

# Governance ROAZ

Versie 1

Datum	10 april 2024
Status	Definitief

## Colofon

Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5 2511 VX Den Haag

Contactpersoon

[REDACTED]  
*Beleidsmedewerker*

+31(0)6 [REDACTED]

[REDACTED]@minvws.nl

Auteur

Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport (VWS)

Aantal pagina's

25

## Inhoud

	<b>Leeswijzer</b>	<b>4</b>
	<b>Managementsamenvatting</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Aanleiding</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Aanpak</b>	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b>Weergave van uitkomsten vragenlijsten</b>	<b>9</b>
<b>3.1.</b>	<b>Besluitvorming – kansen en knelpunten</b>	<b>9</b>
<b>3.2.</b>	<b>Vertegenwoordiging</b>	<b>12</b>
<b>3.3.</b>	<b>Borging van verschillende perspectieven en belangen in het ROAZ</b>	<b>14</b>
<b>3.4.</b>	<b>De rol van de zorgverzekeraar</b>	<b>17</b>
<b>3.5.</b>	<b>Voorzitterschap</b>	<b>20</b>

## Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd in een managementsamenvatting en vier inhoudelijke hoofdstukken. Allereerst is de managementsamenvatting uiteengezet. In de daaropvolgende hoofdstukken 1 en 2 wordt de aanleiding en de aanpak beschreven. In hoofdstuk 3 volgt een uitgebreidere weergave van de uitkomsten van de ingevulde vragenlijsten ten aanzien van de onderwerpen besluitvorming, vertegenwoordiging en mandatering, borging van verschillende perspectieven en belangen in het ROAZ, de rol van zorgverzekeraars en het voorzitterschap binnen het ROAZ.

## Managementsamenvatting

In het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) en in de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg (hierna: beleidsagenda) is afgesproken dat partijen zullen overleggen over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en governance van en binnen het Regionaal Overleg Acute zorg (hierna: ROAZ) op basis van de AMvB acute zorg.<sup>1</sup> Door inzicht te krijgen in de succesfactoren en knelpunten in de organisatie van het ROAZ in de tien ROAZ-regio's, kunnen waar nodig verbeteringen worden gerealiseerd met als doel het ROAZ effectiever in staat te stellen om afspraken maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van goede acute zorg in de regio.

Daartoe is een vragenlijst uitgezet bij alle deelnemende partijen aan de IZA-thema-tafel samenwerking in de acute zorg. Uit de reacties van de respondenten komt naar voren dat bij iedere partij de urgentie voor goed overleg en het maken van samenwerkingsafspraken over de acute zorg aanwezig, met name sinds de Covidpandemie, maar ook door knelpunten in toegankelijkheid van acute zorg. De organisatie van het ROAZ kent diverse vormen en structuren. Zo zijn er Algemene Besturen (hierna: AB's) en Dagelijkse Besturen (hierna: DB's) ingericht en daaronder ook expertgroepen, focusgroepen en tactische ROAZ-overleggen. Er is op dit moment geen blauwdruk hoe een ROAZ er uitziet en een groot deel van de partijen geeft aan dat regionaal maatwerk mogelijk moet blijven. Zowel vanwege de grote van de regio, de regio-indeling en de hoeveelheid zorgpartijen die betrokken zijn bij de verschillende ROAZ'en. Deze managementsamenvatting beschrijft per onderwerp de belangrijkste resultaten en besprekpunten die voortkomen uit de analyse van de ROAZ governance vragenlijst.

### a. Besluitvorming, vertegenwoordiging en mandatering

Besluitvorming in het ROAZ is gebaseerd op consensus en/of consent. Een deel van de respondenten spreekt zich positief uit over de zorgvuldigheid en ordentelijkheid van het besluitvormingsproces. Er zijn ook diverse aandachtspunten genoemd rondom besluitvorming en de inrichting van het overleg, zoals het grote aantal betrokkenen in het overleg, het risico dat één partij een besluit kan tegenhouden, het langs elkaar heen werken van verschillende suborganen van het ROAZ, communicatie, samenwerking tussen ROAZ-regio's en verbinding met andere regionale structuren voor niet-acute zorg. Tegelijkertijd blijkt dat er al op allerlei manieren aan knelpunten wordt gewerkt, bijvoorbeeld doordat in veel regio's de overleg- en besluitvormingsstructuren zijn of worden verbeterd, passend bij de regionale context. Het lukt de ROAZ'en nu meestal nog om besluiten te nemen, maar het risico bestaat dat in de toekomst in toenemende mate vraagstukken op tafel komen waarin besluitvorming op basis van consensus niet altijd zal volstaan. Aandachtspunten bij de onderwerpen op de agenda van het ROAZ zijn de scope/breedte van het ROAZ, de verbinding met het niet-acute zorg werkveld, het voorop stellen van het algemene belang, voldoende aandacht voor de VVT-sector, voorkomen dat ziekenhuizen de ROAZ overleggen domineren en oog hebben voor de lange termijn.

Het belang dat alle zorgaanbieders aan tafel zitten bij het ROAZ wordt breed gedeeld, net als de noodzaak voor een goede vertegenwoordiging- en mandaatstructuur vanwege het grote aantal deelnemers aan het ROAZ. Vertegenwoordiging en mandatering is vooral een aandachtspunt bij de VVT en de huisartsen. Landelijke koepels van deze sectoren kunnen mogelijk helpen bij het versterken van de regionale infrastructuren.

<sup>1</sup> Uitvoeringsbesluit Wkkgz, hoofdstuk 8a en uitvoeringsregeling Wkkgz, hoofdstuk 3a.

Ook het mandaat van de zorgverzekeraar i.r.t. andere verzekeraars in de regio is een aandachtspunt (zie paragraaf zorgverzekeraar). Om vertegenwoordiging en mandatering te verduidelijken is een heldere governance van het ROAZ nodig. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat het ROAZ in alle 10 de regio's anders functioneert en dat een oplossingsrichting die voor de ene regio kan werken, voor een andere regio wellicht niet wenselijk is.

b. Borging van verschillende perspectieven en belangen in het ROAZ  
 Het LNAZ geeft aan dat de governance van het ROAZ voortdurende ontwikkeling en maatwerk betekent. Governance is daarmee een werkwoord, iedereen is mede verantwoordelijk voor het succes van het ROAZ. Volgens de NVZ ligt de uitdaging in het vinden van een evenwicht tussen de verschillende belangen en in het waarborgen van een goede vertegenwoordiging van alle betrokken partijen. Dit is een punt waar ROAZ-regio's volgens de NVZ van elkaar kunnen leren. Met betrekking tot het perspectief van zorgprofessionals geven organisaties van zorgaanbieders over het algemeen aan dat dat goed geborgd is, de organisaties van zorgprofessionals geven aan dat het nog beter kan, zeker als het gaat om de betrokkenheid van verpleegkundigen. De Nederlandse Patiëntenfederatie maakt zich zorgen over de inbreng van het patiëntenperspectief. Hoewel er ook andere partijen zijn die zich afvragen of het perspectief van patiënten en burgers wel voldoende vertegenwoordigd is, zijn er geen partijen die pleiten voor de aanpassing van de regelgeving op het punt van inbreng van patiënten en burgers.

Het VNG-bestuur acht directe betrokkenheid van gemeenten in het ROAZ geen passende oplossing voor het borgen van de betrokkenheid van gemeenten bij besluitvorming. In de reactie op de uitvraag pleit de VNG wel voor een betere borging van betrokkenheid van gemeenten in regelgeving. GGD GHOR Nederland ziet de DPG als de vertegenwoordiger van het openbaar bestuur in het ROAZ, maar niet als de vertegenwoordiger van individuele gemeentebesturen. Organisaties van zorgaanbieders zien geen aanleiding de regelgeving te wijzigen met betrekking tot de rol van gemeenten. Ook beroepsorganisaties pleiten voor een rol voor gemeenten meer op afstand.

c. De rol van zorgverzekeraars  
 Zorgverzekeraars maken formeel volgens de AMvB geen deel uit van het ROAZ, maar zij zijn in de praktijk op veel plekken al jarenlang betrokken. In elk ROAZ is tenminste een zorgverzekeraar betrokken, maar uit de antwoorden die zijn gegeven door verschillende partijen blijkt dat dit niet voor alle respondenten zichtbaar is. Daarnaast verschilt de mate waarin zorgverzekeraars participeren, wel of niet op de voorgrond treden en welke rol zij aannemen.

Over het algemeen ziet een meerderheid van de partijen de zorgverzekeraar als partner in het toegankelijk en beschikbaar houden van de acute zorg die voldoet aan de gestelde (kwaliteits)normen. Partijen zijn het eens dat er een rol in het ROAZ is weggelegd voor de zorgverzekeraar. Volgens een deel van de partijen mogen zorgverzekeraars daarbij een meer proactieve rol aannemen. Ook benadrukken veel respondenten het belang van zorgverzekeraars op het gebied van financiering, waarbij zorgverzekeraars ook richting kunnen geven. Daarnaast kunnen zij dossiers benaderen vanuit een ander, breder perspectief dat over segmenten en regio's heen gaat. Volgens meerdere ROAZ partijen kunnen zorgverzekeraars hierdoor een belangrijke bijdrage leveren in het ROAZ om te komen tot een toekomstbestendig acuut zorglandchap. Betrokkenheid van zorgverzekeraars kan de uitvoering van plannen uit het ROAZ ook ten goede komen.

Tegelijkertijd lopen partijen en regio's soms ook tegen knelpunten in de samenwerking met zorgverzekeraars aan. Volgens enkele partijen kan er spanning optreden wanneer het onduidelijk is welke rol de zorgverzekeraar heeft of aanneemt: de rol van zorgverzekeraar in het ROAZ-overleg of de rol van regulier zorginkoper. Bijvoorbeeld bij het delen van data: het delen van data is relevant om samenwerkingsafspraken te maken en te monitoren, echter kan de data tegelijkertijd ook gebruikt

worden door zorgverzekeraars bij het maken van inkoopafspraken. Daarnaast hebben enkele respondenten het idee dat focus van de zorgverzekeraar voornamelijk kostenbeheersing is en dat kan afwijken met de doelen van de regio. Sinds de Covidpandemie is er meer afstemming met zorgverzekeraars dan voorheen, maar partijen zien dit graag nog verder toenemen of verbeteren. Om de samenwerking te verbeteren is er behoefte aan verduidelijking van de rol, taken en het mandaat van marktleders zorgverzekeraars en de verhoudingen tussen zorgverzekeraars onderling. Zorgverzekeraars zelf willen graag samen met de ROAZ-voorzitter en het ROAZ-bureau het voortouw nemen bij het inrichten van een toekomstbestendig regionaal acuut zorglandlandschap, zodat aan de voorkant meer sturing mogelijk is. In theorie hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om, als het ROAZ onvoldoende in staat blijkt om de noodzakelijke besluiten te nemen, hun doorzettingsmacht te hanteren. Volgens ZN is dit echter vooral in theorie, want in de praktijk kunnen ze niet eenzijdig sturen op de herinrichting van het (acute) zorglandschap.

#### d. Voorzitterschap binnen het ROAZ

De vragen die zijn gesteld rondom het voorzitterschap van het ROAZ zijn uiteenlopend beantwoord en partijen hebben verschillende gedachten en ideeën rondom het voorzitterschap en de invulling daarvan. Het voorzitterschap wordt in de praktijk ingevuld door een lid van de Raad van Bestuur afkomstig uit een ziekenhuis met de erkenning traumacentrum (dit is geen wettelijke verplichting). Uit de reacties op de vragenlijst blijkt dat het voorzitterschap in verschillende ROAZ-regio's anders wordt ervaren. Er zijn respondenten uit regio's waar het voorzitterschap als goed, werkbaar en prettig wordt ervaren, maar er zijn ook respondenten die dit niet zo beleven. Een genoemde reden waarom voorzitterschap als prettig wordt ervaren, is dat de ROAZ-voorzitter competenties van tactisch voorzitterschap beheerst en deze juist weet in te zetten. Er worden door partijen verschillende redenen genoemd waarom de huidige inrichting van het voorzitterschap anders zou moeten. Zo wordt er door meerdere partijen genoemd dat er een risico is op belangenverstremming, doordat de voorzitter een onlosmakelijk bedrijfsbelang heeft van de eigen organisatie. Daarnaast wordt benoemd dat het overgrote deel van de acute zorgvraag niet bij een traumacentrum terecht komt, waardoor er volgens sommige partijen geen belang bij het traumacentrum zit voor de organisatie van het ROAZ. Een minderheid van de partijen (LNAZ, NFU, GGD GHOR Nederland en twee FMS-respondenten) geeft aan dat zij de huidige wijze van de inrichting van het voorzitterschap graag gecontinueerd zien worden. LNAZ geeft aan dat de huidige AMvB genoeg ruimte biedt om het voorzitterschap bij een andere partij dan het traumacentrum te beleggen. Dit wordt in de praktijk niet door iedere partij zo ervaren. Een meerderheid van de partijen (NVZ, NZa, ZN, een meerderheid van de FMS-respondenten, enkele ggz instellingen, NVSHA, V&VN cluster acute zorg en enkele individuen vanuit de eerstelijnszorg) geeft aan dat zij een voorkeur hebben voor aanpassing van de huidige inrichting van het voorzitterschap. Onafhankelijk en roulerend voorzitterschap worden genoemd als mogelijke aanpassingen voor het huidige voorzitterschap. Hierbij zijn er partijen die geen onafhankelijke positionering van het voorzitterschap wensen, er zijn partijen die wel onafhankelijke positionering van het voorzitterschap wensen en er zijn partijen die onafhankelijkheid als belangrijke eigenschap/waarde benoemen, maar uiteindelijk geen duidelijke uitspraak doen.

## 1. Aanleiding

Samenwerking in de acute zorg is nodig op alle niveaus: van lokaal tot nationaal en zelfs grensoverstijgend. Leidend in de ordening van de samenwerking in de acute zorg is de ROAZ-regio. Het ROAZ is een geschikt platform om samenwerkingsafspraken te maken, omdat alle betrokken zorgaanbieders uit de keten daarin zijn vertegenwoordigd en zorgverzekeraars bij het ROAZ zijn aangesloten. De zorgaanbieders hebben de taak om afspraken te maken "met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in hun regio alsmede de voorbereiding op het verlenen van die zorg." Het ROAZ is begonnen als een samenwerkingsoverleg in het kader van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de acute zorg. De deelnemers en taak van het ROAZ zijn sinds 1 januari 2022 geformaliseerd in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (de AMvB acute zorg), maar de rol van het ROAZ is zich ook, mede door de Covid-pandemie, aan het (door)ontwikkelen naar een ketenoverleg.

Het doel van het ROAZ is afspraken maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van goede acute zorg in de regio.

In de Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg is, in navolging op het Integraal Zorgakkoord, de volgende tekst opgenomen over de governance van het ROAZ:

*De grote drukte in de acute zorg en de noodzaak om de acute zorg toekomstbestendig te maken vraagt veel van de ROAZ-en en de ondersteunende bureaus. Ik heb in deze beleidsagenda ook diverse vragen bij de ROAZ-en neergelegd. Gezien de grote opgave waar de ROAZ-en voor staan, wil ik kijken naar de governance van de ROAZ-en, de betrokkenheid van alle partijen in de keten en in het bijzonder naar het voorzitterschap: is het zinvol te regelen wie de voorzitter van het ROAZ zou moeten zijn, hoe die functionaris benoemd zou moeten worden en op basis van welke criteria? Wat zouden de bevoegdheden van de voorzitter moeten zijn en hoe verhouden die zich tot de rol van de zorgverzekeraars? Hoe wordt het patiëntenperspectief in het ROAZ meegenomen? Hierover ga ik in gesprek met het veld.*

*Actie: Ik verken de positionering van de ROAZ-voorzitter, vanwege het belang van deze positie voor de gehele zorgketen. Ook ga ik in gesprek over een effectieve governance van het ROAZ. Daarbij zal ook de positie van de DPG vanuit zijn verantwoordelijkheid als hoofd van de GHOR betrokken worden.*

Het uitvoeren van een zorgvuldige analyse van succesfactoren en knelpunten is een belangrijke stap om bovenstaande acties uit te voeren. Daarom is bijgevoegde vragenlijst opgesteld, in afstemming met de IZA-deelnemers van de thematafel acute zorg. De antwoorden op de vragenlijst bieden de inbreng voor de analyse. Op basis van conclusies uit de analyse kunnen eventueel vervolgstappen worden geformuleerd.

### Relatie met andere trajecten

In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat de NVZ de trekker is van de volgende afspraak, in samenwerking met LNAZ, NFU, Zn en VWS: Met het oog op de gewijzigde rol van het LNAZ wordt, aansluitend op de afspraken in het IZA, door betrokken partijen in samenspraak met VWS overlegd over een aangepaste governance van het LNAZ waar mogelijk met ingang van 1 januari 2023.

Daarnaast heeft het kabinet eerder aangekondigd, onder andere in de reactie op het OVV-rapport over de Covid-pandemie, dat het duidelijkheid wil creëren over taken en verantwoordelijkheden in de curatieve, langdurige en publieke gezondheidszorg in crisistijd, zowel regionaal als landelijk, en zorgen voor heldere regie en sturingsmechanismen die bijdragen aan sluitende samenwerkingsketens, met doorzettingsmacht als dat nodig is.

## 2. Aanpak

In het IZA en in de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg (hierna: beleidsagenda) is afgesproken dat partijen zullen overleggen over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en governance van en binnen het ROAZ op basis van de AMvB acute zorg.<sup>2</sup> In het IZA is ook afgesproken dat daarbij wordt meegenomen hoe de betrokkenheid van de zorgprofessionals (vanwege de medisch inhoudelijke aspecten van het organiseren van acute zorg(keten) en het bewaken van de inhoudelijke samenhang en uitvoerbaarheid van acute zorg en aanpalende zorg in capaciteit en expertise) en het patiënten perspectief binnen het ROAZ kunnen worden geborgd. In de beleidsagenda is aanvullend daarop aangekondigd dat VWS de positionering van de ROAZ-voorzitter zal verkennen.

De IZA-thematafel samenwerking in de acute zorg is op 13 juli 2023 akkoord gegaan met een voorstel van VWS voor een plan van aanpak, waarin is voorgesteld om eerst een zorgvuldige analyse van succesfactoren en knelpunten van de governance van het ROAZ op te stellen. Het doel van deze analyse is om inzicht te krijgen in de succesfactoren en knelpunten in de organisatie van het ROAZ in de tien ROAZ-regio's. Daarbij bedoelen we: kan op basis van de huidige organisatie de taak van het ROAZ goed worden uitgevoerd? Daarmee willen we zowel naar de formele kant kijken, dus de manier waarop het ROAZ nu is ingebed in regelgeving, als naar de informele kant, dus de manier waarop ROAZ'en de organisatie zelf verder hebben ingevuld en welke aanpak de verschillende regio's nu kiezen om het ROAZ zo goed mogelijk te laten functioneren. Daarnaast willen we ook kijken naar de huidige taak, maar ook het ROAZ toekomstbestendig maken. Op basis van de conclusies uit de analyse kunnen eventueel vervolgstappen worden geformuleerd.

In september 2023 is een vragenlijst uitgezet bij alle deelnemende partijen aan de IZA-thematafel samenwerking in de acute zorg. De vragenlijst bestond uit vijf onderwerpen: 1) besluitvorming en vertegenwoordiging, 2) positionering van de ROAZ-voorzitter, 3) de rol van de zorgverzekeraar, 4) belangen van burgers, patiënten, professionals en lokaal bestuur en 5) goede voorbeelden van governance of samenwerkingsafspraken. De deelnemers aan de IZA-thematafel zijn vrij geweest om de vragenlijst met de achterban te delen waardoor er een grote verscheidenheid aan deelnemers en reacties is gekomen. In totaal zijn er tientallen vragenlijsten retour gestuurd. De vragenlijst is ingevuld door koepelorganisaties Landelijk Netwerk Acute Zorg (hierna: LNAZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (hierna: NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (hierna: NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN), Ambulancezorg Nederland (hierna: AZN) en Landelijke Huisartsen Vereniging (hierna: LHV), door beroepsvertegenwoordigers Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (hierna: V&VN) cluster acute zorg, V&VN cluster acute zorg (voorheen: NVSHV) en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (hierna: NVSHA). Door professionals en bestuurders op individueel niveau vanuit de Federatie Medisch Specialisten (hierna: FMS), verschillende ggz instellingen, enkele Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (hierna: KNMP) apothekers en enkele huisartsenposten (hierna: HAP). Daarnaast zijn er door toezichthouder Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en GGD GHOR Nederland reacties gegeven. Het is op basis van deze uitvraag niet duidelijk of de inbreng van professionals en de bestuurders die op individueel niveau hebben gereageerd, representatief zijn voor de hele sector. De reacties geven echter wel nuttig inzicht in het perspectief van deze partijen. In de rapportage is zorgvuldig weergegeven wanneer er sprake is van inbreng van één of enkele individuen.

<sup>2</sup> Uitvoeringsbesluit Wkkgz, hoofdstuk 8a en uitvoeringsregeling Wkkgz, hoofdstuk 3a.



### 3. Weergave van uitkomsten vragenlijsten

#### 3.1. Besluitvorming – kansen en knelpunten

Het Regionaal Overleg Acute zorg (ROAZ) is een overleg met als doel afspraken te maken over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de regio. In de AMvB acute zorg zijn kaders beschreven over de manier waarop het ROAZ werkt en is ingericht. De AMvB laat binnen deze kaders veel vrijheid in de inrichting van het overleg, de onderwerpen op de agenda en de wijze van besluitvorming. Ook is het aan het ROAZ om te bepalen hoe zij het voorzitterschap inrichten.

Hieronder zijn de antwoorden samengevat op de vragen die aan partijen gesteld zijn over besluitvorming en de efficiëntie daarvan, de agendering van onderwerpen, de wijze van overleg en inrichting van het overleg en wat er gebeurt wanneer het partijen niet lukt om tot besluitvorming te komen.

##### 3.1.1. Besluitvorming

De besluitvorming in het ROAZ is gebaseerd op consensus en/of consent. Dit proces wordt geholpen door een voldoende onafhankelijk/neutraal netwerkbureau. De voorzitter heeft geen doorzettingsmacht in reguliere tijden. Alleen voor de pandemische crisis zijn met breed draagvlak andere afspraken gemaakt, vastgelegd in het Covid-op-schalingsplan.

Onder andere de NVZ, ambulancediensten en ggz-instellingen spreken zich positief uit over de besluitvorming in het ROAZ op dit moment. Een ambulancedienst zegt: "Besluitvorming is kwalitatief zorgvuldig, ordentelijk en op basis van consensus." De ggz-instellingen geven aan dat er heldere afspraken zijn over besluitvorming, de voorbereiding en verslaglegging daarvan. Ook wordt er door diverse partijen positief gesproken over de rol van de netwerkbureaus bij de besluitvorming. Het LNAZ en de NFU geven aan dat het erom gaat dat partijen in het ROAZ elkaar aanspreken, zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen, elkaar kennen en vertrouwen hebben in elkaar.

Partijen zien ook diverse knelpunten bij de besluitvorming. Verschillende partijen (NVZ, HAP, ZN, V&VN cluster acute zorg, NVSHA en een aantal partijen die via de FMS reageerden) constateren dat de betrokkenheid van het grote aantal deelnemers en de complexe overlegstructuren tot een gebrek aan slagvaardigheid en vertraging kunnen leiden. Er wordt echter ook geconstateerd dat dit deels moeilijk te voorkomen is en dat er regionale verschillen zijn. ZN zien het risico dat een besluit kan worden tegengehouden door één partij. Een respondent via de FMS vindt het een knelpunt dat in het bestuurlijk ROAZ partijen mee mogen stemmen op onderwerpen die geen impact op hen hebben. Een risico dat door meerdere partijen wordt genoemd is dat suborganen van het ROAZ langs elkaar heen werken door de versnipperde structuur. Betere communicatie tussen de ROAZ-tafels is gewenst. Een HAP zegt dat er onduidelijkheid bestaat in overleggen over welke opgave voor het ROAZ is en welke voor individuele deelnemers. Een FMS-respondent geeft ook aan dat er niet altijd duidelijkheid is over het mandaat van het ROAZ.

Er zijn door partijen diverse kansen en mogelijke oplossingsrichtingen genoemd. Het LNAZ geeft aan dat met een grote omvang van de ROAZ-regio en de groter geworden diversiteit in het ROAZ moet worden bepaald wie over welke onderwerpen besluitvormend is ((sub)regionaal/sectoraal); hoe 'stemmen' zich tot elkaar verhouden en welke regionale werkafspraken gemaakt moeten worden over sector-vertegenwoordiging en mandatering. Dit gesprek wordt volgens het LNAZ in iedere regio gevoerd en kan niet van bovenaf worden opgelegd. ZN geeft aan dat in verschillende ROAZ-en oplossingen worden gezocht binnen de governance om de effectiviteit te bevorderen: bijvoorbeeld door een onderscheid te maken tussen bestuurlijk en tactisch ROAZ, te werken met subregio's, het instellen van een DB en het instellen van werkgroepen rondom bepaalde thema's. ZN vindt dat in het ROAZ van deelbelangen (van individuele zorgaanbieders) naar het algemene belang moet worden verschoven. Dit kan door het regionale perspectief leidend te laten zijn, zoals ook is gedaan bij de ROAZ-beelden en -plannen. Volgens de NVZ kan besluitvorming verbeteren door het verbeteren van de communicatie en het omgaan met belangen die niet in het ROAZ thuishoren.

Zowel ZN als de NZa en GGD GHOR Nederland noemen beschikbaarheid en het delen van capaciteits- en stuurinformatie binnen de regio's en informatie gestuurd werken als essentieel om de effectiviteit van het ROAZ te bevorderen en zicht te krijgen op het nemen van besluiten over bepaalde vraagstukken. ZN vindt ook voldoende uitvoerende kracht (management) van belang. Een RAV merkt op dat goede voorbereiding van overleggen en vooral technisch voorzitten van belang is voor efficiënte besluitvorming. AZN suggereert dat een roulerende vertegenwoordiger per sector helpend kan zijn in de slag- en besluitvormingskracht. Een ggz-instelling geeft aan dat voor- en nabereiding van besluitvorming door leden van de eigen sector beter kan.

Aan partijen is gevraagd wat er gebeurt er als het maken van afspraken en komen tot besluitvorming niet lukt. Het LNAZ geeft aan dat de voorzitter de verantwoordelijkheid heeft om besluiten te nemen over de vervolgstap als er geen consensus of consent is. In de praktijk wordt vaak een extra bestuurlijk overleg georganiseerd en intensief voorbereid, zeggen enkele respondenten. Een ander noemt het inbrengen van (externe) expertise. Uit de reacties lijkt het op dit moment in de meeste gevallen te lukken om toch een afspraak of besluitvorming te komen.

Een ggz-instelling spreekt de verwachting uit dat in de komende jaren in toenemende mate vraagstukken op tafel komen waarin besluitvorming op basis van consensus niet altijd zal volstaan. Het lijkt wenselijk om (formele) afspraken te maken hoe te handelen indien besluitvorming niet lukt.

Het LNAZ beschrijft het proces als het niet lukt om afspraken te maken: de AMvB acute zorg stelt: "Het traumacentrum informeert de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) en bij ministeriële regeling aan te wijzen zorgverzekeraars over knelpunten in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg in de betrokken regio die binnen het regionaal overleg acute zorgketen niet worden opgelost, voor zover die knelpunten van belang kunnen zijn voor de uitvoering van de taken van deze organisaties." Lukt het vervolgens in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet om tijdig tot afspraken te komen, dan is er volgens het LNAZ een rol voor de NZa. Het traumacentrum informeert de NZa als een knelpunt in de beschikbaarheid of bereikbaarheid van de acute zorg niet wordt opgelost in het overleg met de zorgverzekeraars. Het is vervolgens aan de NZa om er voor te zorgen dat zorgverzekeraars hun zorgplicht naleven, de NZa beschikt daarvoor over instrumentarium. De AMvB stelt dat als er sprake is van knelpunten in het aanbod van acute zorg, dit vrijwel altijd raakt aan de veiligheid en kwaliteit van de acute zorg. De IGJ heeft volgens het LNAZ vergelijkbaar instrumentarium en in de praktijk zullen de NZa en IGJ samen optrekken in deze toezichthoudende taken.

GGD GHOR Nederland ziet ook een andere route als het niet lukt om afspraken te maken in het ROAZ. De DPG ziet het als zijn rol om, namens de voorzitter Veiligheidsregio, risico's te agenderen die ontstaan in de beschikbaarheid en capaciteit in de acute zorg doordat besluiten niet worden genomen. Als besluitvorming dan nog niet lukt, dan kan er een bestuurlijk gesprek plaatsvinden met de voorzitter van de veiligheidsregio. Ultimo kan volgens GGD GHOR Nederland de voorzitter veiligheidsraad aan de minister van VWS (met doorzettingsmacht) vragen om een aanwijzing te geven. Vanuit de complementariteit van de voorzitter ROAZ en de DPG in de verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg, initieert de DPG waar nodig overleg en afstemming met het openbaar bestuur. Eventueel kan gebruik worden gemaakt van een 'driehoeksoverleg' tussen ROAZ-voorzitter, DPG('en) en voorzitter(s) Veiligheidsregio.

### 3.1.2. *Onderwerpen op de agenda van het ROAZ*

Aan partijen is gevraagd of de goede onderwerpen op de agenda van het ROAZ staan. De reacties op deze vraag zijn wisselend. De reacties vanuit de FMS zijn overwegend positief en ook de ambulancediensten reageren positief en voelen voldoende vrijheid om agendapunten in te brengen. Het LNAZ geeft aan dat de netwerkbureaus zorgdragen voor een evenwichtige agenda in relatie tot de gezamenlijke opdracht. Er worden door partijen ook een aantal aandachtspunten genoemd omtrent agendavorming.

Een respondent via de FMS geeft aan dat politieke discussies over bijvoorbeeld het sluiten van een IC op de ROAZ-tafel zijn komen te liggen en diegene vraagt zich af of het ROAZ hier wel over zou moeten beslissen. V&VN cluster acute zorg vindt dat de focus teveel ligt op de korte termijn. Er moet meer aandacht zijn voor de grootste uitdaging: de (flexibele) beschikbaarheid en het behoud van voldoende deskundig, bekwaam en gemotiveerd zorgpersoneel. Een FMS-respondent noemt als knelpunt de dominantie van de randstad over de landelijke gebieden binnen de regio (daar speelt andere problematiek). GGD GHOR Nederland noemt als aandachtspunt de structurele agendering van de care sector en ggz-problematiek. De acute en niet-acute zorgketen zijn immers communicerende vaten. Een ggz-instelling noemt dat bij meerdere overleggen in de regio vergelijkbare onderwerpen worden besproken en het is niet altijd duidelijk of en zo ja op welke wijze er verbinding is tussen deze overleggen in het ROAZ. V&VN cluster acute zorg benoemt ook dat regionale marktleiders in de contractering van acute zorg goed vertegenwoordigd zijn en de agenda bepalen. Vanuit de eerstelijnszorg geeft een HAP aan dat de ziekenhuizen domineren in de overleggen. Ook geeft een HAP aan dat in de huidige werkwijze het nauwelijks of met heel veel moeite lukt om agendapunten in te kunnen brengen. Ggz-instellingen reageren wisselend: de ene ggz-instelling geeft aan dat er voldoende mogelijkheid is tot het agenderen van onderwerpen die sectorspecifiek zijn, een ander herkent zich niet altijd in de prioritaire opgaven en ziet dat ziekenhuizen leidend zijn in de agendavoering. Een ggz-instelling ziet het IZA als een kans om in het ROAZ meer domein overstijgende samenwerking te agenderen om zo in- en doorstroom tussen sectoren meer aan de orde te krijgen op bestuurlijk niveau. Ook de aansluiting met verslavingszorg is beter in beeld. Het is voor de NVSHA onduidelijk hoe de besluitvorming m.b.t. de agenda werkt. De vraag wordt opgeworpen of men vanuit het veld ruimte voelt om onderwerpen aan te dragen in het ROAZ-netwerk en wat hier dan mee gedaan wordt. In een reactie via de FMS wordt opgemerkt dat het voor deelnemers in ROAZ focus- en werkgroepen niet duidelijk is wat op bestuurlijk en tactisch niveau wordt besproken en besloten.

### *3.1.3. Wijze van overleg en inrichting van het overleg*

Het LNAZ en de NFU lichten toe dat de aangewezen traumacentra verantwoordelijk zijn voor het organiseren van het ROAZ. Het ROAZ is een samenhangend geheel van overleggen op operationeel, tactisch en bestuurlijk niveau. Ieder overleg heeft een eigen opdracht en taakstelling, passend bij de opdracht van het ROAZ en de regionale invulling. Het LNAZ benoemt het risico dat de opdracht van het ROAZ diffuus wordt, omdat in het IZA het begrip acute zorg wordt opgerekt. Een aantal partijen, o.a. het LNAZ, de NVZ en een ggz-instelling, vinden dat de relatie tussen ROAZ-plannen en regioplannen op zorgkantoorniveau moet worden verbeterd. Het LNAZ ziet een goede samenwerking met zorgverzekeraars hiervoor als essentieel.

Er zijn door partijen een aantal aandachtspunten genoemd voor de inrichting van het overleg. Het LNAZ vindt dat er ruimte moet zijn voor regionale verschillen. De NVZ denkt dat de aanwezigheid van een duidelijke structuur en de inzet van tactische en strategische lagen bij kan dragen aan efficiënte besluitvorming. De NVZ en het LNAZ benadrukken beiden dat de samenwerking tussen ROAZ-regio's steeds relevanter wordt en dat de structuur hiervoor moet worden versterkt. De NVZ benadrukt ook het belang van verbetering van afstemming tussen subregio's om dubbel werk te voorkomen en goede ideeën te delen. ZN vindt dat er moet worden gekeken naar de ROAZ governance in relatie tot de rol en positionering van het LNAZ en de samenstelling van het LNAZ-bestuur. De NVSHA signaleert dat er mogelijk te weinig verbinding is tussen enerzijds de focusgroepen en anderzijds de tactische en bestuurlijke ROAZ-overleggen. V&VN cluster acute zorg geeft aan dat de inrichting van de overlegstructuur per ROAZ verschillend is en dat het weinig transparant/toegankelijk is voor niet-genodigden hoe het werkt.

De reacties die via de FMS binnenkwamen zijn divers. Enerzijds zijn er positieve ervaringen met de goede voorbereiding door het netwerkbureau, goed timemanagement van de agenda en duidelijke verwachtingen richting deelnemers. Anderzijds wordt genoemd dat er wel veel agendapunten zijn, iemand vindt het kernbestuurlijk

overleg een overbodige en tijdrovende schakel en een ander vindt dat er na de Covidpandemie nog te veel overleg wordt gevoerd. Ggz-instellingen reageren positief op de inrichting van het overleg. Volgens hen is de frequentie voldoende, alle relevante partijen zijn genodigd en hebben inspraak, er zijn duidelijke afspraken over voorbereiding en stukken worden tijdig aangeleverd. Er wordt voorkeur uitgesproken voor digitaal vergaderen als het kan, met periodiek een fysiek overleg voor de gewenste netwerkontwikkeling. Ook een apotheker spreekt de voorkeur uit voor digitaal overleg. Een ggz-instelling geeft aan dat het ROAZ nu nog vaak wordt gezien als een extra overleg bovenop de al bestaande overlegstructuren en gremia waaraan zorgorganisaties geacht worden deel te nemen. Het ROAZ kan volgens deze ggz-instelling juist ook gebruikt worden als belangrijk gremium dat in plaats kan komen van andere overlegstructuren. GGD GHOR Nederland ziet dat de wijze en inrichting van overleg per regio kan verschillen en spreekt voorkeur uit voor meer uniformiteit, met het oog op de voorbereiding op bovenregionale en complexe crises en de huidige zorgdruk. GGD GHOR Nederland doelt o.a. op het uniform ontwikkelen van compatibele risicotaal en -methodieken, het creëren van inzicht in de mate waarin het zorgaanbod toereikend is voor de zorgvraag bij rampen en crises, het verbinden van inzichten over kwetsbare groepen en het proces waarin partijen uit acute zorg, care, publieke veiligheid en publieke gezondheid met elkaar de dialoog aangaan.

### **3.2. Vertegenwoordiging**

De AMvB acute zorg regelt welk type zorgaanbieders door het aangewezen traumacentrum worden uitgenodigd voor het bestuurlijk ROAZ. De AMvB verplicht deze zorgaanbieders ook om aanwezig te zijn bij het ROAZ als zij worden uitgenodigd. Twee uitzonderingen hierop zijn: 1) gezien de geagendeerde onderwerpen vindt het traumacentrum deelname niet nodig of 2) een zorgaanbieder kan zich laten vertegenwoordigen door een organisatie die schriftelijk of elektronisch is gemachtigd om namens hem afspraken te maken.

Gezien de vele zorgaanbieders per regio, zijn er in de ROAZ'en afspraken gemaakt over vertegenwoordiging en mandatering. Daarom is aan partijen gevraagd hoe de vertegenwoordiging en mandatering is van verschillende soorten organisaties en regionale partijen die zitting hebben in het ROAZ.

#### *3.2.1. Vertegenwoordiging en mandatering*

Regio's hanteren verschillende organisatievormen. Sommige regio's werken met een DB of een Kern-ROAZ, toegevoegd aan een AB of een strategisch/bestuurlijk ROAZ, met daaronder expertgroepen, focusgroepen en/of werkgroepen. Volgens het LNAZ zitten alle partijen aan de bestuurlijke/strategische ROAZ-tafel, het tactisch ROAZ en de relevante expertgroepen, focusgroepen en/of werkgroepen. Om voldoende balans te realiseren worden sectorale overleggen ('sector-ROAZ') georganiseerd. De NVZ ziet dat de vertegenwoordiging in het ROAZ over het algemeen als positief wordt ervaren, met een brede deelname van verschillende partijen. Het themagericht organiseren en het implementeren van nieuwe governance structuren dragen volgens de NVZ bij aan de efficiëntie en effectiviteit van het ROAZ. Het is volgens hen echter belangrijk om aandacht te blijven besteden aan mandatering, verschillende belangen en de grootte van de deelname om de besluitvorming in het ROAZ te verbeteren.

Partijen zien ook diverse knelpunten in de vertegenwoordiging en mandatering. Hoe groter de regio, hoe groter de sector in de regio, hoe complexer de vertegenwoordiging. Volgens het LNAZ worden in de regio's vooral bij de VVT en de huisartsen knelpunten genoemd. LHV geeft aan zich er bewust van te zijn dat de betrokkenheid van de eerstelijnszorg in het ROAZ steeds belangrijker wordt, doordat de agenda in de loop der jaren is veranderd en zij nu een actieve speler zijn geworden waar zij eerder toehoorde waren.

Ook andere partijen zoals GGD GHOR Nederland, de NZa, diverse FMS-respondenten en de apothekers noemen de VVT als aandachtspunt, vooral vanwege de versnipperde organisatiestructuur. Diverse partijen (ggz-instellingen, ziekenhuizen, ambulance-diensten) benadrukken de behoefte aan vertegenwoordigingsmodellen vanwege de grootte van de tafel. Volgens de NVZ maken de diversiteit in belangen en

financieringsmechanismen het soms moeilijk om tot overeenstemming te komen. De NVZ ziet een afname van betrokkenheid van zorgaanbieders die actief zijn in meerdere regio's. Zowel NVZ als ZN noemt dat formele mandatering nog niet in alle regio's goed geregeld is. De NVSHA geeft aan dat mandatering in de zorg op veel plekken een uitdaging is. AZN is positief over het 'sector ROAZ' en één bestuurlijk vertegenwoordiger per sector in het bestuurlijk ROAZ, zoals nu in enkele regio's wordt gewerkt.

Vanuit de eerstelijnszorg geeft de LHV aan dat de huisartsen in het ROAZ meestal divers vertegenwoordigd zijn door een combinatie van HAP's voor de ANW-zorg en/of de regionale huisartsen organisaties en/of de LHV-afdelingen. Naast HAP's is de vertegenwoordiging van de individuele huisartsen uit de dag zorg en de waarnemers ook belangrijk. Ongeveer 50% van de huisartsen zijn geen praktijkhouder maar waarnemer en die zijn nog weinig vertegenwoordigd. Daarnaast is er binnen de diverse ROAZ'en verschillende vertegenwoordiging en bestaan er verschillende structuren. Soms is ook de governance, het mandaat en de verantwoordelijkheid van de diverse gremia niet duidelijk volgens LHV. Dit is ongewenst en maakt de vertegenwoordiging van de huisartsen(dag)zorg extra gecompliceerd. Tegelijkertijd geeft LHV ook aan dat het belangrijk is dat bij de vertegenwoordiging van de huisartsenzorg ook onderlinge afstemming nodig is met andere huisarts-vertegenwoordigers en de achterban. Dit loopt niet overal even goed. Verder geeft een HAP aan dat mandatering redelijk gaat, maar dat het wel moeilijk is om bestuurders en geen managers in het sectoroverleg huisartsenzorg te krijgen. En indien er geen knelpunten spelen, loopt de deelname terug tot vaste kern. Ook geeft een HAP aan dat het voor kleinere organisatie vormen lastiger is om vertegenwoordiging te organiseren omdat er weinig overhead is. Een apotheker geeft aan dat kleine organisaties niet altijd bestuurlijk kunnen afvaardigen.

Partijen noemen verschillende kansen en oplossingsrichtingen om de eerder genoemde knelpunten op het gebied van vertegenwoordiging en mandatering op te lossen. Een aandachtspunt van het LNAZ is het mandaat van de zorgverzekeraar in het ROAZ. Het is noodzakelijk dat de verzekeraar die deelneemt aan het ROAZ de overige zorgverzekeraars goed informeert en dat het duidelijk is met welk mandaat deze verzekeraar besluiten kan nemen. Het is belangrijk dat daarover in ZN verband afspraken gemaakt worden (zie ook 3.4 Rol van de zorgverzekeraar).

Landelijke koepels kunnen volgens het LNAZ een belangrijke rol spelen in het versterken van de benodigde regionale infrastructuur. In de meeste regio's werken de huisartsen, VVT en ggz-instellingen met een vertegenwoordigersmodel. Hiervoor is een goede achterliggende overlegstructuur nodig en mandaat. LHV geeft aan dat er behoefte is aan meer landelijke sturing en eenduidigheid, startend met een helder overzicht per ROAZ. LHV zegt binnen de LHV aan de slag te gaan met de vertegenwoordiging van het individuele huisartsenbelang, maar tegelijkertijd worden zij hierin gehinderd door de diversiteit van de ROAZ'en. LHV doet daarom graag een beroep op VWS en LNAZ om mede te ondersteunen in de ontwikkeling naar meer uniformiteit hierin. Een HAP roept op om beter te communiceren maken wat de rol van de ROAZ is, waar de toegevoegde waarde zit en wat de impact voor de deelnemers kan zijn. Er zijn te veel tafels voor te weinig overhead huisartsenzorg (zowel bestuurlijk als tactisch).

ZN vindt dat vertegenwoordiging door één partij per sector heldere afspraken vraagt over met welk mandaat deelnemende partijen aan tafel zitten op welk niveau. Randvoorwaardelijk om gemandateerd aan tafel te zitten is dat er een structuur is ingericht om de achterban te raadplegen.

Ambulancediensten, ggz-instellingen en apothekers benadrukken het belang van goede communicatie met de achterban om iedereen op één lijn en geïnformeerd te houden.

Een ggz-instelling benadrukt dat verbinding tussen de acute en niet-acute zorg moet worden geregeld. Op meerdere overleggen in de regio worden vergelijkbare onderwerpen besproken. IZA-afspraken zijn op zowel ROAZ- als zorgkantoonniveau gemaakt. Het formaliseren van de verbinding tussen overlegtafels – bijvoorbeeld in de wijze van vertegenwoordiging – kan helpen.

### **3.3. Borging van verschillende perspectieven en belangen in het ROAZ**

In het IZA is afgesproken in het kader van de governance van het ROAZ te bezien hoe de betrokkenheid van zorgprofessionals en het perspectief van patiënten kunnen worden geborgd bij het maken van afspraken in het ROAZ. Gezien de maatschappelijke en politieke discussie over de betrokkenheid van lokaal bestuur en inwoners bij besluitvorming over het aanbod van acute zorg, is dit ook meegenomen in de vragenlijst. In de onderstaande paragrafen wordt ingegaan op de inbreng van verschillende perspectieven en hoe daar verbetering in zou kunnen worden aangebracht.

#### *3.3.1. Borging maatschappelijk belang*

De vraag is gesteld of er aandacht is voor het maatschappelijk belang van goede en toegankelijke acute zorg in de regio in relatie tot leefbaarheid van de regio. De NVZ geeft aan dat veel ziekenhuizen vinden dat er in het ROAZ voldoende aandacht is voor het maatschappelijk belang van goede en toegankelijke acute zorg in relatie tot de leefbaarheid van de regio. Sommige ziekenhuizen zijn van mening dat de aandacht voor leefbaarheid in relatie tot acute zorg zou kunnen worden verbeterd en dat de rol van de DPG als vertegenwoordiger van de gemeente met aandacht voor leefbaarheid zou kunnen worden versterkt. ZN vindt dat in het ROAZ er een verschuiving van deelbelangen (van individuele zorgaanbieders) naar het algemene belang moet komen. Dit kan door het regionale perspectief en de regionale opgave leidend te laten zijn, zoals ook is gedaan bij de ROAZ-beelden en -plannen. GGD GHOR Nederland geeft aan dat de DPG een onafhankelijke bewakende rol heeft voor het algemeen belang van publieke gezondheid en veiligheid. Volgens de NZa zijn sommige ROAZ-regio's erg groot, waardoor minder invloed wordt ervaren. Volgens AZN wordt nog niet overal de link gelegd met leefbaarheid en kan de verbinding tussen het zorgdomein en het sociaal domein verbeterd worden.

#### *3.3.2. Perspectief van zorgprofessionals*

Het LNAZ en NFU lichten toe dat binnen de netwerkstructuren diverse thema/expert/project/focus-groepen ingericht zijn waarin professionals (kunnen) participeren. In de genoemde groepen worden ook de voor hen relevante onderdelen van het ROAZ-beeld en -plan besproken. Beroepsverenigingen horen volgens het LNAZ en de NFU niet aan de ROAZ-tafel. De NVZ merkt op dat veel ziekenhuizen aangeven dat het belang van professionals wordt meegenomen in het ROAZ. Sommige ziekenhuizen pleiten voor meer expertgroepen of een betere positionering van expertgroepen. Ziekenhuizen benadrukken het belang van themagerichte netwerkzorg om de vertegenwoordiging en betrokkenheid te verbeteren. Door specifieke thema's centraal te stellen, kunnen belanghebbenden beter worden betrokken. De NVZ pleit voor een grotere betrokkenheid van zorgprofessionals om hun expertise en ervaring in te zetten bij besluitvorming en planning. Het gaat dan om professionals die in het netwerk actief zijn (geen landelijke vertegenwoordiging). AZN geeft eveneens aan dat de belangen van betrokkenen goed meegenomen worden.

De reacties vanuit de FMS zijn wisselend ten aanzien van dit onderwerp. Zij variëren van relatief weinig tot goed betrokken. Een aantal respondenten die via de FMS hebben gereageerd, geven aan dat er overal verplicht expertgroepen voor medisch specialisten moeten worden ingesteld. De NVSHA ziet de betrokkenheid van professionals als een uitdaging. De afvaardiging van zorgprofessionals moet volgens de NZa verbeterd worden. De NZa merkt op dat verplegenden en verzorgenden niet betrokken zijn. V&VN cluster acute zorg geeft aan dat hier met prioriteit verbetering in moet worden aangebracht. Directe representatie van de verpleegkundige beroepsgroepen dient in elke ROAZ verplicht onderdeel te zijn van de governance-structuur volgens V&VN cluster acute zorg. Verpleegkundigen moeten structureel kunnen aansluiten bij de overleggen waarin ook artsen, afdelingshoofden, managers en zorgverzekeraars vertegenwoordigd zijn. Apothekers geven aan dat zij ook in expertgroepen vertegenwoordigd zouden moeten zijn.

#### *3.3.3. Perspectief van burgers en patiënten*

Het LNAZ en de NFU onderschrijven de lijn van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (de AMvB acute zorg). In de AMvB wordt het patiënten/burgerperspectief genoemd bij de passage die regelt hoe omgegaan moet worden met (voorgenomen) wijzigingen of afschaling van acuut zorgaanbod. Het LNAZ vindt het belangrijk dat bij wijziging of afschaling van acute zorg wordt gehandeld naar de bedoeling van de AMvB. In het IZA zijn bij de afspraken over de criteria voor ROAZ-beelden en -plannen ook afspraken gemaakt over de toetsende rol vanuit patiënten/burger-vertegenwoordigers. Deze afspraak is volgens het LNAZ in lijn met de AMvB. De meeste regio's zijn in gesprek met partijen zoals Zorgbelang. Niet iedere regio heeft een regionaal aanspreekpunt voor patiëntenparticipatie. Landelijke koepelorganisaties kunnen volgens het LNAZ bijdragen aan de versterking van de regionale infrastructuur.

Niet alle opgedane ervaringen met burger- of patiëntenparticipatie zijn positief. Het blijkt volgens het LNAZ ingewikkeld om van meerwaarde te zijn in een complexe netwerkorganisatie met de focus op acute zorg: de ROAZ-regio is groot en abstract en het is van belang om voldoende breed te kijken. Het LNAZ geeft aan dat het burgerperspectief mede wordt bewaakt door de DPG. De DPG vormt de verbinding met het lokaal bestuur (Colleges van Burgermeesters & Wethouders (hierna: B&W) en gemeenteraden) en daarmee ook met het burgerperspectief in het ROAZ. Waar nodig vindt onderling overleg plaats tussen lokaal bestuur, DPG en ROAZ, bijvoorbeeld bij wijziging van het acute zorgaanbod. Bij het LNAZ bestaat op dit punt geen behoefte aan wijzigingen in wet- en regelgeving. De Patiëntenfederatie geeft in een eigen reactie aan dat zij zich zorg maakt over de inbreng van het patiëntenperspectief. De Patiëntenfederatie heeft de indruk dat dit perspectief onvoldoende wordt ingebracht.

De NVZ merkt op dat er aandacht is voor het patiëntenperspectief en dat organisaties die de belangen van patiënten vertegenwoordigen betrokken zijn. Het burgerperspectief wordt als aandachtspunt genoemd. Volgens AZN wordt het patiënten- en burgerperspectief in de ene regio beter meegenomen dan in de andere. Een KNMP-apotheker vindt dit perspectief voldoende vertegenwoordigd. De ggz-instellingen vragen zich af het patiëntenperspectief voldoende meegenomen wordt. Via de FMS geeft een respondent aan dat patiëntenorganisaties, zoals Zorgbelang, alleen in het ROAZ willen deelnemen als hier een financiële vergoeding tegenover staat. Omdat de respondent hier geen middelen voor heeft en andere ketenpartners ook niet betaalt voor de inzet, is het patiëntenperspectief niet apart vertegenwoordigd. Volgens deze respondent vertegenwoordigen alle afzonderlijke ketenpartners het patiëntenperspectief. De LHV vraagt aandacht voor het patiënten- en burgerperspectief. De HAP's die hebben gereageerd vinden het patiënten- en burgerperspectief onvoldoende vertegenwoordigd. V&VN cluster acute zorg vindt dit ook, maar betwijfelt of er plek is voor patiënten en burgers in het ROAZ, een rol in een klankbordgroep ligt meer voor de hand. Volgens de NVSHA moet de inhoud leidend zijn. Het is voor de burger soms lastiger keuzes en mogelijkheden te overzien. De NVSHA vindt dat de burger niet in het ROAZ vertegenwoordigd zou moeten zijn.

GGD GHOR Nederland geeft aan dat de wijze waarop de DPG naar de medemens kijkt niet als patiënt is, maar als een burger. Een burger die risico loopt om getroffen te worden door een ramp of crisis en daardoor mogelijk een gezondheidsrisico loopt of slachtoffer wordt en dan als patiënt zorg nodig heeft (publieke veiligheid & gezondheid). Bestuur en voorzitter van de veiligheidsregio bezien of er voor een burger afdoende waarborg op zorg is bij een potentiële ramp of crisis. De DPG heeft voorts de complementaire blik op de (zorgbehoevende) medemens als verhoogd kwetsbare of verminderd zelfredzame bij een ramp of crisis. Sommige medemens worden immers harder getroffen of lopen een groter risico dan anderen. GGD GHOR Nederland wijst daarnaast op het belang van de rol van de zorgverzekeraars en de NZa in het kader van het patiëntenperspectief en de toegankelijkheid van de zorg.

#### *3.3.4. Perspectief van lokaal bestuur, directeur publieke gezondheid en veiligheidsregio*

Het LNAZ verwijst naar de verworpen VNG-motie Bronckhorst. In deze motie spraken gemeenten hun zorgen uit over de impact van het sluiten en afschalen van acute

zorgvoorzieningen voor de leefbaarheid in de regio, de bereikbaarheid van de zorg en de (te) geringe invloed van gemeenten daarbij. In zijn preadvies geeft het VNG-bestuur aan begrip te hebben voor deze zorgen. Het VNG-bestuur verwijst naar de AMvB acute zorg waarin regels gesteld zijn over het betrekken van colleges van B&W en de voorzitter van de veiligheidsregio bij besluitvorming. Het LNAZ geeft aan dat in het pre-advies op de (verworpen) VNG-motie Bronckhorst, aangegeven wordt dat het VNG-bestuur directe betrokkenheid van gemeenten in het ROAZ geen passende oplossing vindt voor het borgen van de betrokkenheid van gemeenten bij besluitvorming: gemeenten gaan niet over (acute) zorg en de organisatie daarvan ligt niet in de directe invloedssfeer van gemeenten. Het VNG-bestuur vraagt volgens de inbreng van het LNAZ wel aandacht voor de bedoeling van de AMvB, zodat gemeenten en GGD'en de gevolgen voor de leefbaarheid in de regio en de nabijheid en bereikbaarheid van zorg in kaart kunnen brengen. De AMvB biedt volgens de VNG (zoals geciteerd door het LNAZ) het juiste instrumentarium als dat conform de bedoeling wordt toegepast.

De VNG wil volgens de inbreng van het LNAZ, in IZA-verband met zorgpartijen in gesprek over de organisatie van de acute zorg vanuit de gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid waarin het, naast leefbaarheid en bereikbaarheid, ook gaat over houdbaarheid en uitvoerbaarheid. Het LNAZ onderschrijft deze lijn van het VNG-bestuur uit het preadvies over de motie Bronckhorst. Conform AMvB neemt de DPG deel aan het ROAZ. De DPG vertegenwoordigt volgens het LNAZ, hierbij zowel de GGD als de GHOR. Zoals al opgemerkt, vormt de DPG in het ROAZ de verbinding met het lokaal bestuur en daarmee ook het burgerperspectief. De DPG vormt ook de verbinding met de (voorzitter) Veiligheidsregio. Het LNAZ ziet de DPG niet als dé vertegenwoordiger van het openbaar bestuur cq van alle gemeenten in de ROAZ-regio, of als dé vertegenwoordiger van het burgerbelang. De DPG handelt in het ROAZ wel vanuit de verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid, Wpg) en het publieke belang van veiligheid (Wet veiligheidsregio's, Wvr). De DPG bewaakt vanuit het publiek belang de prioritaire risico's voor de zorg, de mate van voorbereiding van de zorg op rampen en crises en de toegankelijkheid van de reguliere (acute) zorg bij bijvoorbeeld evenementen en de gevolgen van wijziging of afschaling van zorg voor de geneeskundige hulpverlening bij een ramp, aldus het LNAZ.

De VNG geeft in de reactie op de uitvraag aan dat gemeenten in de governance van de ROAZ-en vastgelegd willen hebben dat er over alle plannen m.b.t. organisatie van acute zorg afstemming is met hen via B&W van (bijvoorbeeld de mandaathoudende) gemeenten in de omringende regio('s). Hoe die afstemming vorm moet krijgen kan voor de VNG onderwerp van gesprek zijn, zolang het maar expliciet gaat om afstemming en betrokkenheid aan de voorkant. Zodat gemeenten kunnen meedenken en -praten over de uitwerking van plannen. Het doel van deze betrokkenheid is dat niet alleen of vooral gekeken wordt naar efficiency en kwaliteit van zorg, maar ook naar de impact van plannen op de leefomgeving, de bredere infrastructuur van zorg en daarmee het totale voorzieningenniveau en het ontwikkelperspectief van het betreffende gebied. Vertegenwoordiging via de GGD-en is voor gemeenten onvoldoende, omdat die volgens de VNG enkel vanuit GGD- en GHOR-taken in het ROAZ zitten en dat dekt niet dit brede perspectief van waaruit gemeenten betrokkenheid willen. De betrokkenheid van gemeenten moet volgens de VNG in wetgeving worden opgenomen. De (werking van de) huidige AMvB is volgens de VNG onvoldoende gebleken. Bijvoorbeeld zou een wettelijke verplichting voor de zorgverzekeraars gecreëerd kunnen worden om gemeenten te betrekken.

GGD GHOR Nederland geeft aan dat de DPG een onafhankelijke bewakende rol heeft voor het algemeen belang van publieke gezondheid en veiligheid. Bewaking van zorgcontinuïteit is ook vanuit dit perspectief een deelverantwoordelijkheid van de DPG in relatie tot de GHOR-taken. Daarnaast vormt de DPG de liaison met het openbaar bestuur en de geneeskundige keten waarbij ook maatschappelijke belangen meewegen. De DPG heeft vanuit het publieke belang van veiligheid de signalerende, bewakende, adresserende en informerende verantwoordelijkheid namens het openbaar bestuur. De voorzitter van de Veiligheidsregio is tijdens een crisis onderdeel van de witte



driehoek. De DPG is de vertegenwoordiger van het openbaar bestuur in het ROAZ, maar is niet de vertegenwoordiger van individuele gemeentebesturen.

De samenwerking tussen de voorzitter van het ROAZ en de DPG komt tot uiting in de kennis die enerzijds de DPG heeft van publieke veiligheidsrisico's en publieke gezondheidsrisico's en die anderzijds het ROAZ en de zorginstellingen hebben van interne zorgrisico's en ketenrisico's. Gezamenlijk hebben de DPG en het ROAZ kennis over de kwetsbaarheid van patiënten en burgers. De DPG heeft dus een belangrijke rol in het leggen van de verbinding tussen lokaal bestuur en zorg. Een sterke positie en relatie van de DPG met het ROAZ blijft het mogelijk maken dat deze verbinding goed geborgd is, zegt GGD GHOR Nederland.

De NVZ constateert dat de positie van de DPG in het ROAZ en de rol die de DPG vervult in de verbinding naar het lokaal bestuur in relatie tot aanpassingen in het acute zorgaanbod verschillend wordt beoordeeld. In crisissituaties, zoals tijdens de Covidpandemie, wordt de DPG gezien als een essentiële schakel en een belangrijk onderdeel van het ROAZ. Veel ziekenhuizen merken echter op dat de DPG in hun regio onvoldoende zichtbaar is en geen actieve rol speelt in het overbrengen van ROAZ-berichten naar het lokale bestuur. Sommige ziekenhuizen beschouwen de DPG als "slappend" buiten crisissituaties en zien weinig relevantie voor de DPG in niet-crisistijden. De NVZ doet de suggestie om lokale bestuurders beter te betrekken bij het ROAZ. Dit zou echter moeten gebeuren met inachtneming van de bestaande governance en marktwerking.

De NFU en AZN zien geen aanleiding tot wijziging van de AMvB op het punt van betrokkenheid van gemeenten in het ROAZ en bij besluitvorming over acute zorg. In het algemeen vinden de RAV's dat de DPG goed in positie is om de verbinding tussen het ROAZ en lokaal bestuur te leggen en in de meeste regio's neemt de DPG voldoende zitting aan de ROAZ-tafel. De ggz-instellingen vragen meer aandacht voor de verbinding tussen zorg en veiligheid. Zij vinden de aanwezigheid van de DPG in het ROAZ van groot belang voor de verbinding tussen verschillende domeinen (leefbaarheid, maatschappelijke crisis, openbare veiligheid, wmo zorg, welzijn etc.).

V&VN cluster acute zorg en NVSHA zien voor gemeenten een rol meer op afstand. V&VN cluster acute zorg vindt de rol van de DPG van belang in het kader van pandemische paraatheid.

### **3.4. De rol van de zorgverzekeraar**

In de vragenlijst is aan partijen gevraagd hoe zij tegen de rol van de zorgverzekeraar aankijken binnen het ROAZ. Deze vraag is uiteenlopend en op verschillende wijze beantwoordt. Sommige antwoorden die zijn gegeven waren niet bruikbaar voor de analyse doordat deze te summier waren of geen context bevatten.

ZN zelf geeft in hun reactie aan dat zorgverzekeraars, zoals omschreven in de AMvB acute zorg, een belangrijke rol hebben om te sturen op de toegankelijkheid, kwaliteit, veiligheid en continuïteit van acute zorg in de regio. Zorgverzekeraars maken formeel geen deel uit van het ROAZ, daardoor zijn zij in staat om, als het ROAZ onvoldoende in staat blijkt om de noodzakelijke besluiten te nemen, hun doorzettingsmacht te hanteren en zijn zij niet gebonden aan de besluitvorming in het ROAZ. Dat is echter vooral in theorie, want in de praktijk kunnen zorgverzekeraars volgens ZN niet eenzijdig sturen op herinrichting van het (acute) zorglandschap. Dat is inhoudelijk onwenselijk en daarvoor ontbreekt ook het draagvlak bij zorgpartijen en de maatschappij. Zorgverzekeraars willen volgens ZN wel graag samen met de ROAZ-voorzitter en het ROAZ-bureau het voortouw nemen bij het inrichten van een toekomstbestendig regionaal acute zorglandlandschap, zodat aan de voorkant meer sturing mogelijk is. Volgens ZN nemen in de praktijk in alle ROAZ-en de marktleider zorgverzekeraars dan ook actief deel aan het ROAZ (het bestuurlijk en tactisch ROAZ en relevante werkgroepen). Dat is belangrijk, want als financier van de zorg en vertegenwoordiger van verzekerden hebben zij volgens ZN een belangrijke stem in te nemen besluiten, vanuit de zorgplicht, zoals beschreven in de AMvB acute zorg. Daarnaast kijkt de zorgverzekeraar vanuit een breder perspectief naar het zorglandschap, over segmenten (en regio's) heen. Beide zorgen ervoor dat zij in het ROAZ een belangrijke bijdrage

kunnen en moeten leveren in het komen tot een toekomstbestendig acuut zorglandschap en de uitwerking van afspraken die (hierover) in het IZA zijn gemaakt. Volgens ZN is de samenwerking tussen de verschillende ROAZ partijen van essentieel belang, ook voor de samenwerking met zorgverzekeraars. Volgens ZN moeten zorgverzekeraars stevig gepositioneerd worden als volwaardige stakeholders binnen het ROAZ, zodat deze als tegenwicht tegenover zorgaanbieders effectief kunnen sturen op een toekomstbestendig regionaal acute zorglandschap.

Elke wijziging van het acute zorgaanbod vraagt volgens het LNAZ en de NFU om actieve betrokkenheid van de zorgverzekeraars. Dit omdat zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor voldoende beschikbare, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedere burger, dan wel verzekerde en omdat zij sturen door inkoop, afspraken maken met zorgaanbieders, zodat ze aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Volgens LNAZ en NFU is er sprake van een wederzijdse afhankelijkheid tussen het traumacentrum met de opdracht het ROAZ te organiseren, de zorgaanbieders in de regio en de zorgverzekeraars om te kunnen voldoen aan ieders eigen verantwoordelijkheden en plichten zodat patiënten kunnen rekenen op kwalitatief verantwoorde zorg. Het LNAZ ervaart de samenwerking met zorgverzekeraars over het algemeen als goed. In de Covidpandemie is de samenwerking met de zorgverzekeraars sterk verbeterd, van meerwaarde gebleken en er is meer afstemming dan voorheen.

Voor het functioneren van het ROAZ is het belangrijk dat in de diverse overleggen sprake is van continuïteit in deelname door dezelfde vertegenwoordigers. In het IZA zijn verantwoordelijkheden voor de ROAZ-beelden en -plannen belegd bij de ROAZ-voorzitter en de marktleider zorgverzekeraar. Door deze IZA-verantwoordelijkheid zijn in de meeste regio's nu twee zorgverzekeraars aangesloten bij de ROAZ beelden planvorming. Het LNAZ benoemt dat het ook in het kader van IZA afspraken soms nog zoeken is naar de rol van de zorgverzekeraar. Daarbij is het de volgens LNAZ een vraag of ze toehoorder zijn of dat ze ook bepalend zijn in de besluitvorming. Tegelijkertijd zit hier volgens het LNAZ en de NFU zichtbaar spanning tussen de rol van de zorgverzekeraar in het ROAZ-overleg en hun reguliere rol als zorginkoper. Het is namelijk ongewenst dat zorgverzekeraars de data uit de ROAZ-beelden direct toepassen in bindende afspraken in het inkoopbeleid, zonder eerst op regioniveau met ketenpartners goed te spreken over de prioritaire opgaven. Het delen van data is relevant om samenwerkingsafspraken te maken en te monitoren, echter kan de data tegelijkertijd ook gebruikt worden door zorgverzekeraars bij het maken van inkoopafspraken.

Het LNAZ en de NFU zijn van mening dat het duidelijk moet worden met welk mandaat een zorgverzekeraar besluiten kan nemen. Regio's zijn nu nog zoekend naar het mandaat van de zorgverzekeraar en zij vinden het belangrijk dat hierover in ZN-verband afspraken worden gemaakt. Daar waar de zorgplicht van zorgverzekeraars in het geding komt, is het onmogelijk om alle stemmen even zwaar te laten wegen. Zeker als het gaat om wijzigingen in het acute zorgaanbod waarbij de route van de AMvB/de LNAZ-leidraad moet worden gevolgd. Het is noodzakelijk dat de zorgverzekeraar die deelneemt aan het ROAZ de overige zorgverzekeraars goed informeert en dat het duidelijk is met welk mandaat deze zorgverzekeraar besluiten kan nemen. Als dit mandaat niet geregeld is, is de inbreng van de zorgverzekeraar in het ROAZ van beperkte waarde. Gelet op de regierol van zorgverzekeraars in het stelsel is een goede samenwerking met de zorgverzekeraars van groot belang en daarnaast samenwerking tussen zorgverzekeraars onderling. Juist omdat er ook ROAZ-regio's zijn waarbij er geen sprake is van een dominante marktleider. Daar worden op subregionale schaal afspraken gemaakt met subregionale marktleiders. Daarnaast hebben instellingen eigen afspraken die per zorgverzekeraar uiteenlopen. Voor de grote opgave in de acute zorg is onderlinge afstemming tussen zorgverzekeraars noodzaak.

Onder de NVZ-ziekenhuizen blijkt dat de rol van zorgverzekeraars in het ROAZ uiteenlopend wordt ervaren. Enkele ziekenhuizen waarderen de rol van zorgverzekeraars en zien hen als een belangrijke stakeholder die kan bijdragen aan het realiseren van voorwaarden voor 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. Er

wordt opgemerkt dat zorgverzekeraars belangrijke partners zijn bij het gezamenlijk leveren van acute zorg die voldoen aan (kwaliteits)normen. Sommige NVZ-ziekenhuizen benadrukken dat de zorgverzekeraars betrokken moeten zijn bij de uitvoering van projecten die voortkomen uit het IZA. Echter is het merendeel van de NVZ-ziekenhuizen kritisch over de rol van zorgverzekeraars, waarbij wordt geconstateerd dat de zorgverzekeraars te veel op de achtergrond blijven en hoofdzakelijk vanuit financieel perspectief denken. Daarnaast wordt opgemerkt dat de zorgverzekeraars niet altijd goed begrijpen wat hun rol is in het ROAZ en dat ze daardoor weinig toegevoegde waarde bieden, omdat ze niet meedenken over de effecten van veranderingen in de acute zorg op financiering. Er is bezorgdheid geuit over het gebrek aan congruentie onder zorgverzekeraars en hun vermeende focus op bezuinigingen, wat in strijd kan zijn met de doelstellingen van het IZA. NVZ concludeert dat over het algemeen zorgverzekeraars een controversiële rol lijken te spelen in het ROAZ, waarbij sommigen hun betrokkenheid waarderen en anderen vinden dat hun invloed niet bijdraagt aan het borgen van acute zorg in de regio. Er is behoefte aan meer duidelijkheid over de rol en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars binnen het ROAZ, vooral met betrekking tot het IZA.

Vanuit de FMS zijn er dertien FMS-respondenten die op uiteenlopende wijze hebben gereageerd op de vraag wat de rol van de zorgverzekeraar binnen het ROAZ is of hoe zij die ervaren, waardoor er geen gezamenlijke conclusie is vanuit de FMS. Een van de FMS-respondenten benoemt dat er in de samenwerking met zorgverzekeraars conflicterende waarden kunnen optreden die de samenwerking bemoeilijken. De keuzevrijheid voor patiënten (belang zorgverzekeraar) kan in conflict zijn met de samenwerkingen die binnen de regio zouden kunnen worden ingericht. Dezelfde FMS-respondent benoemt dat de huidige landelijke inrichting van financiering het samenwerken en transformeren niet makkelijk maakt. Een FMS-respondent geeft aan dat de zorgverzekeraar een vaste ketenpartner is en richting en ideeën geeft m.b.t. financieringsvraagstukken. Een andere FMS-respondent benoemt dat de zorgverzekeraar vaak ook weet waar andere ROAZ-regio's mee bezig zijn en zodoende kunnen ze zorgen voor verbinding. De FMS-respondenten benadrukken ook de rol van verzekeraars bij de uitvoering van plannen waar financiële belangen een rol spelen, de uitvoering van het IZA, en als partner in het gezamenlijk leveren van acute zorg die voldoet aan de gestelde (kwaliteits)normen.

Ook vanuit de andere professionals is er wisselend gereageerd. Volgens V&VN cluster acute zorg is de rol van de zorgverzekeraar momenteel niet gedefinieerd en kent in de huidige inrichting geen plek aan de ROAZ-tafel. De zorgverzekeraar echter zo vroeg mogelijk betrekken in de gesprekken lijkt V&VN cluster acute zorg echter een must gezien hun rol in het totale IZA akkoord. V&VN cluster acute zorg ziet zorgverzekeraars graag in een faciliterende rol. Zorgverzekeraars gaan over het financiële stuk, zorgverleners over de logistiek, mankracht, kennis en kunde om acute zorg toegankelijk te houden. De zorgverzekeraar kan bepaalde wensen en ideeën van het ROAZ doorrekenen op haalbaarheid, maar voor de zorgverzekeraars moet volgens V&VN cluster acute zorg bezuinigen niet het hoofddoel zijn. NVSHA benoemt dat zorgverzekeraars uitvoeringsopdrachten zouden moeten krijgen vanuit VWS dan wel aangegeven vanuit het LNAZ. Daarnaast zouden primaire betrokkenheid van verzekeraars en een afvaardiging van regionaal betrokken ambtenaren van VWS volgens de NVSHA een bijdrage kunnen leveren aan het ROAZ, omdat zij mee kunnen denken en dit kan bijdragen in de ROAZ-structuur. Waarbij mee wordt gedacht zonder het eigen belang te kunnen laten beïnvloeden. AZN geeft aan dat de zorgverzekeraar een belangrijke gesprekspartner is voor de ambulancezorg. De meeste RAV's vinden het dan ook belangrijk dat de zorgverzekeraar zitting neemt aan de ROAZ-tafel. Tegelijkertijd geeft AZN aan dat de aanwezigheid van zorgverzekeraars in het ROAZ voor- en nadelen heeft. Enerzijds ontstaat er een goede informatielijn en draagt het bij aan wederzijds inzicht. Anderzijds kan het de dynamiek van samenwerking of de gesprekvoering beïnvloeden wanneer tijdens ROAZ overleggen ook rekening gehouden wordt met de positie van de zorgverzekeraars. Er wordt door een aantal RAV's aangegeven dat zorgverzekeraars meer proactief zouden moeten acteren en ze mogen steviger positie innemen (ook financieel) in het oplossen van ketenproblematiek.

Vanuit de ggz-instellingen die gereageerd hebben is er ook uiteenlopend gereageerd op de vraag hoe zij de rol van de verzekeraar zien. Het blijkt dat bij de regio's die gereageerd hebben zorgverzekeraars betrokken zijn, maar dat hun zichtbaarheid en de mate van proactiviteit verschilt. Een ggz-instelling geeft aan dat deze betrokkenheid in beleid en besluitvorming de uitvoering ten goede komt, aangezien er afspraken worden gemaakt die ook getoetst zijn aan beschikbare middelen. Een andere ggz-instelling zegt dat deelname van zorgverzekeraars bijdraagt aan het kritische gesprek en voor snelle vertaling naar financiële afspraken zorgt. Vanuit de eerstelijnsrespondenten geeft een HAP aan dat de rol van de zorgverzekeraar onduidelijk is. De andere HAP die gereageerd heeft, zit de zorgverzekeraar aan tafel en dat bevalt prima aldus de respondent. Een KNMP-apotheker geeft aan dat zorgverzekeraars nu vaak een passieve houding aannemen en dit mag volgens hen meer proactief.

Volgens toezichthouder NZa hebben zorgverzekeraars een stimulerende rol in de samenwerking binnen het ROAZ, maar wanneer samenwerking achterblijft moeten zorgverzekeraars in staat zijn om met de vuist op tafel te kunnen slaan. Naast het stimuleren van samenwerken, moeten zorgverzekeraars er, volgens de NZa, op sturen dat er prioriteit wordt gegeven aan de opgaven die in de regio worden aangepakt. In het kader van hun wettelijke zorgplicht mag, volgens GGD GHOR Nederland, worden verwacht dat zorgverzekeraars gebruik zullen maken van de mogelijkheid om deel te nemen aan de ROAZ-tafel. Door de aanwezigheid van de verzekeraar bij het ROAZ kunnen goede afspraken worden gemaakt en kan de zorginkoop worden verbeterd. Samenwerking tussen de zorgverzekeraar en het ROAZ op basis van het IZA brengt een grotere rol van de zorgverzekeraar met zich mee. Het is van belang dat de zorgverzekeraar volwaardig deelneemt in het bestuurlijk ROAZ, zodat bij besluitvorming ook de positie van de zorgverzekeraar direct duidelijk is. GGD GHOR Nederland geeft aan dat er vanuit het veld wel signalen klinken dat deelname van de zorgverzekeraar soms lastig kan zijn als oplossingen regionaal snel en adequaat moeten worden genomen.

### **3.5. Voorzitterschap**

Er is aan partijen gevraagd om te reflecteren op de huidige inrichting van het voorzitterschap. Hierbij is er gereflecteerd op de thema's onafhankelijkheid, aanstellingscriteria en taken en bevoegdheden van een voorzitter. Partijen werden daarbij ook gevraagd welke criteria en/of aanpassingen zij zouden inbrengen in het geval zij iets konden veranderen aan de huidige inrichting van het voorzitterschap. Sommige partijen en personen geven duidelijk weer wat hun voorkeur is voor de toekomst. Andere partijen en personen benoemen wenselijke criteria voor het voorzitterschap, maar laten in het midden of een voorzitter vanuit een traumacentrum moet of mag komen of onafhankelijk moet zijn. De antwoorden van alle partijen zijn samengevat en onderverdeeld in de volgende drie thema's: 1) positionering van de voorzitter, 2) taken en bevoegdheden van de voorzitter en 3) voorzitterschap in reguliere en in crisistijden. Partijen die geen reactie hebben gegeven op dit thema zijn de Patiëntenfederatie, V&VN cluster acute zorg, VNG en LHV.

#### *3.5.1. Positionering van de voorzitter*

Het huidige ROAZ-voorzitterschap is niet formeel vastgelegd. In de praktijk wordt het voorzitterschap ingevuld door een lid – meestal voorzitter – van de raad van bestuur van een door de minister aangewezen traumacentrum. Aan partijen is gevraagd hoe zij deze huidige invulling van de voorzittersrol van het ROAZ ervaren en welke voor- en/of nadelen deze heeft. Daarnaast is aan partijen gevraagd aan welke criteria een voorzitter volgens hen zou moeten voldoen. Partijen hebben uiteenlopend gereageerd. Er zijn partijen en personen die de huidige benoeming en invulling van het voorzitterschap positief ervaren en geen of niet direct redenen zien om hier verandering in aan te brengen. Tegelijkertijd zijn er ook partijen die wel redenen zien tot verandering, omdat zij de huidige inrichting van het voorzitterschap als minder positief ervaren en verschillende nadelen noemen.

Volgens het LNAZ en de NFU is het wenselijk om het voorzitterschap te beleggen bij de aangewezen traumacentra, vanwege de daar wettelijk belegde taken en verantwoordelijkheden voor traumazorg, ROAZ, crisisbeheersing en opleiden, trainen en oefenen alsook de continuering van de LCPS/RCPS infrastructuur voor opschaling in tijden van crisis. Zowel het LNAZ als de NFU geven aan geen behoefte te hebben aan wijzigingen in wet- en regelgeving. De NVZ geeft aan dat volgens een deel van haar respondenten het voorzitterschap van het ROAZ in veel regio's over het algemeen goed lijkt te functioneren, maar dat er uitzonderingen zijn en dat dat dan ook direct invloed heeft op de samenwerking in de regio. Hetzelfde geldt voor ggz-instellingen. Er zijn vijf ggz-instellingen die een inhoudelijke reactie hebben gegeven op het thema voorzitterschap. De reacties van de respondenten lopen uiteen waaruit blijkt dat het voorzitterschap per regio verschillend wordt ervaren. Drie ggz-instellingen zijn tevreden over de huidige organisatie van het voorzitterschap. Volgens een ggz-instelling is het voordeel van de huidige werkwijze dat bij de traumacentra een voorname rol in de acute zorg ligt. Nadeel is (of kan zijn) dat andere acute zorg minder op het netvlies staat, zoals de acute zorg voor mensen met GGZ problematiek of voor ouderen met dementie. Een andere ggz-instelling geeft aan dat zowel in crisis als in reguliere tijden de huidige inrichting van het voorzitterschap via een traumacentrum goed werkt. Het nadeel van de huidige werkwijze is dat het traumacentrum een grote instelling is die niet geheel kan "afdal" naar de maatschappelijke organisaties die ook aan tafel zitten. De algemene ziekenhuizen uit de regio en aanpalende regio's voelen zich daardoor niet geheel gezien. Volgens AZN wordt het huidige voorzitterschap in verschillende regio's positief ervaren; de voorzitter zorgt voor verbinding, kent de materie en houdt rekening met ieders belangen.

Volgens de NVZ en enkele FMS-respondenten kan er sprake zijn van mogelijke belangenverstrengeling. Zo benoemt een FMS-respondent dat de huidige voorzitter meerdere petten op kan hebben. Volgens meerdere FMS-respondenten blijkt het in de praktijk lastig te zijn voor een voorzitter om deze belangen te onderscheiden. Volgens V&VN cluster acute zorg ervaren huidige voorzitters een conflict tussen het eigen bedrijfsbelang en het regionale belang en is dit onvermijdelijk. V&VN cluster acute zorg benoemt dat zij daarom onafhankelijkheid en neutraliteit als van belang zien voor een voorzitter. De NZa benoemt dat een voorzitter vaak een organisatie te runnen heeft en dat dit van invloed kan zijn op de besluitvorming. De NZa vraagt zich af of in de huidige werkwijze van de organisatie van het voorzitterschap de inbreng en de belangen van andere organisaties dan de traumacentra voldoende worden meegewogen en of organisaties dat ook zo beleven. De voorzitter kan volgens ZN in een spagaat komen als er besluiten moeten worden genomen over de eigen instelling. Een aantal RAV's heeft bij AZN aangegeven dat een mogelijk nadeel van de huidige inrichting van het voorzitterschap kan zijn dat er geen sprake is van een onafhankelijke positie.

Volgens ZN ontbreekt het de voorzitter aan een duidelijk mandaat en heeft hij/zij geen doorzettingsmacht ten aanzien van besluitvorming. NVZ, NVSHA en ZN geven aan dat de huidige wijze waarop het voorzitterschap is belegd niet altijd even goed past bij het reguliere aanbod van acute zorgvragen en dat er daarom meer behoefte is aan evenwicht. De NVSHA schetst dat het in de dagelijkse acute zorg praktijk 5% van de acute zorgvragen academisch van aard zijn en de overige 95% acute zorgvragen niet, waardoor er volgens de NVSHA wat betreft het ROAZ-voorzitterschap geen belang zit voor de academie. Hier sluit de uitspraak van ZN op aan waarin ZN benoemt dat de acute zorg veel breder is dan de zorg van traumacentra en dat de belangrijkste discussiepunten binnen het ROAZ niet de zorg voor hoogcomplex (trauma)patiënten betreffen, maar gaan over laagcomplex acute zorg. Vanuit dit oogpunt is volgens ZN een voorzitter vanuit een traumacentrum minder passend. Volgens een ggz-instelling wordt het voorzitterschap met sterke hand ingevuld door het traumacentrum en dat vertegenwoordigt hedendaags onvoldoende de verschillende soorten organisaties en zorgverleners binnen het ROAZ.

Volgens enkele NVZ partijen en FMS-respondenten gaan de geldstromen via de traumacentra en zijn begrotingen en jaarrekeningen daardoor niet inzichtelijk. Dit wordt door hen als nadelig ervaren.

Een onafhankelijk voorzitter en/of roulerend voorzitterschap zijn meermaals door verschillende partijen genoemd als mogelijke oplossing voor een aantal van de bovengenoemde knelpunten. Volgens het LNAZ en de NFU hoeft de voorzitter van het ROAZ niet onafhankelijk gepositioneerd te worden, maar moet een voorzitter zelf in staat zijn een voldoende onafhankelijke rol in te nemen. De NFU benoemt dat bij een onafhankelijk ROAZ-voorzitterschap, de bestuurders van het aangewezen traumacentrum verantwoordelijk blijven voor een goede uitvoering van de bij de AMvB toebedeelde taken. De NFU geeft aan dat zij merken dat de macht en invloed van de ROAZ-voorzitter soms groter worden ervaren door enkele partijen dan deze in werkelijkheid is. Het ROAZ heeft geen mandaat om besluiten te nemen over de bedrijfsvoering, de capaciteit en het zorgaanbod van individuele zorginstellingen. Vanuit de FMS zijn er twee respondenten die de voorkeur hebben om de huidige benoeming en positie van de ROAZ-voorzitter te continueren. Volgens GGD GHOR Nederland kan de huidige werkwijze van het voorzitterschap gecontinueerd worden, maar een punt van aandacht kan wel zijn om bij de aanstelling van een nieuwe voorzitter de wederzijdse (bestuurlijke) partijen te betrekken en de nieuwe voorzitter te toetsen op de onafhankelijkheid die bij het voorzitterschap wenselijk is. In de huidige invulling van het voorzitterschap vindt GGD GHOR Nederland dat voorzitters op een zo onafhankelijk mogelijke wijze invulling moeten geven aan het voorzitterschap.

Volgens de NVZ benadrukt een meerderheid van de NVZ-ziekenhuizen het belang van onafhankelijk en mogelijk roulerend voorzitterschap, vooral om de eerdergenoemde belangenverstrengeling te voorkomen. De NVZ zegt dat er in regio's is geëxperimenteerd met onafhankelijk voorzitterschap (tijdens crisistandigheden) en dat dit werd gewaardeerd. Naast onafhankelijkheid of roulatie is het volgens de NVZ wenselijk dat aanstelling van een voorzitter gebeurt met goedkeuring en door middel van stemming door de ROAZ leden. Vijf FMS-respondenten spreken de voorkeur uit voor onafhankelijk voorzitterschap. Een FMS-respondent benoemt dat het voorzitterschap een terecht vraagstuk is, maar doet geen uitspraak over wel of geen onafhankelijkheid. Drie FMS-respondenten doen de suggestie om het voorzitterschap en de positie en aanstelling daarvan te bespreken. Twee FMS-respondenten geven aan dat een voorzitter in staat zou moeten zijn om een onafhankelijke positie in te nemen. Een FMS-respondent geeft aan dat het benoemingsproces van de voorzitter transparant zou moeten zijn.

Volgens de NVSHA hoeft het voorzitterschap niet bij de traumacentra te liggen, maar zou een dagelijks ROAZ-bestuur met een goede afvaardiging van de regio en van de breedte van de acute zorg meer passend zijn, waarbij elk specialisme moet kunnen besturen. Hierbij zou het volgens de NVSHA wenselijk zijn dat er ook een niet-medisch bestuurslid is dat onafhankelijk is en verstand van besturen heeft. AZN benoemt dat een onafhankelijk voorzitter wellicht beter zou zijn, maar dat zij geen problemen ondervinden in de huidige werkwijze.

Vanuit de ggz is er door enkele instellingen een uitspraak gedaan over de aanpassing van het voorzitterschap. Een ggz-instelling vindt dat het voorzitterschap niet gebonden zou moeten zijn aan het instellingsbelang. Volgens deze ggz-instelling is het goed om een adequate benoeming en een passend voorzittersprofiel te laten opstellen. Een andere ggz-instelling is voor onafhankelijk en roulerend voorzitterschap waarbij het niet vanzelfsprekend is dat het voorzitterschap bij een ziekenhuis ligt. Volgens deze zelfde ggz-instelling zou een onafhankelijk voorzitter niet uit een van de organisaties of ziekenhuizen hoeven te komen. Dit omdat andere sectoren dan ziekenhuizen overschaduwd raken in de huidige werkwijze en amper inbreng hebben.

Vanuit de eerstelijns zorg pleit een HAP voor onafhankelijk voorzitterschap en ook een KNMP-apotheker geeft aan liever een inhoudelijk onafhankelijk voorzitter te hebben.

Toezichthouder NZa benoemt dat onafhankelijkheid van een voorzitter belangrijk is, zeker nu het ROAZ een steeds grotere rol krijgt. De NZa geeft aan dat het goed is om de invulling van het voorzitterschap verder uit te werken en te onderzoeken wat het

beste past bij de taken en verantwoordelijkheden van het ROAZ. Ook is volgens de NZa een onafhankelijk voorzitter mogelijk met alleen een gezamenlijk belang. Wat ZN betreft is onafhankelijke positionering een criterium waaraan een ROAZ-voorzitter moet voldoen. Daarnaast geeft ZN aan dat het belangrijk is dat de voorzitter draagvlak heeft bij de ROAZ-partijen. Om te zorgen voor draagvlak bij de ROAZ-partijen, is het van belang dat de voorzitter voor een bepaalde termijn wordt aangesteld door de ROAZ-partijen (in goed overleg met de marktleider zorgverzekeraars) en niet vanuit landelijk niveau wordt aangewezen. Door een onafhankelijke positie kan de voorzitter makkelijker besluiten nemen, zonder dat daar vraagtekens bij worden geplaatst over een mogelijk conflict of interest. In het verlengde van onafhankelijk voorzitterschap gaat ZN ook in op de onafhankelijkheid van het ROAZ-bureau. Het ROAZ-bureau valt nu onder het traumacentrum. Net als voor de ROAZ-voorzitter geldt voor het ROAZ-bureau dat een onafhankelijke positie wenselijk is. Het ROAZ-bureau is primair faciliterend aan het ROAZ, maar mag zich ook nadrukkelijker constructief-kritisch opstellen ten opzichte van de partijen binnen het ROAZ als dat in het algemeen, regionaal belang is. Bijvoorbeeld ten aanzien van het op aanbiedersniveau transparant maken van noodzakelijke data voor de ROAZ-beelden, is het opgevallen dat sommige ROAZ-bureaus (en het LNAZ) op de rem gingen staan vanuit het belang van de aanbieders, in plaats van transparantie te stimuleren die in de ogen van ZN noodzakelijk is om tot goede beelden en plannen te komen.

Enkele FMS-respondenten benoemen dat door het ontbreken van roulatie het voorzitterschap in de huidige werkwijze langdurig belegd kan zijn bij eenzelfde persoon. Naast onafhankelijk voorzitterschap is, zoals eerder aangegeven, roulerend voorzitterschap door partijen ingebracht als mogelijke aanpassing voor het huidige voorzitterschap. Volgens de NVZ, zes FMS-respondenten, een ggz-instelling, een KNMP apotheker, ZN en de NZa kan roulatie gezien worden als een mogelijke aanpassing van het voorzitterschap. De NZa suggereert dat de voorzitter gekozen zou kunnen worden vanuit de deelnemende partijen of er kan gerouleerd worden tussen de drie á vier grootste aanbieders. De ggz-instelling stelt voor om aanstelling dan wel benoeming voor een periode van 2-4 jaar waarna evaluatie en/of rouleren. Zonder last of rugenspraak, vanuit een duidelijke governance in samenspraak met de leden. De apotheker spreekt uit een voorzitter voor een periode van 4 jaar met jaarlijkse evaluatie te wensen.

### *3.5.2. Taken en bevoegdheden van de voorzitter*

Volgens ZN moet naast onafhankelijkheid bij aanstelling het mandaat van de voorzitter bepaald worden. Volgens ZN heeft de voorzitter de taak om Bestuurlijk ROAZ bij elkaar te roepen, met ondersteuning van het ROAZ-bureau de agenda voor te bereiden en in geval er geen consensus is, besluiten te nemen over het vervolg. Ook een onafhankelijk voorzitter is zonder mandaat een 'lame duck'. Een helder, stevig mandaat voor de voorzitter is noodzakelijk. Het mandaat van de voorzitter om besluiten te nemen, hangt samen met een nadere uitwerking waar het ROAZ wel en niet over kan besluiten (de AMvB doet daartoe een eerste voorzet, maar die is nog niet concreet genoeg), alsmede hoe de besluitvorming in het ROAZ plaatsvindt (consensus, consent of meerderheid van stemmen – waarbij duidelijk moet zijn wie over welke onderwerpen stemrecht heeft en hoe de stemmen zich tot elkaar verhouden). Dit moet verder worden uitgewerkt; daarvoor is een landelijk kader nodig, waarbinnen de ROAZ-en nog aanvullende afspraken kunnen maken.

Het LNAZ benoemt dat de voorzitter aandacht moet hebben voor alle partijen die vertegenwoordigd zijn in het ROAZ, iedereen er goed bij betrekken, de regionale belangen voorop zetten en de regionale partijen gefocust houden op de gezamenlijke maatschappelijke opdracht en de te behalen resultaten. De NVZ geeft aan dat het wenselijk is om de taken en bevoegdheden van de voorzitter duidelijk te definiëren in het huishoudelijk ROAZ-reglement. Het is aan de voorzitter om vergaderingen voor te bereiden en terug te koppelen en kwesties te signaleren en geschillen te behandelen binnen de ROAZ-vergaderingen. Door de FMS zijn er uiteenlopende reacties gegeven over de taken die een voorzitter heeft, samengevat zijn dit: verschillende partijen verbinden, informeren, besluiten, leiden, agenda opstellen, voortgang bewaken,

het voorzitten van de vergadering, oog hebben voor de diverse belangen, het aanspreekpunt zijn voor collega-bestuurders en het signaleren van kansen en knelpunten ter verbetering van de (regionale) acute zorg (keten).

GGD GHOR Nederland benoemt dat het benutten van de bestaande ROAZ-overlegstructuren om afspraken te maken over de toegankelijkheid en de continuïteit van de acute zorg, en het organiseren van een strategisch ketenoverleg behoort tot de taken van de voorzitter.

### *3.5.3. Voorzitterschap in reguliere situatie versus crisisomstandigheden.*

Het ROAZ, zoals het in de AMvB staat, gaat over het maken van afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. GGD GHOR Nederland benoemt dat in de acute fase van een ramp of (publieke) crisis de DPG 'in de lead' is over de geneeskundige hulpverlening aan slachtoffers en indien van toepassing over de crisorganisatie van de GGD. De voorzitter heeft geen doorzettingsmacht in reguliere tijden. Het LNAZ benoemt dat er alleen voor de pandemische crisis andere afspraken zijn gemaakt, vastgelegd in het Covid-op-schalingsplan. Daarnaast is er in de Covid-pandemie ervaring opgedaan met een aangepaste verantwoordelijkheidsverdeling en samenwerking tussen de ROAZ-voorzitter en DPG. Zowel het aangewezen ROAZ/de ROAZ-voorzitter als de GHOR/DPG hebben een rol bij rampen en crises. Op dit moment wordt er een werkdocument opgesteld door GHOR en LNAZ hoe de voorzitter DPG en de voorzitter ROAZ zich in crisis tot elkaar verhouden.

De NVZ geeft aan dat het huidige voorzitterschap zich in crisistijd heeft bewezen als efficiënt en besluitvaardig. FMS geeft uiteenlopende reacties over het voorzitterschap in crisisomstandigheden. Twee partijen geven aan dat het huidige voorzitterschap in crisis goed functioneerde en besluitvaardig was. Een partij geeft aan dat tijdens crisis specifieke overleggen gepland worden per ketenpartner, het voorzitterschap wordt dan ingevuld door de directeur van het ROAZ-bureau of de voorzitter van het bestuurlijk ROAZ. Een partij geeft aan dat er in crisis andere competenties gevraagd worden van een voorzitter en zij vinden het noodzakelijk om die rol dan te beleggen bij een tijdelijk aan te stellen technisch voorzitter. De NZa vraagt zich af of voorzitters die een eigen organisatie aansturen in tijden van crisis in staat zijn om hun eigen organisatie draaiende te houden als je tevens voorzitter bent van een samenwerkingsverband zoals het ROAZ. Wat zorgverzekeraars betreft hoeft er geen onderscheid te worden gemaakt tussen het voorzitterschap in reguliere situatie versus crisisomstandigheden.