

Aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie curatieve zorg
Van: Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
Datum: 16 mei 2025
Onderwerp: Internetconsultatie Handreiking wijziging regionaal (acuut) zorgaanbod

1. Aanleiding

Het kabinet legt de 'Handreiking wijziging regionaal zorgaanbod' voor ter consultatie¹. De handreiking is een aanvulling op bestaande wet- en regelgeving. Als Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) onderschrijven we het belang van het zorgvuldig betrekken van belanghebbenden en de gezamenlijke verantwoordelijkheid in het ROAZ voor zorgcontinuïteit. We gaan graag in op de uitnodiging om te reageren. De invalshoek waarmee het LNAZ kijkt naar de concept handreiking is de vraag of deze bijdraagt aan de uitvoerbaarheid van de opdracht aan de aangewezen ziekenhuizen met functie traumacentrum, de regionale ROAZ-/netwerkbureaus acute zorg en de ROAZ'en.

2. De AMvB Acute zorg met Ministeriele Regeling vormt de basis voor ons handelen²

Het LNAZ is de vereniging van 10 door de minister van VWS aangewezen ziekenhuizen met functie traumacentrum. Deze ziekenhuizen hebben ook de opdracht het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) te organiseren. Het doel van het ROAZ is optimale afstemming tussen zorgaanbieders over de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg(keten) in de regio, zowel in reguliere tijden alsook in tijden van rampen en crises. Het ROAZ bestaat sinds 2006 en werd geïntroduceerd als hulpconstruct in een nieuw Zorgverzekeringswet (Zvw)-stelsel met gereguleerde marktwerking. Met de nieuwe AMvB Acute zorg en de bijbehorende Ministeriele Regeling (2022) werd de (verplichte) deelname aan het ROAZ verbreed. De samenwerking tussen ketenpartners in de ROAZ-regio is er op gericht dat iedere patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt. In het ROAZ nemen alle zorgorganisaties deel die de acute keten vormgeven. Daarnaast nemen de directeur publieke gezondheid (DPG) en de zorgverzekeraar deel. De 10 ROAZ-en maken regionale werkafspraken. Ieder ROAZ wordt ondersteund door een regionaal ROAZ-/netwerkbureau acute zorg. De rol van het traumacentrum met het ROAZ-/netwerkbureau acute zorg is faciliteren, ondersteunen, monitoren, kennis delen etc. De rol van het ROAZ (de aanbieders van acute zorg) is om met elkaar tot afspraken te komen om continuïteit van acute zorg te bewerkstelligen.

De AMvB acute zorg en bijbehorende ministeriele regeling (hierna: de AMvB) beschrijven de taken en acties van individuele zorgaanbieders en het ROAZ wanneer een zorgaanbieder het voornemen heeft tot het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van acute zorg op een bepaalde locatie. Deze stappen zijn weergegeven in een stroomschema.³ Het LNAZ heeft januari 2022 de LNAZ Leidraad wijziging acuut zorgaanbod herzien, zodat deze aansloot op de nieuwe wet- en regelgeving. In 2024 is de LNAZ Leidraad wederom geactualiseerd op basis van

¹ [Overheid.nl | Consultatie Handreiking wijziging regionaal zorgaanbod](#)

² [Staatscourant 2021, 41958 \(Rijksoverheid\)](#)

³ [Stroomschema AMvB en regeling Acute zorg \(Rijksoverheid\)](#)

opgedane praktijkervaringen, het IZA en diverse aangenomen moties in de Tweede Kamer.⁴ Onze leidraad biedt, naast de stappen die doorlopen dienen te worden bij een voornemen tot wijziging van aanbod acute zorg, een uitgebreidere toelichting op en uitgangspunten voor interpretatie van de beschreven wettelijke kaders. Gegeven de verplichtingen uit de AMvB moet altijd rekening worden gehouden met proportionaliteit om te bepalen welke stappen door de zorgaanbieder en het ROAZ doorlopen moeten worden bij wijziging van het aanbod acute zorg. Proportionaliteit is van belang. De AMvB-procedure werkt naar behoren en is in sommige gevallen al niet makkelijk uitvoerbaar, bijvoorbeeld als een wijziging door acute personele problemen snel moet worden doorgevoerd. Het risico bestaat dat de handreiking leidt tot een nog omvangrijker proces en risico's voor de uitvoerbaarheid. Heb hierbij ook zorg voor kleine zorgaanbieders, zij hebben minder capaciteit om het proces te doorlopen. De benodigde proportionaliteit komt ons inziens niet terug in de handreiking in bijvoorbeeld bijlage A, waar het stroomschema van VWS wel onderscheid maakt tussen procedure A en B.

Onze leidraad legt, in lijn met de AMvB, de focus op de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder en het ROAZ. De aangewezen traumacentra/netwerkbureaus en de zorgaanbieders in de ROAZ-regio's gebruiken de leidraad als handleiding. Met waardering constateren we dat de handreiking van VWS verwijst naar onze leidraad. De handreiking biedt een aanvulling waar tips en adviezen worden gericht op betrokkenheid van professionals, lokaal bestuur, burgers en patiënten.

3. Advies: beperk de scope van de handreiking tot de AMvB-procedure wijziging acuut zorgaanbod

Voor wijzigingen in de acute zorg biedt de AMvB, aangevuld met de LNAZ Leidraad, goede houvast voor het handelen bij voorgenomen wijzigingen in het acute zorgaanbod. De regelgeving richt zich niet op wijzigingen in de niet-acute zorg. De handreiking van VWS was oorspronkelijk gericht op wijzigingen in de acute zorg. De handreiking die ter consultatie ligt lijkt zich te richten op meerdere zaken:

1. de AMvB-procedure met de (voorgenomen) wijziging van acuut zorgaanbod;
2. de ROAZ-plannen waarin de lange termijnvisie op de acute zorg wordt bepaald met de regio;
3. de besluitvorming over wijzigingen in de niet-acute zorg.

Deze brede scope leidt tot verwarring en schept irreële verwachtingen. Wat het LNAZ betreft zou de handreiking alleen over het eerste punt moeten gaan. Dit voorkomt dat het onnodig complex wordt en de handreiking is dan een aanvulling op bestaande regelgeving en dient als advies. Voor de ROAZ-plannen kunnen tips en adviezen uitgewerkt in een separaat document/webpagina of de handreiking zou een duidelijk onderscheid moeten maken tussen AMvB-procedure en ROAZ-planvorming. De ROAZ-beelden en -plannen hebben een andere scope waardoor het betrekken van andere partijen ook op andere wijze vorm kan krijgen. Een heldere scheiding tussen 1. en 2. lijkt ons gewenst. Voor het derde punt lijkt het ons wenselijk deze verbreding niet mee te nemen in de handreiking. Dit zou betekenen dat het ROAZ betrokken wordt bij wijzigingen in de niet-acute zorg zonder dat dit hun wettelijke taak is én er andere gremia bestaan waarin dit beter besproken kan worden. Deze brede scope kan ook leiden tot onduidelijkheid waar gemeenten/het lokaal bestuur zelf verantwoordelijk zijn voor of zelf aanbieder zijn van zorg (wmo, jeugdhulp).

⁴ [Leidraad wijziging aanbod acute zorg \(LNAZ\)](#)

Daarnaast willen we VWS adviseren bij de uitwerking van de handreiking meer aan te sluiten bij de bepalingen in de AMvB over de rol van het ROAZ en het ROAZ-/netwerkbureau bij een AMvB-procedure. Over de rol van het ROAZ willen we de volgende punten meegeven:

- Bladzijde 3: de handreiking gaat in ieder geval over de AMvB-procedure. De ROAZ-en betrekken geen professionals en bespreken niet het onderwerp 'behoud van personeel' bij een AMvB-procedure, dit doen de zorgaanbieders zelf. In het kader van de ROAZ-plannen is het wel goed (en dat gebeurt ook) om professionals (via de bestuurders in het ROAZ) hierbij te betrekken en mee te laten doen. Maar dat is een ander traject.
- Bladzijde 5: ook hier gaat het over het ROAZ-beeld en -plan. Zo algemeen geformuleerd gaat de betrokkenheid van gemeenten niet werken. De ROAZ-regio's beslaan een (zeer) groot aantal gemeenten. Het betrekken van gemeenten moet lokaal en subregionaal kunnen plaatsvinden. Voor de ROAZ-en is het belangrijk de ruimte te hebben om op een passende wijze en schaal gemeenten te betrekken.

4. Onze reactie op de consultatievragen

Vraag 1: Wat is er volgens u nodig voor een tijdig en goed gesprek en een goede besluitvorming over (wijzigingen in) het aanbod van (acute) zorg in de regio?

De AMvB en het daarbij gepubliceerde stroomschema geven ons inziens een goede, zorgvuldige uitwerking van de verschillende verantwoordelijkheden van zorgaanbieder en ROAZ en de stappen die gezet moeten worden. De AMvB richt zich op de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en het ROAZ. Onze leidraad sluit hierbij aan. Al eerder lieten wij IZA (thematafel)partijen weten dat wij van mening zijn dat de wet- en regelgeving voor de acute zorg goed en zorgvuldig is uitgewerkt. De AMvB met aanvullend de leidraad volstaan ons inziens in situaties waarin sprake is van voorgenomen wijzigingen. De handreiking van VWS is een ondersteunend document met tips en adviezen welke stappen ondernomen kunnen worden. Het LNAZ vindt het belangrijk dat de handreiking het verschil duidt tussen wettelijke verplichtingen uit de AMvB en adviezen uit de handreiking. Daardoor is en blijft de handreiking een advies en wordt het niet gezien als een lijst met vereisten. De handreiking wordt ervaren als een reactie op onrust bij specifieke casuïstiek. De inleiding beschrijft dat het nadrukkelijk gaat om 'adviezen', tegelijkertijd wordt ook gesproken over 'te ondernemen acties'. Dit maakt de status van dit document onduidelijk. Het risico is dat de handreiking wordt gezien als norm waar partijen hun verwachtingen op gaan baseren, terwijl zorgorganisaties hier niet aan kunnen voldoen. De handreiking kan ook de indruk wekken dat er sprake is van een democratisch proces, in plaats van een zorgvuldig proces door de zorgaanbieder. Dit roept de vraag op in hoeverre deze handreiking daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van de onrust waarnaar wordt gerefereerd.

Het aangewezen traumacentrum organiseert het ROAZ. Hierbij geldt: Als een zorgaanbieder, een zorgverzekeraar, een GHOR, een gemeente, een patiëntenorganisatie, een Wlz-uitvoerder, de politie of een andere organisatie een onderwerp voordraagt voor bespreking in het regionaal overleg acute zorgketen dat past binnen het in artikel 8A.2, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit omschreven doel, agendeert het traumacentrum dat onderwerp voor het overleg. Het valt ons op dat de handreiking onder suggesties voor invulling van betrokkenheid van burgers/patiënten en betrokkenheid professionals het volgende verwoord: "U kunt een onderwerp dat betrekking heeft op de kwaliteit en/of toegankelijkheid van de acute zorg in de regio agenderen in het ROAZ. (..). In het geval een relevant onderwerp niet geagendeerd zou

worden of je voor het gesprek over dit onderwerp niet uitgenodigd zou worden, zou je een melding kunnen doen bij het landelijk meldpunt zorg (LMZ) van de toezichthouder, de IGJ, als je dat zinvol vindt.” Naar ons idee sluit deze op het individu gerichte tekst niet aan bij de wet- en regelgeving waarin gesproken wordt over organisaties. Daarnaast, het advies in de handreiking is ook direct een grote stap. Het lijkt ons zinvoller eerst in gesprek te gaan met het ROAZ(-netwerkbureau) waarom iets wel of niet geagendeerd wordt en of het ook op een andere manier besproken kan worden. Een melding bij de IGJ is ons inziens de laatste stap als je er samen niet uit komt.

Vraag 2: In de handreiking wordt beschreven hoe u als **burger** betrokken kunt zijn bij de besluitvorming over (wijzigingen in) het aanbod van (acute) zorg in uw regio.

- Hoe kan dat volgens u het beste georganiseerd worden?
- Heeft u opmerkingen bij of aanvullingen op wat hierover in de handreiking staat.

Allereerst willen we hier opmerken dat het belang van kwalitatief goede en toegankelijke zorg voor burgers en patiënten voor ons voorop staat. In onze rol van bestuurder of medewerker ROAZ-/netwerkbureau, verantwoordelijk voor de organisatie van het ROAZ, handelen we vanuit het leidende principe het beste te willen doen om de acute zorg zo optimaal mogelijk in te richten.

Hier is het ook van belang op te merken dat de Directeur Publieke Gezondheid (DPG), als gemeentelijk afgevaardigde met wettelijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden, conform AMvB het burgerperspectief vertegenwoordigt in de ROAZ-overleggen. De DPG heeft daarbij aandacht voor de toegankelijkheid van zorg in reguliere én crisistijden. De DPG vormt de verbindende schakel naar lokaal bestuur, de Veiligheidsregio's en de GHOR-organisaties. We zien dat directe afstemming met burgemeesters en wethouders hierop aanvullend en nodig kan zijn om op goede wijze de maatschappelijke dialoog te organiseren. De ervaring leert ook dat dit complex is, omdat naburige gemeenten verschillende belangen hebben en tegenstrijdige standpunten kunnen innemen. Wij vinden het belangrijk dat de DPG daarbij zicht heeft op bestaande burgerinitiatieven. Ons inziens is de bepaling “De zorgaanbieder en de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) overleggen hoe lokaal bestuur kan worden betrokken bij besprekingen in het ROAZ over concrete gevallen van mogelijke sluitingen.” voldoende.

Het is primair de opdracht van de zorgaanbieder zelf om goed te communiceren naar de burger of en hoe de zorg mogelijk verandert. Door als ROAZ hierover te communiceren wordt een onduidelijke tussenstap gecreëerd. De taak van het ROAZ is toezien op een zorgvuldige procedure waarin de burger goed wordt meegenomen. De handreiking sluit niet goed aan op deze rol.

Tips en adviezen over betrokkenheid van partijen als Zorgbelangen en burgerinitiatieven bij ROAZ-beelden en -plannen zien wij liever separaat uitgewerkt. In alle ROAZ-en wordt gesproken over de wijze waarop het burgerperspectief en burgerparticipatie is vorm te geven. In LNAZ-verband wordt hierover ook kennis gedeeld, zodat ROAZ-regio-overstijgend met en van elkaar geleerd wordt. De goede voorbeelden die opgenomen zijn in de handreiking bieden daarbij houvast.

In de handreiking wordt benoemd dat (organisaties van) inwoners of patiënten onderwerpen kunnen agenderen bij het ROAZ. Hiermee kan de verwachting ontstaan dat dat dit altijd

besproken wordt op tactisch of bestuurlijk niveau. Kenbaar maken kan altijd en is ook goed, agenderen volgt wanneer het ROAZ dit ook wenselijk/noodzakelijk acht.

Vraag 3: In de handreiking wordt beschreven hoe u als **patiënt** betrokken kunt zijn bij de besluitvorming over (wijzigingen in) het aanbod van (acute) zorg in uw regio.

- Hoe kan dat volgens u het beste georganiseerd worden?
- Heeft u opmerkingen bij of aanvullingen op wat hierover in de handreiking staat?

Het doel van het ROAZ is optimale afstemming tussen zorgaanbieders. De AMvB stelt niet dat patiënten/burgers structureel participeren in het ROAZ. Wij onderschrijven deze lijn en ook de Patiëntenfederatie heeft laten weten dat de huidige wet- en regelgeving volstaat. Het LNAZ acht het vanzelfsprekend dat bij wijzigingen die het legitieme belang van patiënten/inwoners raken, naar de bedoeling gehandeld moet worden als de AMvB-procedure doorlopen moet worden.

De wijze waarop patiëntenorganisaties betrokken kunnen worden bij ROAZ-beelden en -plannen zien wij zoals gezegd onderscheiden van de AMvB-procedure uitgewerkt.

Vraag 4: In de handreiking wordt beschreven hoe u als **lokaal bestuurder** betrokken kunt zijn bij de besluitvorming over (wijzigingen in) het aanbod van (acute) zorg in uw regio.

- Hoe kan dat volgens u het beste georganiseerd worden? Hoe verhouden uw verantwoordelijkheden daarin zich tot die van de zorgaanbieders en zorgverzekeraars?
- Heeft u opmerkingen bij of aanvullingen wat hierover in de handreiking staat?

De AMvB Acute zorg biedt ons inziens een zorgvuldig vormgegeven kader voor het handelen bij wijzigingen in het acute zorgaanbod. Onze leidraad en de handreiking bieden daarop aanvullend zinvolle handvatten en goede voorbeelden.

In de handreiking staat op bladzijde 6 bovenaan dat het ROAZ/netwerkbureau met de zorgaanbieder en de DPG overleggen hoe het lokaal bestuur betrokken kan worden. Uit ervaring blijkt dat dit veelal niet nodig is, de zorgaanbieder doet dit zelf. De rol van de DPG bij AMvB-procedures wordt naar onze mening in de handreiking niet helder genoeg omschreven. Het lokaal bestuur en het burgerperspectief wordt in het ROAZ door de DPG vertegenwoordigd. De handreiking laat een ander beeld zien. Het is belangrijk dat de zorgaanbieder de DPG goed betreft en dat de DPG goede afstemming houdt met betrokken gemeenten en burgerinitiatieven. De DPG kan waar nodig tripartiete overleg organiseren. Zoals hierboven al beschreven is wat ons betreft de zin: "De zorgaanbieder en de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) overleggen hoe het lokaal bestuur kan worden betrokken bij besprekingen in het ROAZ over concrete gevallen van mogelijke sluitingen." voldoende.

Gelet op onze wens om de handreiking te beperken tot de AMvB-procedure of duidelijker onderscheid te maken tussen AMvB-procedure en ROAZ-planvorming, merken we op dat de handreiking verder gaat dan de AMvB en de suggestie wekt dat het lokaal bestuur uitgenodigd moet worden voor ROAZ-overleggen over mogelijke sluitingen. Hier mist proportionaliteit. Sommige wijzigingen zijn kort/klein en hebben geen invloed op de zorgcontinuïteit in de regio (bv. alle bereikbaarheidsnormen blijven behaald). Het is dan zeker van belang dat lokaal bestuur goed geïnformeerd is door de zorgaanbieder maar het is de vraag of het proportioneel en wenselijk is om bij iedere bespreking de gemeente uit te nodigen. Dit wekt ook de indruk

dat elke gemeente waar het zorgaanbod veranderd recht van spreken heeft. Hier spelen vaak andere belangen mee dan enkel de zorgcontinuïteit.

Een andere reden om de Handreiking niet breder te maken van de AMvB-procedure betreft het betrekken van lokaal bestuur en de mogelijkheid dat er onduidelijkheid ontstaat waar gemeenten/lokaal bestuur zelf verantwoordelijk zijn voor (acute) vormen van jeugdzorg/jeugdpsychiatrie of zelf aanbieder zijn van (niet-acute) Wmo-zorg en jeugdhulp.

Ook hier wint de handreiking aan duidelijkheid als de AMvB-procedure en het proces van ROAZ-beeld en -plan niet door elkaar lopen. In algemene zin merken we op dat het ons gewenst lijkt dat burgers/patiënten bij veranderingen in de reguliere zorg en bij herverdelingsvraagstukken in de zorg via de bestaande politieke wegen verlopen.

Vraag 5: In de handreiking wordt beschreven hoe u als **zorgprofessional** betrokken kunt zijn bij de besluitvorming over (wijzigingen in) het aanbod van (acute) zorg in uw regio.

- Hoe kan dat volgens u het beste georganiseerd worden?
- Heeft u opmerkingen bij of aanvullingen wat hierover in de handreiking staat?

Ook hier de opmerking dat de handreiking aan kracht wint als de AMvB-procedure en het proces van ROAZ-beeld en -plan niet door elkaar lopen. Daar waar de tip “Organiseer een verpleegkundige council (zoals in ROAZ Noord Nederland) of klankbordgroep” gegeven wordt, klopt de link niet. Deze link verwijst namelijk naar het zorgprofessionals council van Zorg voor het Noorden en niet naar het verpleegkundig council van het AZNN. Er is op dit moment geen verwijzing naar het verpleegkundig council mogelijk.

Vraag 6: In de handreiking wordt beschreven hoe u als zorgaanbieder of zorgverzekeraar een goede belangenafweging kunt maken bij besluitvorming over (wijzigingen in het) aanbod van (acute) zorg.

- Wat heeft u nodig om een goede belangenafweging te maken bij besluitvorming over (wijzigingen in het) aanbod van (acute) zorg?
- Heeft u opmerkingen bij of aanvullingen op wat hierover in de handreiking staat?

De beantwoording van deze vraag is aan de koepels van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor de aangewezen traumacentra/ROAZ-netwerkbureaus acute zorg en de ROAZ-en is het van groot belang dat zorgverzekeraars deelnemen aan het overleg vanuit hun wettelijk verankerde verantwoordelijkheid c.q. de zorgplicht in reguliere tijden en in tijden van rampen en crises.

Vraag 7. Heeft u andere suggesties voor de handreiking?