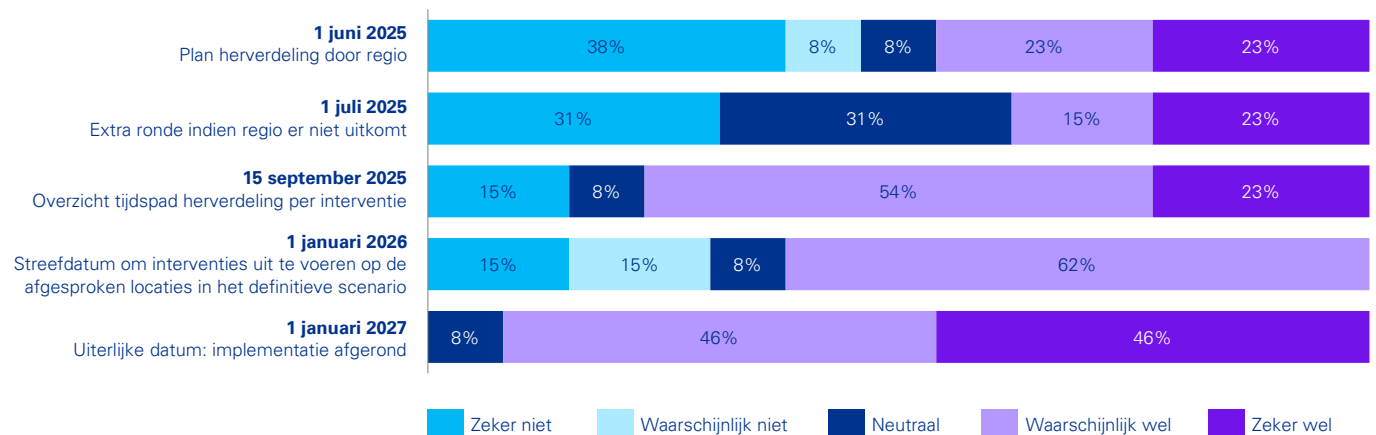
Tegelijkertijd zijn er behandelingen waarvoor het verkrijgen van goedkeuring als minder complex wordt ervaren. Binnen de oncologie wordt bij hoofd-halszorg het uitvoeren van behandelingen bij nieuwe patiënten (54%), lapreconstructies (53%), resecties (54%) of radiotherapeutische interventies (61%) doorgaans als eenvoudig tot zeer eenvoudig ingeschat. Een belangrijke reden hiervoor is dat deze zorg al eerder regionaal is geconcentreerd, waardoor er bestaande afspraken en structuren zijn waarop voortgebouwd wordt. Dit vergemakkelijkt het proces van goedkeuring in vergelijking met behandelingen waarvoor dergelijke concentratie nog niet heeft plaatsgevonden.

<sup>f</sup> In sommige regio's geldt dat voor bepaalde behandelingen geen concentratie- of spreidingsvraagstuk speelt. Daarom is bij enkele respondenten 'niet van toepassing' ingevuld of is geen reactie gegeven bij verschillende behandelingen. Deze getallen zijn in de tabel weergegeven onder 'overig' en gemarkeerd in het grijs.

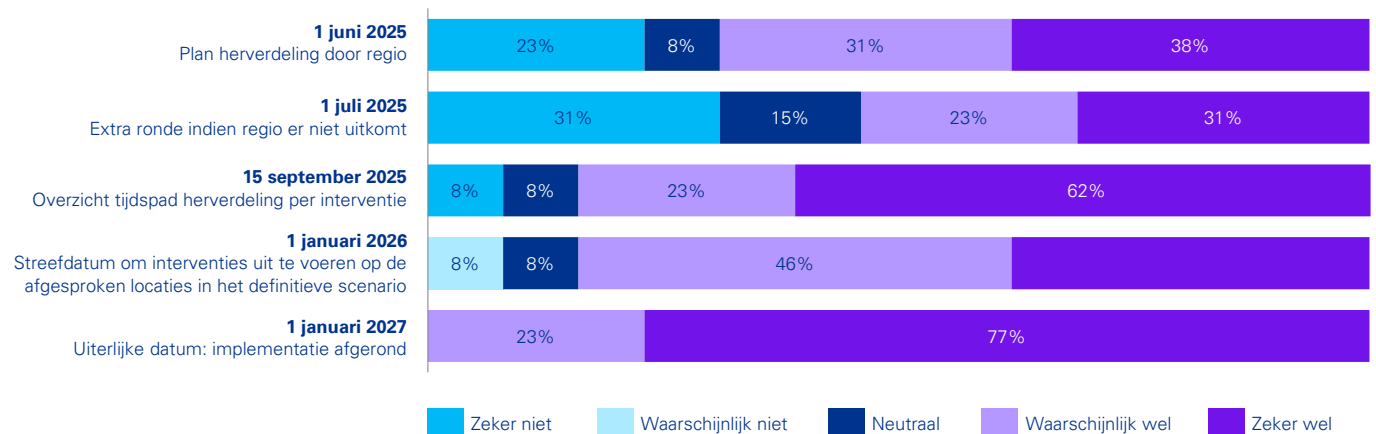
## 2.4. Er zijn verschillende verwachtingen met betrekking tot het halen van de vastgestelde deadlines

Binnen het traject van ontwikkeling, vaststelling en implementatie van regioplannen, zijn verschillende deadlines vastgesteld. De verwachtingen ten aanzien van het halen van deze deadlines lopen per regio uiteen. Deze variatie benadrukt de verschillen in regionale dynamiek, samenwerking en bestuurlijke afstemming. In onderstaande figuren is weergegeven in hoeverre de dertien respondenten verwachten dat de deadlines worden gehaald voor oncologie en vaatzorg.

FIGUUR 4: Overzicht verwachting ten aanzien van halen deadlines voor oncologie.



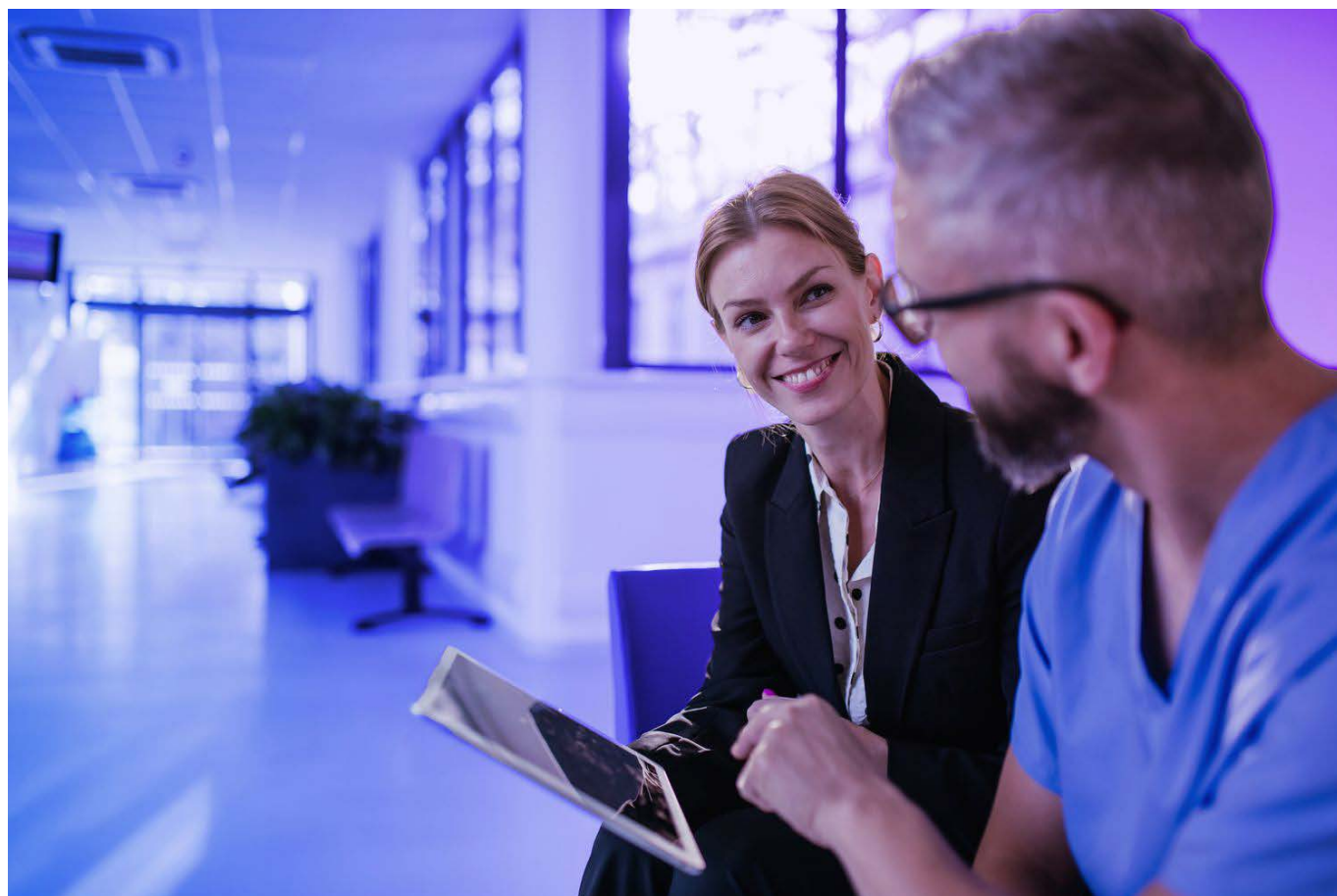
FIGUUR 5: Overzicht verwachting ten aanzien van halen deadlines voor vaatzorg.



In figuur 6 hieronder geven we per regio inzicht in de verwachtingen ten aanzien van het halen van de deadlines.

**FIGUUR 6: Overzicht van de verwachtingen ten aanzien van het halen van de deadlines per regio. De informatie is gebaseerd op antwoorden vanuit de vragenlijst (N=13).<sup>g,h</sup>**

	Oncologie					Vaatzorg				
	1 juni 2025	1 juli 2025	15 sep. 2025	1 jan. 2026	1 jan. 2027	1 juni 2025	1 juli 2025	15 sep. 2025	1 jan. 2026	1 jan. 2027
<b>Zuid-Oost Nederland</b>	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Zuid-West Nederland</b>	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
<b>Oost-Nederland</b>	✓	✓	✓	✗	—	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Noord-Holland/Flevoland</b>	✗	✗	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓
<b>Noord-Oost Nederland</b>	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>West-Nederland</b>	✗	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Midden-Nederland</b>	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓



<sup>g</sup> Het kruisje is gebaseerd op de antwoorden 'waarschijnlijk niet' of 'zeker niet', het vinkje op de antwoorden 'waarschijnlijk wel' of 'zeker wel'. Een streepje geeft aan wanneer 'neutraal' is geantwoord.

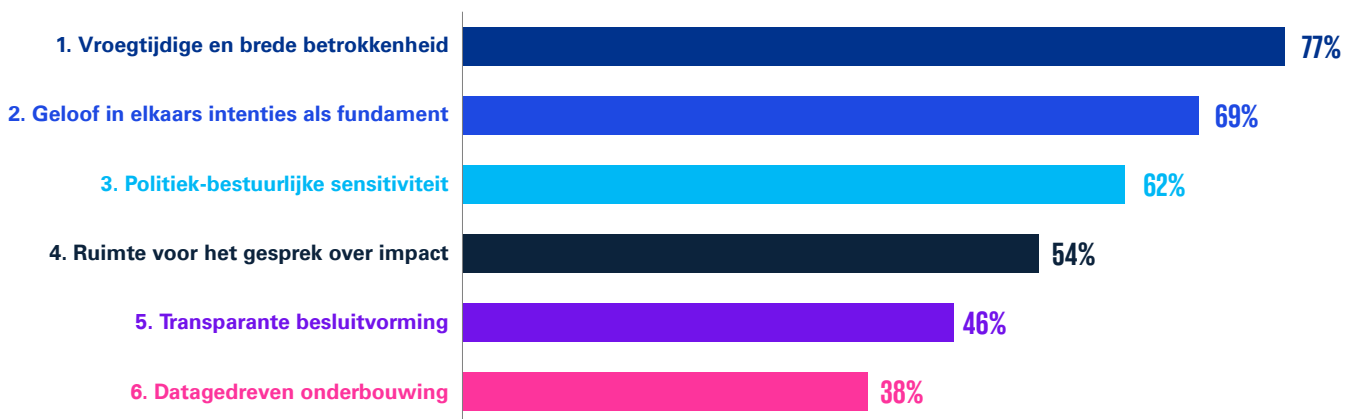
<sup>h</sup> Voor een aantal regio's hebben meerdere respondenten de vragenlijst ingevuld. Binnen één regio varieerden de antwoorden op het thema 'oncologie' vóór de deadline van 15 september van neutraal tot waarschijnlijk wel en zeker wel. Omdat figuur 6 een dwarsdoorsnede per regio toont, is er in dergelijke gevallen steeds één representatief antwoord gekozen voor de regio om in de tabel weer te geven (op basis van toetsing tijdens de interviews). Deze keuze verklaart het verschil ten opzichte van figuur 4 en 5, waarin de antwoorden van de dertien respondenten zijn opgenomen.

# 03

## Zes succesfactoren om te komen tot een gedragen en goedgekeurd regioplan

Met het onderzoek hebben we in kaart gebracht wat de belangrijkste succesfactoren zijn om te komen tot een gedragen en goedgekeurd regioplan. We hebben gekeken naar de succesfactoren die in de vragenlijst zijn benoemd en hoe vaak deze zijn genoemd. De zes meest genoemde succesfactoren worden hieronder weergegeven in de figuur.

FIGUUR 7: **Overzicht van succesfactoren, gerangschikt naar frequentie van benoemen in vragenlijsten en interviews.**



### 1. Vroegtijdige en brede betrokkenheid: eigenaarschap begint aan de voorkant

Tien van de dertien respondenten geven aan dat een van de meest bepalende succesfactoren in het realiseren van regionale plannen de mate is waarin zowel interne als externe stakeholders vanaf het begin betrokken worden. Dit betreft stakeholders zoals medisch specialisten en verpleegkundigen, de ondernemingsraad (OR) en de Verpleegkundige Adviesraad (VAR), maar ook patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en andere externe ketenpartners.

Door stakeholders vanaf het begin actief te betrekken, ontstaat er eigenaarschap: zij voelen zich medeverantwoordelijk voor zowel de richting als de inhoud van het plan. Dit vergroot de betrokkenheid en zorgt ervoor dat zij tijdig kunnen anticiperen op de komende veranderingen. Daarmee wordt voorkomen dat het plan in een later stadium stuit op weerstand, onbegrip of praktische bezwaren die eerder al hadden kunnen worden ondervangen.



### 2. Geloof in elkaars intenties als fundament voor samenwerking over grenzen heen

Een open cultuur waarin ziekenhuizen elkaar iets gunnen en gezamenlijk optrekken, blijkt volgens negen van de dertien respondenten een cruciale succesfactor voor het slagen van het regioplan. Bij ziekenhuizen waar de afgelopen jaren bewust is geïnvesteerd in het opbouwen van duurzame relaties en het versterken van het geloof in elkaars intenties, zien we dat zij een voorsprong hebben: dankzij deze relationele investering zijn zij beter in staat om over de grenzen van hun eigen organisatie heen te kijken en samen te werken vanuit een gedeeld belang.

In regio's waar al langer wordt samengewerkt, vindt het gesprek over concentratie en spreiding plaats vanuit een gedeeld gevoel van verantwoordelijkheid voor de regio, en niet vanuit concurrentie of het streven naar marktaandeel. In regio's waar eerdere ervaringen de samenwerking hebben aangetast, blijkt het onderlinge geloof in elkaars intenties nog kwetsbaar. Daar blijven plannen langer hangen in de afstemmingsfase en verloopt het formuleren van een gezamenlijk scenario moeizamer.

# Concentreren en spreiden vanuit de bedoeling, met gezond verstand

**Interview Otwin van Dijk**, voorzitter van de raad van bestuur van het Slingeland Ziekenhuis

**In het kader van ons onderzoek naar de implementatie van de nieuwe volumenormen spraken we met Otwin van Dijk, voorzitter van de raad van bestuur van het Slingeland Ziekenhuis. Hij deelt een scherp en evenwichtig perspectief op de spanning tussen beleidsdoelen en praktijk. Van Dijk pleit voor het vasthouden aan de oorspronkelijke bedoeling van concentratie en spreiding: kwalitatief goede en bereikbare zorg, en het behouden van de menselijke maat in de uitvoering.**

## Samenwerking en focus eerste tranche

De regio Oost-Nederland heeft de eerste tranche voortvarend opgepakt. De betrokken ziekenhuizen stelden gezamenlijk plannen op. De samenwerking verliep goed, mede dankzij sterke onderlinge relaties. De regio koos ervoor om relatief meer aandacht te schenken aan drie tumorsoorten: niertumoren, longtumoren en maag-/slokdarmkanker. Deze vroegen om zorgvuldige afstemming vanwege hun impact op meerdere ziekenhuizen. "We hebben hier met elkaar veel tijd in geïnvesteerd," aldus Van Dijk. De keuzes zijn gemaakt op basis van volume, expertise en regionale spreiding.

## Gesprek vanuit de bedoeling: kwalitatief goede en bereikbare zorg

Van Dijk pleit ervoor om bij een eventuele tweede tranche van herverdeling niet opnieuw te starten vanuit tabellen en volumenormen, maar vanuit de oorspronkelijke bedoeling. Volgens hem moet het leveren van kwalitatief goede zorg centraal staan. Zorg die niet alleen medisch verantwoord is, maar ook bereikbaar, vertrouwd en ingebed in de context van de patiënt. "De bedoeling moet leidend zijn, niet het systeem." Hij benadrukt dat dit ook vraagt om andere gesprekken: niet over vinklijsten, maar over hoe we zorg in de regio zó organiseren dat deze duurzaam, gedragen en toegankelijk blijft.

## Het belang van spreiding

Van Dijk benadrukt dat het belangrijk is om naast concentratie van zorg, ook te werken aan spreiding. "De nadruk ligt nu sterk op concentreren. We moeten oog houden voor hoe we zorg juist goed kunnen spreiden in de regio." Volgens hem is het essentieel dat patiënten in de volle breedte van het zorgtraject toegang houden tot zorg dichtbij huis, waar dat kan. "Niet alles hoeft op één plek. Juist door slim te spreiden, houd je de zorg bereikbaar en toekomstbestendig."

## Shared care als werkbaar alternatief

In dat licht spreekt Van Dijk zich positief uit over het shared care-model. Shared care is volgens hem een manier om concentratie en spreiding te combineren. "We moeten niet alles centraliseren, maar samenwerken in netwerken." Hij noemt systeemtherapie als voorbeeld waar dit al goed werkt: expertise wordt gebundeld, en de uitvoering wordt regionaal gedaan.

Het voordeel van shared care is dat het patiënten toegang biedt tot hoogwaardige zorg, zonder dat ze voor elk onderdeel van hun behandeling hoeven te reizen. Tegelijkertijd kunnen instellingen zich specialiseren in onderdelen van het zorgpad, terwijl ze gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor het geheel. Dit vraagt om vertrouwen tussen instellingen en duidelijke afspraken over taakverdeling en overdracht.

Toch is shared care voor interventies nog geen vanzelfsprekendheid. "Zorgverzekeraars kijken vaak naar het totaalvolume, dat ligt meestal bij één instelling. Ik denk dat kwaliteit óók goed kan zijn als volumes verdeeld zijn." Van Dijk pleit daarom voor een contracteringsmodel dat naast individuele prestaties, samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid binnen netwerken belooft.

## Volumenormen in perspectief

Van Dijk ziet dat volumenormen nu vaak als harde instellingsnormen worden toegepast. "Als je het zo inricht, dan gaan de gesprekken daarover." Dat leidt af van waar het over moet gaan: samen zorgen voor goede en bereikbare zorg.

Hij onderschrijft het belang van ervaring en volumenormen, maar waarschuwt voor wat hij "spreadsheet-terreur" noemt: een benadering waarin cijfers leidend zijn, zonder oog voor de context. "Ik snap heel goed dat je als specialist een bepaalde ervaring moet hebben om je patiënt goede zorg te garanderen. Maar het resultaat van deze benadering kan maar zo zijn dat de kwaliteit van de zorg niet verbetert, en dat het niet doelmatiger wordt, omdat artsen moeten reizen tussen ziekenhuizen. En dat het ook niet toegankelijker wordt voor patiënten. Waar zijn we dan mee bezig?"

Volgens Van Dijk moet er daarom meer gekeken worden naar het niveau van zorgprofessionals en teams. "Het zijn niet de gebouwen die de zorg leveren, het zijn de mensen." Volumenormen op individueel of teamniveau kunnen een waardevolle aanvulling zijn.

## Kwaliteit is ook vertrouwen en nabijheid

Kwaliteit in de zorg kent meerdere dimensies: het gaat niet alleen om uitkomsten en expertise, ook vertrouwen, nabijheid en de relatie tussen patiënt en zorgverlener zijn belangrijk.

Van Dijk illustreerde dit met een voorbeeld dat hem was bijgebleven uit een bijeenkomst met de cliëntenraad. Daar vroeg een vrouw zich af of ze straks met haar ernstig zieke man naar zeven verschillende ziekenhuizen moest. “Dat wil ik helemaal niet,” zei ze. Ze had vertrouwen in de mensen die haar man al jaren kenden. Van Dijk: “Dat zette me aan het denken. Kwaliteit is meer dan alleen de interventie. Het gaat ook om vertrouwen en nabijheid.” Ook pleit hij voor transparantie over kwaliteit, zodat patiënten bewust kunnen kiezen. “Sommige mensen willen best ver reizen voor een 8,5, anderen zijn tevreden met een 7,5 in hun vertrouwde ziekenhuis.”

## Let op de cascade-effecten

Van Dijk waarschuwt tot slot voor de bredere gevolgen van het verliezen van bepaalde specialismen. “Als een ziekenhuis bijvoorbeeld oncologische longchirurgie kwijtraakt, wordt het op termijn minder aantrekkelijk voor longchirurgen om daar te werken. Dat heeft weer gevolgen voor de thoraxchirurgie, en daarmee voor de kwaliteit van de spoedeisende hulp. Het gaat zelden om geïsoleerde interventies. De consequenties kunnen groot zijn. Die moet je goed in beeld hebben.”



### 3. Politiek-bestuurlijke sensitiviteit: verbinden, besluiten en vooruitzien

Succesvolle regionale samenwerking vraagt om bestuurders die zich soepel kunnen bewegen binnen een complex speelveld van belangen, emoties en institutionele verhoudingen. Acht van de dertien respondenten geven aan dat dit vermogen doorslaggevend is voor het slagen van regionale plannen. Het vraagt om bestuurders die koersvastheid en daadkracht combineren met het vermogen om te luisteren, te verbinden, vooruit te kijken en realistisch te handelen. Ook als er verschillende belangen spelen vanuit gemeenten, medisch specialisten, patiënten en landelijke beleidsmakers. Door actief verbinding te leggen tussen verschillende standpunten, blijft samenwerking mogelijk.

Timing speelt hierin een belangrijke rol; weten wanneer een besluit nodig is en wanneer uitstel juist ruimte schept. In regio's waar deze bestuurlijke sensitiviteit aanwezig is, worden ook lastige keuzes bespreekbaar en ontstaat ruimte voor gezamenlijke oplossingen, zelfs als die niet voor iedereen ideaal zijn.

Uit gesprekken blijkt het belang van politiek-bestuurlijke sensitiviteit:

“ Het is aan ons om het gesprek te openen en te laten zien dat er geluisterd wordt. ”

“ We moeten af van het idee dat we alles kunnen beheersen. Juist door als bestuurders een andere benadering te kiezen, ontstaat er ruimte voor innovatie en samenwerking. ”



### 4. Ruimte voor het gesprek over impact: erkennen, delen en bijsturen

Zeven van de dertien respondenten noemen wendbaarheid en realisme als essentiële voorwaarden voor het vormgeven en implementeren van regionale plannen. Dit vraagt om oog hebben voor de impact die dergelijke plannen op zorgprofessionals en betrokken ziekenhuizen hebben. In sommige gevallen raken de plannen direct aan de kern van het werk van professionals of aan de bestaanszekerheid van algemene ziekenhuizen.

In de gesprekken werden drie verschillende zorgen gedeeld als gevolg van concentratie van zorg:

- Kennisverlies en verschraling: concentratie van zorg kan leiden tot verlies van expertise voor specifieke specialismen, waardoor minder complexe zorg voor dat specialisme onder druk komt te staan. Dit maakt het ziekenhuis een minder aantrekkelijke werkgever. Dit zorgt voor onwenselijke cascade-effecten en kan de kwaliteit van zorg verder onder druk zetten.
- Financiële kwetsbaarheid: voor algemene ziekenhuizen kunnen de financiële gevolgen van concentratie impactvol zijn.
- Capaciteitsdruk en wachttijden: het concentreren van zorg kan leiden tot een toename van patiënten op één locatie, met als gevolg langere wachttijden en risico's voor gezondheid en welzijn. Bovendien vergroot dit de kwetsbaarheid van de zorg in tijden van crisis, zoals bij personeelstekorten of pandemieën.

Om draagvlak te creëren, is het van belang ruimte te bieden voor dialoog over de betekenis van concentratie en de veranderkundige aanpak die daarbij hoort.

# Concentratie en spreiding van zorg: “We moeten het lef hebben om over onze eigen schaduw heen te stappen”

Interview met Peter Langenbach, directeur Zorginkoop van Zilveren Kruis

Op 15 september 2025, de dag dat de deadline voor het aanleveren van tijdspaden voor de herverdeling van oncologie en vaatzorg afliep, spraken we met Peter Langenbach, directeur Zorginkoop van Zilveren Kruis. De urgentie was voelbaar: “Dit is het moment waarop duidelijk wordt of we samen de verantwoordelijkheid nemen voor toekomstbestendige zorg.”

## Van instellingsbelang naar regiobelang

“Het regiobelang centraal stellen is makkelijker gezegd dan gedaan,” erkent Langenbach. “Iedere instelling heeft zijn eigen historie en verhaal. Maar als we allemaal vasthouden aan het eigen instellingsbelang, komen we niet verder. Andere vormen van bekostiging kunnen bijvoorbeeld helpen om de gewenste beweging op gang te brengen. Daarnaast kunnen we via de zorginkoop gaan sturen. De zorginkoop is voor ons een belangrijk sturingsmechanisme. Toch draait het uiteindelijk om de wil om samen te werken.”

## De spanning voor algemene ziekenhuizen

Langenbach is zich bewust van de zorgen bij algemene ziekenhuizen. “Concentratie zet hun bestaansrecht en omzet onder druk. Als we nu niet samen een toekomstbestendig profiel ontwikkelen, verliezen we op termijn veel meer. De algemene ziekenhuizen hebben een belangrijke rol te vervullen in het zorglandschap van de toekomst. Maar dan moeten we wel duidelijke keuzes durven maken en die samen uitdragen.

## Concentratie en spreiding: geen tegenstelling, maar een balans

Volgens Langenbach is het debat momenteel te veel gericht op concentratie. “Iedereen snapt dat vaker doen leidt tot betere uitkomsten. Maar als we alleen daarop sturen, verliezen we bereikbaarheid en nabijheid uit het oog. In Rotterdam is het jaren geleden gelukt om bij nier-, blaas- en leverkanker een goede balans te vinden tussen concentratie en spreiding, dankzij samenwerking tussen het Franciscus Gasthuis, Erasmus Medisch Centrum en het Maasstad Ziekenhuis. In een aantal andere regio's is dat nog steeds lastiger, maar ook daar zie ik beweging. Het vraagt om vertrouwen en het lef om over je eigen schaduw heen te stappen.”

## De praktijk: grote verschillen tussen regio's

“Het is een complex en uitdagend proces,” begint Langenbach. “Sommige regio's hebben al vroeg duidelijke afspraken gemaakt, elders is het zoeken naar consensus. Dat is niet erg, zolang het patiënten belang maar voorop staat. Het vraagt om lef, transparantie en het vermogen om te gunnen. Alleen zo houden we de zorg kwalitatief goed én toegankelijk.”





## 5. Transparante besluitvorming: duidelijke spelregels draagt bij aan vertrouwen in het proces

Zes van de dertien respondenten geven aan dat transparante besluitvorming de basis is voor succesvolle regionale samenwerking. Uit gesprekken komt naar voren dat het niet alleen draait om het hebben van een formele governancestructuur, maar vooral om duidelijkheid over het besluitvormingsproces en het vertrouwen dat dit leidt tot de juiste besluiten. Regio's die, in aanvulling op een fundament van vertrouwen, transparant zijn over wie wanneer waarover beslist, hoe besluiten tot stand komen en hoe verantwoordelijkheden zijn belegd, houden beter tempo in het proces. Investeer daarom in het opstellen van governanceafspraken en betrek hier onafhankelijke procesbegeleiding bij.

Zaken transparant maken, helpt ruis te voorkomen. Deel waar je staat, welke stappen nog volgen en welke besluiten nodig zijn. In regio's waar afspraken helder zijn én worden nageleefd, verloopt besluitvorming soepeler en zien we minder terugtrekkende bewegingen zodra het spannend wordt. Tegelijkertijd helpt het dat er een duidelijk plan is als de regio er zelf niet uitkomt. Besluitvorming vindt idealiter plaats op basis van consensus tussen betrokken partijen. Als die consensus uitblijft, worden besluiten genomen door de zorgverzekeraar.



## 6. Datagedreven onderbouwing: inzicht creëren vanuit de inhoud

Vijf van de dertien respondenten onderstrepen het belang van een inhoudelijke, datagedreven onderbouwing bij het formuleren van de regioplannen. Regio's die hun plannen baseren op transparante data over patiëntstromen, volumennormen, reistijden en behandeluitkomsten overtuigen sneller en mobiliseren gemakkelijker steun.

In de praktijk blijkt echter dat het eenduidig interpreteren van data vaak lastig is. Zo geven deelnemers van ons onderzoek aan dat er weliswaar veel cijfers en analyses beschikbaar zijn, maar dat deze vaak per tumorsoort en per ziekenhuis verschillend worden uitgelegd. Bijvoorbeeld: waar de ene partij volumes en uitkomsten als harde norm hanteert, ziet de andere deze cijfers vooral als richtinggevend. Dit leidt tot discussies over wat nu precies telt als 'goede' zorg en welke uitkomsten leidend moeten zijn voor het herverdelen van behandelingen. Daarnaast blijkt uit de gesprekken dat kwaliteitsinformatie, zoals behandelresultaten of volumennormen, niet altijd op dezelfde manier geïnterpreteerd worden. In sommige regio's wordt bijvoorbeeld strikt vastgehouden aan landelijke normen, terwijl elders meer ruimte wordt genomen voor lokale invulling of uitzonderingen. Dit verschil in interpretatie zorgt ervoor dat besluiten soms worden uitgesteld of dat er discussies ontstaan over de juiste aanpak.

Ook het sturen op patiëntstromen blijkt in de praktijk weerbarstig. Op papier kunnen afspraken worden gemaakt over het spreiden van zorg, maar patiënten kiezen uiteindelijk vaak zelf waar ze behandeld willen worden. Hierdoor wijkt de praktijk af van de plannen. Dit levert risico's op voor ziekenhuizen. Want onderbenutting van capaciteiten kan een negatieve financiële impact hebben, terwijl een hoger dan verwachte vraag kan zorgen voor een toename van de wachttijden voor patiënten.

Drie deelnemers aan het onderzoek benoemen dat de nadruk nu vooral ligt op het afvinken van normen en het verzamelen van data, waardoor het bredere gesprek over kwaliteit en inhoud naar de achtergrond verdwijnt:

“ Het risico is dat we de discussie reduceren tot aantallen, terwijl het uiteindelijk moet gaan om de kwaliteit van zorg. ”

“ We maken de discussie soms te technisch, zonder de bredere context mee te nemen. ”

# 04 De vijf strategische thema's waarop nu beweging nodig is

Terwijl de regio's komen tot goedgekeurde plannen, zijn er volgens ons nu al een aantal strategische thema's waar vervolgstappen op nodig zijn. We lichten de vijf thema's nader toe, en benoemen welke partijen daarin een sleutelrol vervullen en welke stappen er nodig zijn.



## 1. Gedeelde regionale visie: het startpunt voor duurzame transitie



## 2. Regionaal regie voeren op het spreiden van zorg



## 3. Het aanpassen van zorgleveringsmodellen aan de genomen besluiten



## 4. Uitkomsten meten en verbeteren



## 5. Evaluatie van implementatie tranche 1: samen leren en bijsturen



### 1. Gedeelde regionale visie: het startpunt voor duurzame transitie

Een toekomstbestendige inrichting van de zorg vraagt om een gedeelde regionale visie. In plaats van versnipperde plannen op aandoenings- en organisatieniveau, is het nu aan bestuurders van ziekenhuizen, medisch-specialistische bedrijven (msb's) en zorgverzekeraars om gezamenlijk te werken aan een samenhangende koers voor de regio. Deze koers moet zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen op regionaal niveau verbinden, en richting geven aan de noodzakelijke transformatie van het zorglandschap. De visie moet daarnaast comfort bieden in een transitie die zowel de professionele autonomie van zorgprofessionals als organisatorische belangen raakt. Zorgverzekeraars kunnen hierin een belangrijke rol spelen bijvoorbeeld via maatwerkafspraken, tijdelijke vangnetten of investeringsruimte. Daarnaast is het nodig om vooraf stil te staan bij de manier waarop de realisatie van de gezamenlijke visie gevolgd wordt, bijvoorbeeld door het formuleren van concrete doelen en indicatoren.



### Wie moeten in beweging komen:

Bestuurders van ziekenhuizen, msb's en zorgverzekeraars.

### Concrete stappen:

- **Start met een 'coalition of the willing':** breng partijen samen die tijd, energie en mandaat hebben om te investeren in regionale samenwerking. Idealiter zijn dit vertegenwoordigers uit de hele zorgketen. In sommige regio's is volledige ketendekking niet haalbaar, begin dan met wie wél wil en kan.
- **Werk een gezamenlijke visie en een gedeeld waardenkader uit.** Start daarbij met het formuleren van een gedeeld waardenkader: wat vinden we écht belangrijk en waar doen we géén concessies aan? Dit kader vormt het fundament voor alle vervolgstappen en helpt om keuzes te legitimeren en te verbinden.
- **Maak voortgang meetbaar en bespreekbaar:** stel concrete doelen en indicatoren op voor samenwerking, uitkomsten, doelmatigheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit.



## 2. Regionaal regie voeren op het spreiden van zorg

In de meeste regio's is spreiding van zorg nog onvoldoende uitgewerkt. Waar concentratie van zorg normatief en planmatig is vormgegeven, ontbreekt bij spreiding een vergelijkbare structuur. Er zijn geen landelijke kaders, formele besluitvormingsprocedures of vastgestelde spelregels. Spreiding vraagt om een andere aanpak: meer regionaal maatwerk en bestuurlijke afstemming. Juist deze verschillen maken spreiding complexer en minder grijpbaar. Regio's worstelen met vragen als: wat moet er precies gespreid worden? Wie neemt het initiatief? Hoe voorkom je dat spreiding een restcategorie wordt? Daarom is het nodig om spreiding als volwaardig strategisch thema te benaderen, niet als bijproduct van concentratie. Daarbij is het van belang om breder te kijken dan alleen naar de zorg uit tranche 1 (bijvoorbeeld electieve en chronische zorg).



### Wie moeten in beweging komen:

Zorgverzekeraars, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), bestuurders van ziekenhuizen en eerstelijnsorganisaties.

### Concrete stappen:

- **Organiseer per regio een spreidingstafel:** richt een structureel overleg in waarin zorgverzekeraars en regionale zorgaanbieders gezamenlijk een plan voor spreiding uitwerken. Deze tafels moeten zich richten op het behoud van zorg in de regio, met aandacht voor toegankelijkheid en bereikbaarheid.
- **Ontwikkel regionale spreidingsscenario's:** breng in kaart welke zorg dichtbij moet blijven, waar risico's op verschraving ontstaan, en welke alternatieven mogelijk zijn. Denk aan versterking van eerstelijnsvoorzieningen of de inzet van digitale zorg.
- **Maak spreiding zichtbaar en bestuurbaar:** ontwikkel een regionale spreidingsmonitor met indicatoren voor bereikbaarheid, wachttijden en dekking. Gebruik deze als sturingsinstrument voor zorgverzekeraars en VWS.
- **Stimuleer spreiding via maatwerkcontracten en investeringen:** zorgverzekeraars kunnen spreiding ondersteunen door deze mee te nemen in de contractering.



# Shared care als structureel antwoord op dreigende verschraling in de regio

Interview met **Erica Schaper**, bestuursvoorzitter van Frisius MC

**Als het gaat om concentratie en spreiding, is Erica Schaper, bestuursvoorzitter van Frisius MC, helder over de realiteit in Friesland. “In een regio waar de buurtsuper al uit veel dorpen verdwenen is en het openbaar vervoer de afgelopen jaren steeds minder bereikbaar is geworden, heeft concentratie van zorg een heel andere impact dan in de Randstad.” De invoering van volumenormen voor complexe zorg, zoals maag-, slokdarm- en pancreaschirurgie, raakt de regio. “Het idee achter concentratie is op zich goed, want vaker doen leidt tot betere uitkomsten. Maar de manier waarop het nu wordt ingevuld kent blinde vlekken, bijvoorbeeld als de volumenormen aan instellingen worden gekoppeld in plaats van naar het bredere plaatje te kijken waarbij de hele zorgketen een rol speelt.”**

De zorg in Friesland staat op een kruispunt. “We moeten voorkomen dat we in een spiraal van verschraling terechtkomen,” stelt Schaper. “Als we complexe zorg verliezen, verliezen we ook kennis, expertise en aantrekkelijkheid als werkgever.” Shared care is volgens haar een structureel antwoord op dat risico: intensieve samenwerking tussen teams van artsen waarbij opereren op meerdere locaties kan. “Het is geen tussenoplossing, maar een model waarmee we kwalitatief betere én toegankelijke zorg kunnen blijven organiseren, ook in regio’s waar de druk op bereikbaarheid en voorzieningen toeneemt.”

## Shared care als strategisch model

Shared care biedt volgens Schaper de mogelijkheid om invulling te geven aan de ambitie om zorg zowel kwalitatief beter als breed toegankelijk te maken. Ze ziet het als een kans om shared care structureel te verankeren in de organisatie van zorg. “We moeten niet telkens opnieuw beginnen, maar gezamenlijk modellen ontwikkelen die toepasbaar zijn in meerdere regio’s. Dat vraagt om afstemming, vertrouwen en een gedeeld perspectief op wat goede zorg middels shared care is.”

Betrokken partijen in de regio, waaronder Frisius MC, werken aan een shared care-model voor pancreaszorg. Er zijn verschillende manieren waarop dit ingevuld kan worden, bijvoorbeeld door de ingreep in ons geval in het UMCG in Groningen te laten plaatsvinden en het voor- en natraject elders in de regio te organiseren. “Als we gegevensuitwisseling structureel realiseren, kunnen we zorgpaden echt regionaal inrichten. Dan wordt locatie minder bepalend en wordt opereren op twee locaties mogelijk.”

## Oproep aan zorgverzekeraars: kijk naar de bedoeling

Schaper roept zorgverzekeraars op om shared care serieus te nemen als structureel model, en om dit te benaderen vanuit de oorspronkelijke bedoeling van de volumenormen: het verbeteren van zorg. “Ik geloof in het principe van concentratie op basis van volume, dat is belangrijk en nodig,” zegt ze. “Ik begrijp ook goed dat zorgverzekeraars alert zijn op situaties waarin shared care wordt ingezet als alternatief om concentratie te vermijden. Die zorg is terecht.”

Tegelijkertijd benadrukt ze dat dit het potentieel van shared care niet mag ondermijnen. “Shared care kan juist een krachtig middel zijn om de gezamenlijke doelen te realiseren: zorg van zo goed mogelijke kwaliteit, die ook toegankelijk blijft voor mensen in alle delen van het land.” Volgens haar vraagt dit om een open en constructieve houding van alle betrokken partijen. “We moeten niet alleen kijken naar de letter van de afspraken, maar ook naar de bedoeling erachter. Alleen dan kunnen we samen zorgen voor toekomstbestendige zorg, ook in regio’s waar de druk het grootst is.”

## De impact van keuzes: perspectieven in balans brengen

De implementatie van de volumenormen vraagt volgens Schaper om realisme én leiderschap. “De emoties bij medisch specialisten zijn begrijpelijk, zeker als je iets verliest.” Waar op instellingsniveau nog afspraken gemaakt kunnen worden over wat er voor concentratie terugkomt in de vorm van spreiding, ligt dat voor individuele specialisten vaak anders. “Voor hen raakt het aan de kern van hun werk. Als er niets voor terugkomt, is dat enorm zuur. Dat perspectief moeten we serieus nemen.”

In de praktijk betekent dit dat er bij de uitvoering van concentratiebesluiten altijd winnaars en verliezers zijn. Dat hangt af van het perspectief van waaruit je kijkt. “Als raad van bestuur proberen we daarin realistisch te zijn. We nemen mensen stap voor stap mee, maar we moeten ook erkennen dat het voor sommigen echt pijn doet.”

## Friesland als spiegel voor andere delen van het land

Wat Schaper betreft laat Friesland zien waarom maatwerk in het zorglandschap noodzakelijk is. En dat geldt niet alleen voor Friesland, maar ook voor andere regio’s zoals Limburg, Zeeland en Drenthe. “Onderwijs en zorg zijn basisvoorzieningen. Die moeten voor iedereen toegankelijk zijn, ongeacht waar je woont.” Onderzoeken<sup>1</sup> laten echter zien dat dit in de praktijk niet altijd het geval is. “Juist nu, met deze beweging, hebben we de kans om dat beter te organiseren. Om ervoor te zorgen dat toegang tot zorg ook in deze regio’s goed geregeld blijft.”

<sup>1</sup> Adviesrapport Rli, ROB en RVS [Elke regio telt! Een nieuwe aanpak van verschillen tussen regio's](#).

## Samen keuzes maken over profiel en spreiding

Volgens Schaper is shared care niet los te zien van de profielkeuzes die ziekenhuizen in de regio maken. “Als we willen dat shared care werkt, moeten we ook duidelijk zijn over wie wat doet en waar de speerpunten liggen.” In Noord-Nederland spelen onder andere het UMCG, Isala, Martini en Frisius MC een rol in de organisatie van complexe zorg. “We moeten elkaar daarin ook iets gunnen. Dat vraagt om afstemming en gezamenlijke keuzes. De keuzes die we nu maken ten aanzien van spreiding moeten de profielkeuzes ondersteunen.”

Ze is positief over de samenwerking in de regio. “We voeren goede gesprekken met de betrokken instellingen over hoe we onze profielen kunnen aanscherpen en elkaar kunnen versterken. Dat is nodig om de zorg voor de regio echt toekomstbestendig te houden.”



### 3. Het aanpassen van zorgleveringsmodellen aan de genomen besluiten

Besluiten over concentratie en, in beperkte mate, over spreiding hebben directe gevolgen voor de manier waarop zorg in de regio wordt geleverd. Dit vraagt om een herinrichting van de gehele zorgketen, niet alleen van individuele zorgpaden. Zo moeten er bijvoorbeeld afspraken gemaakt worden over de taakverdeling tussen instellingen (wie doet wat), de overdracht en de samenwerking tussen zorgprofessionals. Dit komt neer op het organiseren van netwerkzorg, bijvoorbeeld in de vorm van ‘shared care’. Bij shared care zijn meerdere instellingen gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorg van een patiënt, waarbij elke instelling een deel van het zorgproces op zich neemt. Kenmerken van shared care zijn:

- Expertise wordt gebundeld, uitvoering gebeurt regionaal.
- Taken worden verdeeld, bijvoorbeeld diagnostiek in het ene ziekenhuis en behandeling in het andere.
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor uitkomsten en kwaliteit.
- Regionaal multidisciplinair overleg (MDO) fungeert als scharnierpunt voor afstemming.
- Eventuele toepassing van echelonnering, bijvoorbeeld bij systeemtherapie. In het geval van echelonnering worden ziekenhuizen ingedeeld in niveaus afhankelijk van hun rol in het zorgproces (echelon een tot en met drie).



#### Wie moeten in beweging komen:

Bestuurders, medisch specialisten, zorgprofessionals en regionale netwerken.

#### Concrete stappen:

- **Breng de impact op de gehele keten in kaart:** analyseer per tumorsoort of aandoening wat het concentratiebesluit betekent voor alle schakels in de keten: van verwijzing en diagnostiek tot behandeling, nazorg en follow-up. Betrek hierbij zowel ziekenhuizen, huisartsen, Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (vvt) en geestelijke gezondheidszorg (ggz) als patiëntenorganisaties.
- **Ontwerp passende zorgmodellen op ketenniveau:** werk samen aan nieuwe modellen zoals shared care, waarbij duidelijk is wie welke rol vervult. Dit kan met of zonder formele echelonnering. Leg afspraken vast over taakverdeling, overdracht, verantwoordelijkheden en kwaliteitsborging. Laat de modellen aansluiten bij de regionale context en infrastructuur.
- **Organiseer bestuurlijke en operationele afspraken:** zoek aansluiting bij de uit te werken governancevorm door vereisten en randvoorwaarden vanuit de zorgketens te delen (bijvoorbeeld rondom databeschikbaarheid). Werk een gedetailleerd implementatieplan uit en betrek zorgprofessionals actief bij de inrichting van het model.
- **Pas contractering en bekostiging aan om samenwerking te ondersteunen:** zorgverzekeraars moeten samenwerking stimuleren met passende vormen van bekostiging. Ook onderlinge afspraken tussen instellingen en msb's zijn nodig om de nieuwe modellen werkbaar te maken, bij voorkeur inclusief afspraken over capaciteit, wachttijden en gezamenlijke indicatoren.



## 4. Uitkomsten meten en verbeteren

Na de genomen concentratiebesluiten op basis van volumennormen, is het van belang dat bestuurders, medisch specialisten, zorgprofessionals en regionale netwerken met elkaar een systeem van meten en verbeteren inrichten. Dit zou kunnen via een eenvoudige Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus en moet zich richten op uitkomsten die er daadwerkelijk toe doen, zoals:

- **gezondheidseffecten:** bijvoorbeeld overleving na één en drie jaar, complicatiepercentages en heropnames;
- **patiënttevredenheid:** bijvoorbeeld Patient Reported Outcome Measures;
- **continuïteit van zorg:** bijvoorbeeld proactieve zorgplanning, overdracht tussen instellingen en borging nazorg;
- **samenwerking binnen teams:** bijvoorbeeld regionale MDO's.

Dit vraagt om een andere manier van werken, waarbij continu leren en verbeteren centraal staan. Daarbij zijn inzichten in uitkomsten in eerste instantie bedoeld voor de zorgprofessionals om te leren en te verbeteren. Denk aan het actief betrekken van patiënten bij evaluaties, het delen van praktijkervaringen tussen instellingen en het stimuleren van interprofessioneel leren waarbij verschillende disciplines samen reflecteren op casuïstiek.



## Wie moeten in beweging komen:

Medisch specialisten en zorgprofessionals.

### Concrete stappen:

- **Stel een gezamenlijk uitkomstenkader op per tumorsoort:** breng per oncologische aandoening in kaart welke uitkomsten relevant zijn: overleving, complicaties, Patient Reported Outcome Measures (PROMs), continuïteit en samenwerking. Betrek zorgprofessionals én patiënten bij het bepalen van wat er écht toe doet. Dit vormt de basis voor monitoren en verbeteren.
- **Richt een PDCA-cyclus in op teamniveau:** organiseer cyclische reflectiemomenten binnen multidisciplinaire teams waarbij uitkomsten worden besproken, casuïstiek wordt gedeeld en verbeteracties worden geformuleerd (bijvoorbeeld via regionale MDO's). Stimuleer interprofessioneel leren en zorg ervoor dat uitkomsten niet alleen worden gemeten, maar ook actief worden gebruikt om te verbeteren.
- **Ontwikkel een regionale infrastructuur om data en feedback te delen:** zorg voor een gedeeld dashboard of platform waarop uitkomsten inzichtelijk zijn voor zorgprofessionals. Maak het mogelijk om praktijkervaringen tussen instellingen te delen en patiënten actief te betrekken bij evaluaties (bijvoorbeeld via PROMs).
- **Veranker uitkomstgericht werken in kwaliteitsbeleid en contractering:** laat de teams van zorgprofessionals uitkomsten gebruiken als basis voor interne kwaliteitsverbetering én externe verantwoording. Zorgverzekeraars kunnen uitkomstgerichte samenwerking stimuleren via contractvormen die belonen op basis van kwaliteit en patiëntgerichtheid.



# Lef, vertrouwen en regionale regie om toekomstbestendige zorg te realiseren

Interview met Bas Kaerts, CZ

**Volgens Bas Kaerts van CZ worden de nieuwe volumenormen al langere tijd voorbereid. In diverse regio's is hierop voorgesorteerd, maar succesvolle implementatie blijkt sterk afhankelijk van de kracht van regionale netwerken en samenwerking tussen ziekenhuizen. Daarin worden impactvolle keuzes gemaakt en wordt de samenwerking in de netwerken verbeterd.**

## Regionale verschillen in implementatie

Uit de impactanalyse blijkt dat de impact van vernieuwde volumenormen (het aantal ingrepen wat een ziekenhuis moet uitvoeren om de kwaliteitsstandaarden te halen) op individuele ziekenhuizen en op reistijd voor patiënten minimaal is. Kaerts: "Toch vullen de sessies rondom de invoering zich met spanning, vooral op het moment dat normen formeel worden vastgesteld. In de praktijk zijn het vaak één of twee specifieke aandoeningen die voor vertraging zorgen in de goedkeuring en implementatie van plannen". Kaerts benadrukt dat dit niet hoeft te betekenen dat de implementatie als geheel langer duurt, maar dat de goedkeuring van plannen wel kan stagneren door deze knelpunten.

## Gemiste kans: spreiding krijgt te weinig aandacht

De plannen zijn vrijwel uitsluitend gericht op concentratie van complexe ingrepen. Spreiding van zorg blijft onderbelicht, terwijl dit volgens Kaerts essentieel is voor een toekomstbestendige zorginrichting. Het ontbreken van externe prikkels maakt spreiding te vrijblijvend. Daarnaast zorgt de focus op een beperkt aantal verschuivingen van complexe ingrepen ervoor dat het brede perspectief snel vernauwt tot vakgroep- of zelfs persoonsniveau.

## De rol van de verzekeraar: faciliteren en verbinden

CZ heeft geen beslissingsbevoegdheid over zorgverdeling, maar kan wel richting geven aan het proces. Kaerts ziet een duidelijke rol voor de verzekeraar in het faciliteren van regionale visie en samenwerking. Intenties zijn er, maar concrete regiovisies blijven vaak uit. "De patiënt en de regio moeten leidend zijn," stelt hij. "Dat vraagt om lef, samenwerking en regie." Daarnaast pleit Kaerts voor een landelijke evaluatie van de eerste tranche, zodat lessen kunnen worden getrokken.

## Shared care: waardevol mits door zorgprofessionals vormgegeven

Shared care-modellen (het delen van zorg tussen instellingen) kunnen bijdragen aan toegankelijkheid en continuïteit van zorg, mits ze worden vormgegeven door zorgprofessionals binnen oncologienetwerken. Door deze modellen kunnen de complexe verrichtingen in het gespecialiseerde centrum plaatsvinden terwijl het voor en na-traject in het ziekenhuis in de buurt kan plaatsvinden.

Heldere afspraken en vertrouwen tussen zorgverleners zijn cruciaal. Zonder die randvoorwaarden dreigt versnippering en onduidelijkheid voor patiënten.

## Volumenormen en kwaliteit

Kaerts merkt op dat ondanks dat volumenormen bijdragen aan het borgen van expertise, het belangrijk is om niet te snel een directe relatie te leggen tussen het hanteren van deze normen en betere uitkomsten, zeker wanneer verschillende zorgprofessionals en teams betrokken zijn.

Hij pleit voor een bredere kwaliteitsdefinitie, waarin ook uitkomsten, teamdynamiek, procesinrichting en patiëntervaring worden meegenomen.

## Reflectie als randvoorwaarde voor duurzame transformatie

Kaerts sluit af met een duidelijke oproep: zonder gezamenlijke visie, vertrouwen en structurele evaluatie blijft de transformatie kwetsbaar. Alleen door open reflectie en het overstijgen van individuele belangen kunnen ziekenhuizen en zorgprofessionals samen bouwen aan een zorglandschap dat toekomstbestendig is.





## 5. Evaluatie van implementatie tranche 1: samen leren en bijsturen

De implementatie van tranche 1 biedt een waardevolle kans om te leren van wat er al in gang is gezet. Met het oog op een mogelijk volgende tranche is het belangrijk om vanuit alle betrokkenen te kijken naar wat goed ging en wat anders kan. Dit helpt om het vertrouwen in het proces te versterken.



### Wie moeten in beweging komen:

VWS, de oncologienetwerken, zorgverzekeraars en betrokken ziekenhuizen in de regio's.

### Concrete stappen:

- **Analyseer het implementatieproces en resultaten van tranche 1:** verzamel kwantitatieve en kwalitatieve data over wat er is gerealiseerd in de eerste tranche. Kijk naar wat er feitelijk gerealiseerd is zoals het komen tot goedgekeurde plannen en volumeverschuivingen. Evalueer daarnaast het proces. Betrek hierbij zowel zorgverzekeraars als de betrokken oncologienetwerken en ziekenhuizen.
- **Deel geleerde lessen en good practices met betrokken stakeholders:** organiseer regionale en landelijke reflectiesessies waarin ervaringen worden gedeeld. Zorg ervoor dat zowel beleidsmakers als zorgprofessionals aan tafel zitten. Documenteer good practices en leerpunten, en maak deze toegankelijk voor de regio's. Dit versterkt het vertrouwen in het proces en vergroot het lerend vermogen.
- **Pas beleid en aanpak aan op basis van evaluatie en feedback:** gebruik de inzichten uit de evaluatie om het beleid voor de volgende tranche(s) te verfijnen.



# Bijlage I

In tabel 1 zijn de interventies en voorgestelde volumenormen weergegeven. Deze normen vormen de basis voor de herverdeling en concentratie van zorg in de komende jaren.

TABEL 1: **Overzicht van interventies met voorgestelde volumenormen voor hoogcomplexere oncologische en vaatchirurgische aandoeningen.**

Type	Interventie	Voorlopig voorgestelde volumenormen <sup>i</sup>
<b>Hoofd-halskanker<sup>i</sup></b>	Nieuwe patiënten: Hoofd-Hals Oncologisch Centrum / PP / PPR	200/80/50
	Lapreconstructies	20
	Resecties	50
	Radiotherapeutische interventies	50
<b>Maag-slokdarmkanker</b>	Resecties	75
	Endoscopische resecties	25
	Radiotherapeutische interventies	50
	Systemische behandelingen	50
<b>Longkanker</b>	Resecties	60
	Radiotherapeutische interventies	50
	Systemische behandelingen	NB <sup>k</sup>
<b>Nierkanker</b>	Lokale behandelingen <sup>l</sup>	75
	Systemische behandeling	50
<b>Alvleesklierkanker (pancreaskanker)</b>	Resecties	50
	ERCP	150
	Systeemtherapie	30
<b>Aorta-aneurysma</b>	Chirurgische behandelingen (inclusief acute)	50
	Complexe endovasculaire chirurgie	15
<b>Vernauwde halsslagader</b>	Binnen één week	50% (proces)
	Binnen twee weken	80% (proces)
	Carotisinterventie	20

<sup>i</sup> Het betreft voorlopige normen waarover definitieve landelijke besluitvorming nog moet plaatsvinden.

<sup>j</sup> De volumes voor de hoofd-halsinterventies op basis van de Nederlandse Kankerregistratie (NKR) zijn een onderschatting. De NKR telt alleen initiële behandelingen. Bovendien bestaat er een discrepantie in de definitie van 'recidief' tussen het veld (ziet tumor soms als tweede primaire tumor) en de NKR.

<sup>k</sup> Over de behandeling Longkanker – Systematische behandelingen is geen consensus bereikt.

<sup>l</sup> De lokale behandelingen betreffen radicale en partiële nefrectomie (inclusief ureterectomie) en focale therapie (zoals cryoablatie, microwave ablatie (MWA), radiofrequentie ablatie (RFA) en radiotherapie) bij benigne of aligne tumoren van de (bij)nier(en).

# Bijlage II

Toelichting op de twee criteria voor het in kaart brengen van de complexiteit van de planvorming en implementatie van de volumenormenten:

- **Complexiteit van herschikking:** de complexiteit van herschikking wordt bepaald door de mate waarin de huidige verdeling van zorgvolumes afwijkt van de nieuwe volumenormenten, en het aantal interventies dat als gevolg van de herschikking verplaatst moet worden. De normen zijn vastgesteld voor vijf oncologische tumorsoorten (hoofd-hals, pancreas, long, maag-slokdarm, nier) en twee vaatchirurgische ingrepen (aorta aneurysma, carotislijden). Voor hoofd-halskanker en carotislijden voldoen de meeste ziekenhuizen reeds aan de gestelde normen. Voor de overige indicaties zijn substantiële herschikkingen noodzakelijk. In regio's waar meerdere ziekenhuizen onder de norm vallen, leidt dit tot verplaatsing van productievolumes, personeel en infrastructuur. Dit vraagt om intensieve afstemming en planning tussen betrokken partijen.
- **Reistijd en bereikbaarheid:** de impact van herschikking op de reistijd voor patiënten is een belangrijk aandachtspunt, met name voor kwetsbare groepen en in relatie tot de bereikbaarheid via openbaar vervoer. Reistijd wordt in impactanalyses vaak genoemd als zorgpunt, vooral bij indicaties als maag-slokdarmkanker en nierkanker. In gebieden met beperkte infrastructuur of beperkt openbaar vervoer kan de reistijd voor patiënten aanzienlijk toenemen, wat directe gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van zorg. Daarnaast kunnen cascade-effecten, zoals de verplaatsing van spoedzorg of een verlaging van de IC-capaciteit, indirect ook de reistijd beïnvloeden. Dit vraagt om aanvullende maatregelen, zoals casemanagement of vervoerondersteuning.

## Toelichting per regio

### Noord-Holland/Flevoland

- **Herschikking:** van de longinterventies voldoet één behandeling niet (in zeven van de acht ziekenhuizen); van de maaginterventies voldoet één behandeling niet (in één van de twee ziekenhuizen); van de pancreasinterventies voldoen alle drie behandelingen niet (in respectievelijk één van de twee, vijf van de tien en drie van de dertien ziekenhuizen); van de nierinterventies voldoen beide behandelingen niet (in vijf van de zeven en zeven van de dertien ziekenhuizen); van de aneurysma-aorta-interventies voldoen beide behandelingen niet (in drie van de acht en drie van de vier ziekenhuizen).
- **Reistijd en bereikbaarheid:** de extra reistijd ligt tussen de 2 en 25 minuten, met een piek bij lokale behandeling van nierkanker en oncologisch longresecties.

### Noordoost-Nederland

- **Herschikking:** van de longinterventies voldoet één behandeling niet (in drie van de acht ziekenhuizen); van de maaginterventies voldoen twee behandelingen niet (in respectievelijk twee van de vier en vier van de zestien ziekenhuizen); van de pancreasinterventies voldoen alle drie behandelingen niet (in respectievelijk één van de vier, vijf van de veertien en vier van de zestien ziekenhuizen); van de nierinterventies voldoen beide behandelingen niet (in zes van de negen en tien van de zestien ziekenhuizen); van de aneurysma-aorta-interventies voldoet één behandeling niet (in één van de elf ziekenhuizen).
- **Reistijd en bereikbaarheid:** de extra reistijd ligt tussen de 6 en 30 minuten, met een piek bij pancreasresecties en maag-/slokdarmoperaties.

### Midden-Nederland

- **Herschikking:** van de longinterventies voldoet één behandeling niet (in twee van de vier ziekenhuizen); van de maaginterventies voldoet één behandeling niet (in één van de twee ziekenhuizen); van de pancreasinterventies voldoet één behandeling niet (in één van de vijf ziekenhuizen); van de nierinterventies voldoen beide behandelingen niet (in één van de drie en drie van de zes ziekenhuizen); van de aneurysma-aorta-interventies voldoet één behandeling niet (in twee van de vijf ziekenhuizen).
- **Reistijd en bereikbaarheid:** de extra reistijd ligt tussen de 4 en 17 minuten, met een piek bij pancreas ERCP's en aneurysma-aortabehandelingen.

### Oost-Nederland

- **Herschikking:** van de longinterventies voldoet één behandeling niet (in één van de vijf ziekenhuizen); van de maaginterventies voldoen twee behandelingen niet (in beide ziekenhuizen: twee van de twee en twee van de twee); van de nierinterventies voldoen beide behandelingen niet (in drie van de vijf en vier van de acht ziekenhuizen); van de aneurysma-aorta-interventies voldoet één behandeling niet (in één van de zeven ziekenhuizen).
- **Reistijd en bereikbaarheid:** de extra reistijd ligt tussen de 10 en 18 minuten, met een piek bij endoscopische resecties van maag/slokdarm.

## Zuidoost-Nederland

- *Herschikking:* van de longinterventies voldoet één behandeling niet (in drie van de vijf ziekenhuizen); van de maaginterventies voldoen twee behandelingen niet (in respectievelijk één van de twee en drie van de negen ziekenhuizen); van de pancreasinterventies voldoen twee behandelingen niet (in respectievelijk drie van de acht en vier van de negen ziekenhuizen); van de nierinterventies voldoen beide behandelingen niet (in vijf van de zeven en vijf van de negen ziekenhuizen); van de aneurysma-aorta-interventies voldoet één behandeling niet (in twee van de zeven ziekenhuizen).
- *Reistijd en bereikbaarheid:* de extra reistijd ligt tussen de 0 en 39 minuten, met een piek bij maag-/slokdarmoperaties en lokale behandeling van nierkanker.

## West-Nederland

- *Herschikking:* van de maaginterventies voldoen drie behandelingen niet (in respectievelijk twee van de twee, één van de één en één van de zes ziekenhuizen); van de pancreasinterventies voldoet één behandeling niet (in één van de zes ziekenhuizen); van de nierinterventies voldoen beide behandelingen niet (in vier van de vijf en twee van de zes ziekenhuizen).
- *Reistijd en bereikbaarheid:* de extra reistijd ligt tussen de 7 en 15 minuten, met een piek bij pancreas ERCP's.

## Zuidwest-Nederland

- *Herschikking:* van de longinterventies voldoen twee behandelingen niet (in respectievelijk drie van de acht en één van de veertien ziekenhuizen); van de maaginterventies voldoen twee behandelingen niet (in respectievelijk één van de drie en één van de veertien ziekenhuizen); van de pancreasinterventies voldoen alle drie behandelingen niet (in respectievelijk drie van de vier, één van de elf en één van de veertien ziekenhuizen); van de nierinterventies voldoen beide behandelingen niet (in acht van de elf en zes van de veertien ziekenhuizen); van de aneurysma-aorta-interventies voldoen twee behandelingen niet (in respectievelijk drie van de elf en twee van de vier ziekenhuizen).
- *Reistijd en bereikbaarheid:* de extra reistijd ligt tussen de 2 en 27 minuten, met een piek bij lokale behandeling van nierkanker en pancreasresecties.

# Bronnenlijst

1. Rijksoverheid (2022). **Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'**.
2. Zorginstituut Nederland (2025). **Nieuwe afspraken over kankerzorg en vaatchirurgie.**
3. De Nederlandse Zorgautoriteit (2024). **Concentratie en spreiding hoogcomplexere oncologische zorg en vaatchirurgie.**
4. De Nederlandse Zorgautoriteit (2024). **Volumes bij interventies met voorgestelde normen hoogcomplexere medisch-specialistische zorg.**
5. SiRM (2025). **Impactanalyse Concentratie & Spreiding MSZ tranche 1.**



## Auteurs:

### **Arno de Vries**

*Director KPMG Health*

E. devries.arno@kpmg.nl

### **David Ikkersheim**

*Partner KPMG Health*

E. ikkersheim.david@kpmg.nl

### **Amber Pétin**

*Senior consultant KPMG Health*

E. petin.amber@kpmg.nl

### **Evi Hofstede**

*Senior consultant KPMG Health*

E. hofstede.evi@kpmg.nl