

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

4354373-1094411-WJZ

Bijlage(n)

3

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 19 mei 2026
Betreft Aanbieding ontwerpbesluit, houdende wijziging van het
Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Geachte voorzitter,

Hierbij biedt het kabinet u het ontwerpbesluit aan, houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz in verband met het aanscherpen van regels omtrent zorgvuldige besluitvorming bij geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van het aanbieden van acute zorg. Voor de inhoud van het ontwerpbesluit wordt verwezen naar de ontwerpnota van toelichting.

Met deze voorlegging komt het kabinet een toezegging van de voormalig minister van VWS na om aanpassingen in de regelgeving over het beperken of beëindigen van het aanbod van acute zorg voor te leggen aan de Eerste en Tweede Kamer¹ en anticipeert het kabinet op de inwerkingtreding van het gewijzigde artikel 3a van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).²

Dit biedt de beide Kamers de mogelijkheid zich uit te spreken over het ontwerpbesluit voordat het aan de Afdeling advisering van de Raad van State zal worden voorgelegd en vervolgens zal worden vastgesteld. Voordracht aan de Koning ter verkrijging van het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State over het ontwerpbesluit geschiedt niet eerder dan vier weken nadat het ontwerpbesluit aan beide Kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Vanwege de samenhang met de wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, biedt het kabinet u eveneens de ontwerpregeling aan, houdende wijziging van de Uitvoeringsregeling Wkkgz in verband met versterken van de invloed van belanghebbenden op de besluitvorming over het aanbod van acute zorg met de ontwerp-toelichting bij deze regeling. Deze regeling zal niet eerder worden vastgesteld dan nadat het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State over het Uitvoeringsbesluit Wkkgz is ontvangen.

¹ Kamerstukken II, 2024/25, 29247, nr. 464.

² Stb. 2025, 391, artikel 3a is nog niet in werking getreden.

De aanscherpingen die in het ontwerpbesluit en de ontwerpregeling worden voorgesteld

De belangrijkste wijzingen in de bijgevoegde voorstellen zijn de volgende.

Kenmerk
4354373-1094411-WJZ

In het ontwerpbesluit:

- De reikwijdte van het zwaarwegend adviesrecht voor de burgemeester wordt vastgelegd (acute zorg in ziekenhuizen, huisartsenspoedposten, beoordelingslocaties acute psychiatrie en dienstapotheken);
- Belanghebbenden moeten niet "tevorens" maar "vroegtijdig" betrokken worden;
- Enkele technische correcties op het artikel over bereikbaarheidsanalyses;
- De mogelijkheid wordt gecreëerd om nadere eisen te stellen aan medewerking van zorgaanbieders aan de zorgplicht van zorgverzekeraars en
- Er is een evaluatiebepaling toegevoegd.

In de ontwerpregeling:

- De verplichting voor de zorgaanbieder om eventuele plannen voor wijziging van het aanbod van acute zorg in samenhang te bezien met regionale ontwikkelingen ten aanzien van het aanbod van zorg;
- De verplichting voor het traumacentrum om de burgemeester van een gemeente uit te nodigen voor een Regionaal Overleg Acute Zorgketen over een eventuele sluiting van aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie;
- Aanvullende eisen aan het continuïteitsplan en
- Openbaarmaking van de reactie op de inbreng van de burgemeester, colleges van B&W of de voorzitter van de veiligheidsregio door de zorgaanbieder.

Deze wijzigingen worden toegelicht in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit en in de toelichting bij de ontwerpregeling. In die toelichtingen staat ook hoe in de internetconsultatie is gereageerd op de voorstellen, wat het advies was van het Adviescollege Toetsing Regeldruk, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Nederlandse Zorgautoriteit en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en wat er met die reacties en adviezen is gedaan.

In het voorstel dat was voorgelegd voor internetconsultatie is als uitwerking van een toezegging aan de Tweede Kamer van het voorgaande kabinet een aanpassing van de 45-minutennorm opgenomen.

In internetconsultatie is vanuit verschillende kanten veel weerstand tegen de beoogde aanpassing naar voren gekomen. Het kabinet verwijst u daarvoor naar paragraaf 5.1 van de ontwerptoelichting bij de regeling. Het kabinet heeft daarop besloten om op dit moment af te zien van de wijziging van de 45-minutennorm. Dit betekent dat de huidige 45-minutennorm vooralsnog blijft gelden. De aanpassing van de 45-minutennorm heeft raakvlakken met de doorontwikkeling van de budgetbesteding voor de spoedeisende hulp afdelingen. Het is mogelijk de aanpassing van de norm hierbij te betrekken. De Tweede Kamer zal dit voorjaar een brief ontvangen over hoe dit concreet uitgewerkt wordt. Voor een nadere toelichting op deze keuze wordt verwezen naar paragraaf 5.1 van de ontwerptoelichting bij de regeling.

Beoogd tijdpad

Het streven is om de wijzigingen in het besluit en de regeling, tezamen met de wetswijziging die ziet op het zwaarwegend advies van de burgemeester per 1 januari 2027 in werking te laten treden.

Kenmerk
4354373-1094411-WJZ

Een gelijklopende brief heeft het kabinet gezonden aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

Bijlagen

Volgnummer	Naam	Classificatie
1	Wijziging Uitvoeringsbesluit Wkkgz en nota van toelichting bij wijziging Uitvoeringsbesluit Wkkgz	
2	Wijziging Uitvoeringsregeling Wkkgz en toelichting bij wijziging Uitvoeringsregeling Wkkgz	

Kenmerk
4354373-1094411-WJZ

WIJ WILLEM ALEXANDER,
BIJ DE GRATIE GODS,
KONING DER NEDERLANDEN,
PRINS VAN ORANJE-NASSAU,
ENZ. ENZ. ENZ.

Besluit van

houdende wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz in verband met het aanscherpen van regels omtrent zorgvuldige besluitvorming bij geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van het aanbieden van acute zorg
(KetenID WGK 028171)

Op de voordracht van Onze minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van vul in datum voordracht, kenmerk vul in kenmerk van de voordracht;

Gelet op artikel 3a, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van vul in datum advies RvS, no. vul in nummer advies RvS);

Gezien het nader rapport van Onze minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van (vul in datum nader rapport, vul in kenmerk nader rapport);

Hebben goedgevonden en verstaan:

Artikel I. Wijziging Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Het Uitvoeringsbesluit Wkkgz wordt als volgt gewijzigd:

A.

Artikel 8a.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. De aanhef komt te luiden:

1. Dit hoofdstuk is van toepassing op de volgende categorieën van zorgaanbieders:

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

2. Artikel 3a, tweede en derde lid, van de wet is van toepassing op de categorieën van zorgaanbieders genoemd in het eerste lid, onderdelen a, b, d, f en g.

B

Artikel 8a.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdelen a, b en c, wordt 'tevorens' telkens vervangen door 'vroegtijdig'
2. Het eerste lid, onderdeel d, komt te luiden:
 - d. de colleges van burgemeester en wethouders van de gemeenten in de omgeving vroegtijdig heeft betrokken bij de voorbereiding van de besluitvorming;
3. In onderdeel e wordt 'tevorens heeft betrokken' vervangen door 'vroegtijdig heeft betrokken bij voorbereiding van de besluitvorming'.
4. Het eerste lid, onderdeel f, komt te luiden:
 - f. zich bij de voorbereiding van de besluitvorming vroegtijdig aantoonbaar inspant om het perspectief te kennen van en onzekerheid te voorkomen bij de inwoners uit de omgeving die belang hebben bij de door de zorgaanbieder geboden acute zorg;
5. Het eerste lid, onderdeel g, komt te luiden:
 - g. in bij regeling van Onze Minister te omschrijven situaties bij het RIVM, bedoeld in de Wet op het RIVM, vroegtijdig een bereikbaarheidsanalyse over het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van de acute zorg op een bepaalde locatie heeft aangevraagd waarin het RIVM berekent:
 - 1°. wat de effecten zijn op de rijtijden voor patiënten die gelet op hun woonadres zijn aangewezen op acute zorg van de betreffende locatie naar de dichtstbijzijnde andere locatie waar de betreffende acute zorg wordt aangeboden.
 - 2°. of de bij ministeriële regeling bepaalde normen inzake de bereikbaarheid van de acute zorg worden overschreden;
 - 3°. wat de effecten zijn op het voldoen aan de daarvoor relevante normen inzake de bereikbaarheid van acute zorg door andere zorgaanbieders;
6. Het tweede lid komt te luiden:
 2. Een zorgaanbieder verleent op verzoek van een zorgverzekeraar de medewerking die redelijkerwijs van hem kan worden gevergd en die noodzakelijk is voor het door de zorgverzekeraar voldoen aan de zorgplicht, bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, voor zover deze de bereikbaarheid van de betrokken acute zorg betreft, indien de normen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel g, onder 2°, worden overschreden.
7. In derde lid wordt 'het eerste lid' vervangen door 'het eerste en tweede lid'.

C

Na artikel 8a.5 wordt een artikel toegevoegd, luidende:

Artikel 8a.6

Onze Minister zendt uiterlijk in 2032 aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van hoofdstuk 8a.

Artikel II. Inwerkingtreding

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nota van toelichting

I. Algemeen

1. Aanleiding

Zorgaanbieders die acute zorg aanbieden (waaronder ziekenhuizen) zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Dit houdt in dat de zorg van goede kwaliteit en van goed niveau is en in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is.¹ De keuze over de inrichting van het zorgaanbod op een bepaalde locatie ligt gelet op deze verantwoordelijkheid in de eerste plaats bij de zorgaanbieder. Deze moet de wettelijke verantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg waar kunnen maken. Bij deze verantwoordelijkheid hoort ook dat er een beslissing genomen kan worden om bepaalde vormen van acute zorg op een bepaalde locatie niet meer of beperkter aan te bieden als de kwaliteit van zorg niet langer gegarandeerd kan worden.

Tegelijkertijd is duidelijk dat een beslissing om acute zorg op een bepaalde locatie te beperken of te beëindigen grote gevolgen kan hebben voor mensen die in de nabijheid van die locatie wonen en dan in spoedsituaties mogelijk niet meer op hun vertrouwde plek terecht kunnen voor spoedzorg. Dat dit tot grote maatschappelijke onrust kan leiden, is herhaaldelijk gebleken. Een beslissing tot het beperken of beëindigen van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie moet daarom door de zorgaanbieder met grote zorgvuldigheid worden genomen. Daarbij is essentieel dat de zorgaanbieder breder kijkt dan de impact voor de eigen organisatie. Hij moet ook de gevolgen die een dergelijk besluit voor de omgeving heeft, zorgvuldig meewegen. De Tweede Kamer heeft herhaaldelijk uitgesproken dat de betrokkenheid van gemeenten, personeel en inwoners en patiënten bij fusies en/of sluiting van (delen van) ziekenhuizen van essentieel belang is. De Minister van VWS deelt deze opvatting.

In hoofdstuk 8a van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (verder Uitvoeringsbesluit) en hoofdstuk 3a van de Uitvoeringsregeling Wkkgz (verder Uitvoeringsregeling) is onder andere geregeld wat een zorgaanbieder moet doen als deze overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk op te schorten of te beëindigen. De bedoeling hiervan is dat een zorgvuldig besluitvormingsproces wordt gevolgd, met betrokkenheid van belanghebbenden. Het onderhavige besluit scherpt deze regels aan, om daarmee nog duidelijker en scherper te regelen dat belanghebbenden tijdig betrokken worden als een zorgaanbieder overweegt het aanbod van acute zorg geheel of gedeeltelijk op te schorten of te beëindigen. Ook wil deze wijziging van het Uitvoeringsbesluit bewerkstelligen dat de visie van belanghebbenden effectiever meegewogen wordt. Dit is in lijn met het door het amendement Bushoff/Krul gewijzigde artikel 3a van de Wkkgz.² Door deze wijziging hebben gemeenten de mogelijkheid een zwaarwegend advies uit te brengen als een zorgaanbieder overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk te beëindigen of op te schorten. Als een zorgaanbieder na een negatief advies de beëindiging of opschorting doorzet, moet ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) een zwaarwegend advies uitbrengen.

2. Hoofdpijnen van het voorstel

2.1 Doel van de wijziging van de regels omtrent opschorting en beëindiging acute zorg
Het doel van de wijziging van het Uitvoeringsbesluit is om te bewerkstelligen dat belanghebbenden zoals gemeenten en inwoners eerder en (daarmee) sterker invloed kunnen uitoefenen bij het voorbereiden en nemen van een besluit over het (deels)

¹ Artikel 2 en 3 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

² Kamerstukken II, 2024/25, 36278, nr. 20.

beëindigen of opschorten van het aanbod van acute zorg. Daarnaast is het doel om de reikwijdte van het gewijzigde artikel 3a van de Wkkgz vast te stellen. In de afgelopen jaren zijn meerdere afdelingen SEH en afdelingen acute verloskunde van ziekenhuizen gesloten. Hoewel hiervoor gedeeltelijk andere vormen van acute zorg in de plaats zijn gekomen, is in veel gevallen de reistijd voor patiënten (en medewerkers) langer geworden³ en voelen gemeentebestuurders, gemeenteraden en inwoners zich niet voldoende en niet tijdig gehoord in hun wens om de zorg dichtbij te behouden.⁴ Inwoners protesteren, richten actiegroepen op, gemeenteraden en de Tweede Kamer nemen moties aan waarin gevraagd wordt zorg te behouden en toch gaat de SEH sluiten. Patiënten en besturen van ziekenhuizen hechten aan het kunnen leveren en ontvangen van goede zorg, die bij voorkeur dichtbij beschikbaar is. Voor professionals is van belang dat zij goede zorg kunnen bieden, niet te veel reistijd hebben en zoveel mogelijk op één locatie met collega's kunnen samenwerken.

Door het vroegtijdig betrekken van belanghebbenden, kunnen alle betrokkenen in de gelegenheid worden gesteld mee te denken over de probleemstelling en mogelijke oplossingen. Wanneer een wijziging in het zorgaanbod noodzakelijk blijkt, zorgt het proces van besluitvorming door vroege betrokkenheid voor een breder palet aan inzichten en draagt het naar verwachting bij aan wederzijds begrip. Dit draagt bij aan betere en in de regio breder gedragen besluiten.

Om de inbreng van belanghebbenden bij de besluitvorming over sluiten of opschorten van acute zorg aanbod (nog) beter te borgen dan door middel van wat reeds geregeld is in het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling, worden het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling op een aantal punten gewijzigd. De wijzigingen in dit besluit hebben betrekking op het proces van besluitvorming over het aanbod van acute zorg.

2.2 Toepassingsbereik adviesrecht gemeenten

Door de wijziging van artikel 3a van de Wkkgz mag de burgemeester een zwaarwegend advies uitbrengen als het aanbieden van acute zorg op een locatie geheel of gedeeltelijk wordt opgeschort of beëindigd. In het Uitvoeringsbesluit kan bepaald worden op welke aanbieders van acute zorg dit adviesrecht betrekking heeft. Er is gekozen om voor de reikwijdte van het adviesrecht aan te sluiten bij de reikwijdte van de huidige regels over de besluitvormingsprocedure bij het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van acute zorg op een bepaalde locatie. Deze regels gelden voor traumacentra, overige ziekenhuizen die acute zorg verlenen, huisartsenspoedposten, aanbieders van acute ggz en dienstapotheken. Het adviesrecht dat voortvloeit uit het wijziging van artikel 3a van de Wkkgz wordt met het Uitvoeringsbesluit dan ook van toepassing op deze categorieën van zorgaanbieders.

In het Uitvoeringsbesluit wordt bepaald dat deze aanbieders gemeenten in de omgeving vroegtijdig moeten betrekken bij hun besluitvorming over geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van het acute zorg aanbod (zie uitgebreider paragraaf 2.3). Deze wijziging staat naast het met de wijziging van artikel 3a van de Wkkgz geïntroduceerde adviesrecht van de burgemeester van de gemeente waar een opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg wordt overwogen. Een zorgaanbieder die overweegt het aanbod van acute zorg (deels) op te schorten of te beëindigen moet in het vervolg dan ook eerst de gemeente vroegtijdig betrekken in de voorbereiding van de besluitvorming en vervolgens, als de zorgaanbieder voornemens is het aanbod (deels) op te schorten of te beëindigen, de burgemeester in de gelegenheid stellen om hier een zwaarwegend advies over uit te brengen. Bij een negatief advies kan de wijziging in het

³ Bijlage bij Kamerstukken II, 2024/25, 29247, nr. 455.

⁴ Rapporten "Het lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland" en "Inwoners over de acute zorg in Nederland", bijlagen bij Kamerstukken II, 2024/25, 29247, nr. 455.

aanbod slechts voortgezet worden nadat de zorgaanbieder heeft gemotiveerd waarom het advies niet wordt gevolgd en ook de inspectie een zwaarwegend advies heeft uitgebracht.⁵

2.3 Benadrukken tijdige betrokkenheid van belanghebbenden

Om nog beter te benadrukken dat colleges van burgemeester en wethouders, inwoners en de voorzitter van de veiligheidsregio vroegtijdig betrokken moeten worden bij besluitvorming over het aanbod van acute zorg, zijn de formuleringen in verschillende artikelen aangepast. Het is niet de bedoeling dat deze belanghebbenden pas betrokken worden bij een voorgenomen besluit, in die fase heeft de zorgaanbieder belangrijke keuzes al gemaakt. Het is voor een effectieve inbreng nodig dat belanghebbenden eerder, namelijk op het moment dat er sprake is van knelpunten of een bezinning op het toekomstig zorgaanbod en als er nog verschillende scenario's mogelijk zijn, hun inbreng kunnen leveren. Dit betekent dat zij geïnformeerd moeten worden zodra overwogen wordt om over te gaan tot opschorting of beëindiging, dus voordat het proces van besluitvorming start. Er is daarom bepaald dat de hiervoor genoemde groepen vroegtijdig worden betrokken bij de voorbereiding van het besluit. Voorafgaand aan dit wijzigingsbesluit stond in het Uitvoeringsbesluit nog dat de inspectie en het traumacentrum "tevoren" moeten worden geïnformeerd, dat "tevoren" met de zorgverzekeraar moet worden overlegd, dat colleges van B&W en de voorzitter van de veiligheidsregio "tevoren" moeten worden betrokken en dat onzekerheden bij inwoners "tevoren" moeten worden weggenomen. In de Uitvoeringsregeling is het begrip "tevoren" in een aantal van deze gevallen nader uitgewerkt in die zin dat nog wezenlijke invloed kan worden uitgeoefend op het besluit. Door de onderhavige wijzigingen is benadrukt dat dit alles vroegtijdig moet geschieden, niet pas als er alleen nog maar gekozen kan worden uit een paar opties of modaliteiten of flankerend beleid, maar al in de fase van het constateren van knelpunten en verkennen van oplossingsrichtingen.

2.4 Aanpassen bepaling bereikbaarheidsanalyse

Alvorens een zorgaanbieder over kan gaan tot het beëindigen of opschorten van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie, moet hij een bereikbaarheidsanalyse vragen aan het RIVM. Op basis van het gewijzigde Uitvoeringsbesluit moet dat vroegtijdig gebeuren. De resultaten van deze analyse dient de zorgaanbieder te betrekken in het continuïteitsplan. Ook moeten de resultaten gedeeld worden met burgers die de zorgaanbieder betreft bij de beëindiging of opschorting van het aanbod van acute zorg en met de betrokken colleges van burgemeester en wethouders. De bepaling over de bereikbaarheidsanalyse is op een aantal technische punten aangepast. Zo is duidelijker tot uitdrukking gebracht dat de bereikbaarheidsanalyse een berekening betreft en geen beoordeling en is mogelijk gemaakt dat de berekening niet in alle gevallen gebaseerd wordt op de aanrijtijden per ambulance. Bij ministeriële regeling kan als gevolg daarvan bepaald worden dat het bijvoorbeeld bij een huisartsenspoedpost of beoordelingslocatie acute psychiatrie gaat om de aanrijtijden per auto.

2.5 Nadere regels medewerking zorgplicht zorgverzekeraar

Een zorgaanbieder die voornemens is het aanbod van acute zorg (deels) op te schorten of te beëindigen moet voor zover dat redelijkerwijs kan worden gevergd meewerken met de zorgplicht van de zorgverzekeraar, indien uit de bereikbaarheidsanalyse blijkt dat de bereikbaarheidsnormen worden overschreden. Bij ministeriële regeling kunnen hierover nadere regels worden gesteld. In de Uitvoeringsregeling is bepaald dat indien de bereikbaarheidsnorm wordt overschreden, de zorgaanbieders die voornemens zijn om het aanbod van acute zorg (deels) op te schorten of te beëindigen in het continuïteitsplan toelichten hoe de medewerking aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar wordt vormgegeven. Dit kan bijvoorbeeld door aan te geven hoe de zorgaanbieder met andere

⁵ Artikel 3a, tweede lid, van de Wkkgz.

zorgaanbieders afspraken heeft gemaakt over de beschikbaarheid van voldoende tijdige acute zorg.

2.6 Evaluatie bepaling acute zorg

De Wkkgz voorziet in een evaluatiebepaling. Bij de laatste wetsevaluatie uit 2021 was artikel 3a van de Wkkgz geen onderdeel van die evaluatie, omdat het artikel toen nog niet in werking was getreden. Om te waarborgen dat het specifieke onderdeel van de eisen aan de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg wordt geëvalueerd, is in dit besluit een evaluatiebepaling opgenomen. Zo kan onder andere worden geëvalueerd of het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling bijdragen aan zorgvuldige besluitvorming over wijzigingen in het aanbod van acute zorg. De evaluatie is voorzien uiterlijk vijf jaar na inwerkingtreding van dit wijzigingsbesluit.

3. Regeldruk, financiële effecten gemeenten en fraude

3.1 Regeldruk

De volgende wijzigingen hebben gevolgen voor de regeldruk:

- Met betrekking tot het gewijzigde artikel 3a van de Wkkgz is gekozen om het adviesrecht van de burgemeester te laten gelden voor de zorgaanbieders die vallen onder de reikwijdte van de huidige regels over de besluitvormingsprocedure bij het geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van acute zorg op een bepaalde locatie. Deze zorgaanbieders zijn traumacentra, overige ziekenhuizen, huisartsenspoedposten, acute ggz en dienstapotheken. In de berekening van regeldruk wordt er vanuit gegaan dat er jaarlijks discussie is over het (deels) opschorten of beëindigen van acute zorg in ziekenhuizen op twee locaties en bij twee huisartsenspoedposten, waarover de betreffende gemeenten advies willen uitbrengen.⁶
- Het vervangen van “tevorens” door “vroegtijdig” kan gevolgen hebben voor de regeldruk. Doordat belanghebbenden vroegtijdiger betrokken worden, in een situatie waarin nagedacht wordt over het toekomstige aanbod van acute zorg, zullen er ook bijeenkomsten zijn in gevallen waar uiteindelijk geen gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg aan de orde is. Verondersteld is dat het hierbij gaat om twee gevallen per jaar.
- Het aantal situaties waarin een bereikbaarheidsanalyse moet worden aangevraagd bij het RIVM wijzigt niet. Bereikbaarheidsanalyses worden in de praktijk al in een vroegtijdig stadium aangevraagd bij het RIVM.

Regeldruk adviesrecht gemeenten (jaarlijkse effecten in euro's per casus)⁷:

Taak	zorgaanbieders	inwoners
Advies vragen aan gemeente	256 (1 uur B + 2 uur HOK)	
Advies uitbrengen door gemeente op basis van overleggen met zorgaanbieder, regionaal overleg acute zorgketen, andere burgemeesters, inwoners uit de regio	9,950 (25 uur B, 25 uur HM, 50 uur HOK, 25 uur A)	3.550 (50 uur HOK)
Advies vragen aan inspectie	256 (1 uur B + 2 uur HOK)	
Reactie zorgaanbieder op adviezen	1.710 (5 uur B, 5 uur HM, 10 uur HOK)	
Totaal	12.172	3.550

⁶ Beoordelingslocaties acute ggz sluiten tot op heden niet, bij het sluiten van een dienstapotheek zal zelden een advies worden uitgebracht door een gemeente.

⁷ Tarieven in euro per uur per functionaris Bestuurder (B, S18) 114, Hoge manager (HM, S14) 86, Hoogopgeleide kenniswerker (HOK, S12) 71, Administratief personeel (A, S10) 56.

Per casus bedraagt de regeldruk circa 15.722 euro. Uitgaande van 4 gevallen per jaar circa 62.888 euro per jaar.

Regeldruk vroegtijdig betrekken belanghebbenden (jaarlijkse effecten in euro's per casus)

Taak	zorgaanbieders	inwoners
Bijeenkomst met gemeenten	867 (2 uur B, 2 uur HM, 5 uur HOK, 2 uur A)	
Bijeenkomst Regionaal overleg acute zorgketen	867 (2 uur B, 2 uur HM, 5 uur HOK, 2 uur A)	
Bijeenkomst met inwoners uit de regio	867 (2 uur B, 2 uur HM, 5 uur HOK, 2 uur A)	1.775 (25 uur HOK)
Totaal	2.601	1.775

Per casus bedraagt de regeldruk circa 4.376 euro. Uitgaande van 2 gevallen per jaar circa 8.752 euro per jaar.

Per doelgroep bedraagt de structurele regeldruk per jaar

Zorgaanbieders: 53.890 euro

Inwoners: 17.750 euro

Totaal: 71.640 euro

Eenmalige kennisnemingseffecten:

Uitgaande van 300 zorgaanbieders (traumacentra, overige ziekenhuizen, huisartsenspoedposten, aanbieders van acute ggz, dienstapotheken), 100 inwoners (25 inwoners per casus): 300 x 1 uur B (zorgaanbieders) plus 400 x 1 uur HOK (zorgaanbieders en inwoners) = 62.600 euro, waarvan 55.500 euro voor zorgaanbieders en 7.100 euro voor inwoners.

3.2 Financiële effecten gemeenten

Taak	gemeenten
Advies uitbrengen door gemeente op basis van overleggen met zorgaanbieder, regionaal overleg acute zorgketen, andere burgemeesters, inwoners (4x)	79.600 (4x (50 uur B, 50 uur HM, 100 uur HOK, 50 uur A))
Bijeenkomst met gemeenten (2x)	1.166 (2x(2 uur B, 5 uur HOK))

Uitgaande van 4 adviezen en 2 bijeenkomsten per jaar gaat het voor gemeenten om ca. 80.766 euro per jaar. Eenmalige kennismakingskosten bedragen circa 342x (1 uur B en 1 uur HOK) = 63.270 euro (voor 342 gemeenten tezamen).

3.3 Fraude

De fraudetoets is op deze wijziging niet van toepassing

4. Consultatie

4.1 Internetconsultatie

Internetconsultatie van een concept van het besluit heeft plaatsgevonden van 15 september 2025 tot en met 27 oktober 2025. De wijzigingen in het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling zijn gezamenlijk geconsulteerd. In het kader van de internetconsultatie zijn 18 reacties ontvangen; deze zijn alle openbaar. 14 reacties komen van organisaties en 4 van een particulier. Hieronder worden de belangrijkste opmerkingen uit de internetconsultatie die betrekking hebben op dit besluit samengevat en wordt

aangegeven tot welke aanpassingen de opmerkingen hebben geleid in de artikelen of de toelichting. De opmerkingen die zijn gerelateerd aan de wijziging van de Uitvoeringsregeling worden in de toelichting bij die regeling besproken.

Reikwijdte gewijzigd artikel 3a van de Wkkgz

Er zijn diverse kritische reacties ontvangen over het gewijzigde artikel 3a van de Wkkgz. Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vragen om duidelijke kaders voor de inhoud en de tijdigheid van de adviezen van de burgemeester en de inspectie. Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) Euregio en GGD GHOR Nederland geven aan dat de wijziging van artikel 3a van de Wkkgz ten onrechte de indruk wekt dat gemeenten mee beslissen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geeft aan dat de wijziging kan leiden tot verkeerde verwachtingen. In Een vindt onduidelijk wat een zwaarwegend advies inhoudt en vreest vertraging. UMCNL vreest dat politieke belangen de overhand krijgen boven kwaliteit. De Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) daarentegen, samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de gemeenten met een regionaal ziekenhuis, achten de wijziging van artikel 3a van de Wkkgz een verbetering, maar zijn van mening dat de bezwaren van gemeenten en burgers nog steeds genegeerd kunnen worden.

In reactie op deze commentaren wordt opgemerkt dat bij dit besluit niet de tekst van artikel 3a van de Wkkgz kan worden gewijzigd. Artikel 3a van de Wkkgz biedt evenmin een grondslag om bij amvb kaders te stellen aan de inhoud of de tijdigheid van de adviezen van de burgemeester of de inspectie. Met het oog op een goede invulling van de rol van zowel zorgaanbieders als burgemeesters is de 'Handreiking voor de regionale dialoog bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg en ziekenhuiszorg'⁸ aangepast en zijn daarin aanbevelingen opgenomen. Deze kunnen bijdragen aan het verhelderen van ieders rol. Ook kunnen deze het gesprek tussen zorgaanbieders en gemeenten vergemakkelijken.

"Tevoren" vervangen door "vroegtijdig"

Het LNAZ en GGD GHOR Nederland zijn blij met het vervangen van het woord "tevorens" door het woord "vroegtijdig", het sluit aan bij wat altijd al de bedoeling was. Het LNAZ hanteert in haar handreiking voor de wijziging van het aanbod van acute zorg ook het woord "vroegtijdig".

Aanpassing bepaling bereikbaarheidsanalyse

LNAZ en UMCNL vinden dat met de aanpassing duidelijker wordt dat het RIVM geen oordeel velt over de bereikbaarheid, maar een objectieve berekening maakt.

Eisen stellen aan meewerken aan zorgplicht zorgverzekeraar

De NVZ vraagt aandacht voor het feit dat de zorgaanbieder de medewerking verleent "die redelijkerwijs geleverd kan worden". Dit is zo gehandhaafd in het Uitvoeringsbesluit. Wel is het verduidelijkt in de toelichting op dit besluit. De NVZ verzoekt verder om wanneer de inspectie positief adviseert over een wijziging in het zorgaanbod, zorgverzekeraars eraan te houden dit besluit te faciliteren en gelijk gericht te verwerken in de zorginkoop. In het kader van dit besluit en de bijbehorende Uitvoeringsregeling kunnen echter geen verplichtingen worden opgelegd aan zorgverzekeraars. Deze opmerking leidt niet tot wijziging van het Uitvoeringsbesluit.

4.2 Voorhang Eerste en Tweede Kamer

PM

5. Toetsen

⁸ Handreiking voor de regionale dialoog bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg en ziekenhuiszorg.

5.1 Toezicht- en handhavingstoets Inspectiegezondheidszorg en jeugd

De belangrijkste opmerking van de inspectie in haar Toezicht- en Handhaafbaarheidstoets heeft betrekking op de adviesrol van de inspectie in het kader van gewijzigde artikel 3a van de Wkkgz.

De inspectie geeft aan dat het erop lijkt dat de inspectie de taak wordt toegekend om advies te geven over de weging tussen kwaliteit van zorg en andere aspecten die gepaard gaan met het voortzetten van een onderneming, zoals capaciteitstekorten en efficiency. Dit sluit volgens de inspectie niet aan bij haar toezichtstaak, die betrekking heeft op kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie geeft in geen enkel geval een inhoudelijk oordeel over de weging tussen kwaliteit van zorg en andere aspecten zoals capaciteitstekorten en efficiency of over de weging tussen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van (acute) zorg in de regio in de continuïteitsplannen van de zorgaanbieder. De inspectie verzoekt de wetgever dit element te wijzigen en passend te maken bij de rol van de inspectie.

In paragraaf 2.2 van deze toelichting is een tekstuele aanpassing gedaan naar aanleiding van het advies van de inspectie. Echter door middel van dit besluit kan het gewijzigde artikel 3a van de Wkkgz niet worden aangepast. De wetgever heeft de inspectie deze adviestaak opgedragen. Deze opmerkingen kunnen daarom niet leiden tot wijziging van het Uitvoeringsbesluit. De inspectie heeft omschreven wat wel en wat niet in het zwaarwegend advies van de inspectie kan worden opgenomen. Daarvan is kennisgenomen. Ook wordt onderschreven dat, zoals de inspectie aangeeft, de zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk blijft voor het leveren van goede zorg.

De inspectie geeft aan dat "vroegtijdig" minder concreet is dan "tevoren" en daarmee ingewikkelder is om te toetsen. Ook vraagt de inspectie te verduidelijken wie "betrokkenen" zijn. Als gevolg hiervan is de toelichting aangescherpt. Tegelijkertijd is "vroegtijdig" inderdaad minder concreet dan "tevoren". Dit kan echter niet nader worden ingekaderd. Elk besluitvormingsproces verloopt immers anders. Soms gaat het over een wijziging op lange termijn, soms over een wijziging op korte termijn. De impact op "betrokkenen" kan dan ook heel verschillend zijn en dat maakt dat "vroegtijdig" ook lastig eenduidig te omschrijven is. De inspectie kan daarover in gesprek treden met de zorgaanbieder en aan de hand van de concrete omstandigheden beoordelen of de aanbieder aan zijn verplichtingen heeft voldaan. "Betrokkenen" zijn alle partijen die worden genoemd in het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling: de traumacentra, de ROAZ-partners, de inspectie, de zorgverzekeraars, de colleges van B&W, de inwoners, de voorzitter van de veiligheidsregio.

Het is voor de inspectie niet duidelijk wanneer de zorgaanbieder voldoende heeft meegewerkt aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Deze onduidelijkheid kan de indruk wekken dat de zorgplicht van de zorgverzekeraar wordt beperkt.

Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling de zorgplicht van de zorgverzekeraar in te perken. Getracht is de medewerking die redelijkerwijs van de zorgaanbieder kan worden verwacht zo concreet mogelijk te maken door in de Uitvoeringsregeling aanvullende eisen te stellen aan het continuïteitsplan. Uiteindelijk besluit de zorgaanbieder zelf over een eventuele sluiting of opschorting.

Tenslotte vraagt de inspectie aandacht voor de extra regeldruk, in het bijzonder voor relatief kleine zorgaanbieders als aanbieders van acute ggz en dienstapotheken. In paragraaf 3.1 is de regeldruk berekend, het Adviescollege toetsing regeldruk heeft hierover geadviseerd.

5.2 Toezicht- en handhavingstoets Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet geen negatieve gevolgen voor het toezicht op en handhaafbaarheid van de zorgplicht. Wel wil de NZa benadrukken dat het reeds bestaande proces dat zorgaanbieders én zorgverzekeraars moeten doorlopen bij opschortingen en/of sluitingen van acute zorg gedetailleerd is omschreven. Het proces wordt doorgaans

nauwkeurig én vroegtijdig uitgevoerd. De NZa ziet er tijdens dit proces op toe dat de zorgverzekeraar zich tot het uiterste inspant om aan zijn zorgplicht te voldoen. Het verder aanscherpen van het proces met verplichtingen gaat naar verwachting van de NZa niet leiden tot minder opschortingen en/of sluitingen van acute zorg. Door het proces te veranderen, verandert de uitkomst naar verwachting van de NZa niet.

Het is inderdaad niet uitgesloten dat bij een nog zorgvuldiger besluitvormingsproces de uitkomst niet verandert. De zorgaanbieder beslist uiteindelijk welke zorg hij levert. Het besluit kan wel beter gedragen zijn en met meer waarborgen omkleed door belanghebbenden vroeger en beter te betrekken. Dat is wat dit besluit beoogt.

5.3 Regeldruktoets door het Adviescollege toetsing regeldruk

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft op 16 oktober 2025 geadviseerd het besluit niet in te dienen. Indien het voorstel verder in procedure wordt gebracht gaat de ATR ervan uit dat de toelichting per adviespunt duidelijk maakt op welke wijze rekening is gehouden met het advies. Op 4 maart 2026 heeft de ATR een nader advies uitgebracht op de gewijzigde versie van het onderhavige besluit. Daarin geeft de ATR aan dat de toelichting op onderdelen is aangevuld, maar dat aanvullende toelichting nodig is met betrekking tot de probleemanalyse en de effectiviteit en de werkbaarheid van de maatregelen. In de onderstaande tabel staan de adviespunten van ATR en wat daarmee is gebeurd.

Advies ATR	Verwerking in deze nota van toelichting
Wanneer het probleem zich voordoet (1.1)	In de toelichting is het probleem uitgebreider omschreven.
Monitor- of evaluatiebepaling opnemen en tussentijds bezien welke lessen kunnen worden getrokken (1.2)	Evaluatiebepaling opgenomen. De ontwikkelingen in de praktijk zullen worden gevolgd via contacten van VWS met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ROAZ-en.
Minder belastende alternatieven (2.1)	Overwogen is de reikwijdte van het gewijzigde artikel 3a van de Wkkgz verder in te perken. Het in het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling omschreven besluitvormingsproces zou dan echter een andere reikwijdte hebben dan artikel 3a Wkkgz (nieuw), waardoor de burgemeester in sommige gevallen wel betrokken moet worden, maar niet in de gelegenheid hoeft te worden gesteld een advies uit te brengen. Dat is niet werkbaar in de praktijk, daarom is daar niet voor gekozen. Tevens is overwogen om de wijzigingen van het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling te beperken tot het regelen van de reikwijdte van het adviesrecht. In dat geval zou echter niet geborgd zijn dat de burgemeester zijn advies mede kan baseren op informatie die in het ROAZ wordt gewisseld.
Werkbaarheid van de maatregelen (3.1)	De werkbaarheid voor de praktijk is bevorderd door de reikwijdte van artikel 3a van de Wkkgz aan te laten sluiten bij de bestaande doelgroep. Het is werkbaar

	om belanghebbenden "vroegtijdig" te betrekken in plaats van "tevore", het LNAZ geeft aan dat het begrip "vroegtijdig" goed aansluit bij de handreiking die het LNAZ al heeft.
Bij regeldruk verduidelijken om welke inwoners het gaat, optelling structurele effecten per doelgroep, uitsplitsing eenmalige effecten naar doelgroep (4.1)	Verwerkt conform advies

5.4 Uitvoeringstoets RIVM

Het RIVM heeft op 22 oktober 2025 een uitvoeringstoets uitgebracht. Het RIVM geeft aan de tekst van artikel 8a.4, eerste lid, onderdeel g, zoals deze op dat moment was geformuleerd op een tweetal punten onduidelijk te vinden. Deze punten zijn verduidelijkt in dit besluit.

Het RIVM ondersteunt het voorstel om duidelijk te maken dat het in het kader van de bereikbaarheidsanalyse gaat om een berekening en niet om een beoordeling. Na overleg is het voor het RIVM helder dat er geen wijzigingen zijn in het bereikbaarheidsmodel dat het RIVM hanteert voor de berekeningen. Er verandert niets in de berekening van de 45-minutennorm, noch in de wijze waarop het RIVM de bereikbaarheid van huisartsenspoedposten of acute ggz berekent. Voor de bereikbaarheid van de SEH, acute verloskunde gaat het om de bereikbaarheid per ambulance, voor de bereikbaarheid van huisartsenspoedposten en acute ggz gaat het om de bereikbaarheid per auto.

5.5 Uitvoeringstoets VNG

De VNG heeft gereageerd in het kader van de internetconsultatie en had niet de behoefte een uitvoeringstoets uit te brengen.

6. Inwerkingtreding

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.

II. Artikelsgewijze toelichting

Artikel I. Wijziging Uitvoeringsbesluit Wkkgz

Onderdeel A – Artikel 8a.1

Aan artikel 8a.1 is een tweede lid toegevoegd waarin wordt bepaald dat het nieuwe artikel 3a, tweede en derde lid, van de wet, van toepassing is op traumacentra, overige aanbieders van medisch-specialistische zorg die acute zorg verlenen, huisartsenspoedposten, aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die acute zorg verlenen en apotheken die in de avond, nacht en op zondag farmaceutische zorg verlenen. Op deze wijze wordt aangesloten bij de groep van zorgaanbieders die al eerder is aangewezen in artikel 8a.4, eerste lid. Voor deze groep aanbieders geldt dat zij een locatie voor acute zorg slechts kunnen sluiten als zij hebben voldaan aan het bepaalde bij of krachtens artikel 8a.4. Zie verder voor de toelichting hierop paragraaf 2.2 van het algemeen deel van deze nota van toelichting.

Onderdeel B – Artikel 8a.4

Subonderdeel 1 – Artikel 8a.4, eerste lid, onder a tot en met c

Met onderdeel 1 wordt bepaald dat de inspectie, het traumacentrum dat het regionaal overleg acute zorgketen organiseert en de zorgverzekeraar door de zorgaanbieder *vroegtijdig* worden geïnformeerd (en met de zorgverzekeraar worden overlegd) over het (deels) beëindigen of opschorten van het aanbod van acute zorg. Nu is enkel voorgeschreven dat zij "tevore" geïnformeerd moeten worden, met deze wijziging wordt bepaald dat zij vroegtijdig geïnformeerd moeten worden. Dit betekent dat zij geïnformeerd moeten worden zodra overwogen wordt om over te gaan tot opschorting of beëindiging. Deze wijziging is verder toegelicht in paragraaf 2.3 van het algemeen deel van deze nota van toelichting.

Subonderdeel 2 en 3 – Artikel 8a.4, eerste lid, onder d en e

In onderdeel 2 en 3 wordt bepaald dat de colleges van burgemeester en wethouders en, in bepaalde gevallen, de voorzitter van de veiligheidsregio, vroegtijdig bij de voorbereiding van de besluitvorming over het mogelijk opschorten of beëindigen van het aanbod van acute zorg betrokken moeten worden. Dit betekent dat zij al betrokken moet worden zodra overwogen wordt om over te gaan tot opschorting of beëindiging. Zie voor een toelichting hierop paragraaf 2.3 van het algemeen deel van deze nota van toelichting.

Subonderdeel 4 – Artikel 8a.4, eerste lid, onder f

Op grond van het nieuwe onderdeel f moet de zorgaanbieder tevens het perspectief van inwoners betrekken bij de besluitvorming omtrent opschorting of beëindiging, zodra wordt overwogen om over te gaan tot opschorting of beëindiging.

Subonderdeel 5 – Artikel 8a.4, eerste lid, onder g

Met deze wijziging wordt geregeld dat de bereikbaarheidsanalyse vroegtijdig aangevraagd moet worden bij het RIVM. Zie voor het gebruik van de term 'vroegtijdig' de toelichting bij subonderdeel 1 en paragraaf 2.2 van het algemeen deel van deze nota van toelichting. Verder bevat dit onderdeel een aantal aanpassingen van meer technische aard. Verduidelijkt is dat het RIVM niet oordeelt, maar een berekening uitvoert bij het maken van de bereikbaarheidsanalyse. Ook vervalt de verplichting om de berekening altijd te baseren op vervoer van de patiënt per ambulance. De berekening kan dan ook worden gebaseerd op de aanrijtijd per auto. Dit is al bestaande praktijk bij het berekenen van de aanrijtijden voor de huisartsenspoedpost en de acute GGZ. Met deze wijziging wordt daarbij aangesloten Dit wordt in de wijziging van de Uitvoeringsregeling nader uitgewerkt. Daarnaast is door opname van de woorden 'de daarvoor relevante normen inzake de bereikbaarheid van acute zorg' duidelijker gemaakt dat niet in alle gevallen een sluiting van het aanbod van acute zorg op de ene locatie gevolgen heeft voor het voldoen aan bereikbaarheidsnormen door een andere locatie. Met de huidige bereikbaarheidsnormen zoals opgenomen in artikel 8f van de Uitvoeringsregeling is dit alleen het geval voor de

spoedeisende hulp en afdelingen acute verloskunde. Dit blijft na deze wijziging ongewijzigd. Ten slotte is dit onderdeel in verband met de leesbaarheid opnieuw vormgegeven. Hiermee is geen wijziging in betekenis beoogd.

Subonderdeel 6 en 7 – Artikel 8a.4, tweede en derde lid

Het tweede en derde lid gaan over het verlenen van medewerking aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Het tweede lid is tekstueel aangepast om het aan laten sluiten bij het nieuwe eerste lid, onderdeel g. In het nieuwe derde lid is een grondslag opgenomen om bij ministeriële regeling regels te stellen over de medewerkingsplicht. In de Uitvoeringsregeling Wkkgz is bepaald dat in het continuïteitsplan aandacht besteed moet worden aan deze plicht.

Onderdeel C

In dit onderdeel wordt geregeld dat de bepalingen bij of krachtens hoofdstuk 8a van het Uitvoeringsbesluit uiterlijk vijf jaar na inwerkingtreding van de wijziging van dit besluit (en de onderliggende Uitvoeringsregeling) wordt geëvalueerd. Verwezen wordt naar hetgeen hierover opgemerkt wordt in paragraaf 2.6.

Artikel II. Inwerkingtreding

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van , nr. , houdende wijziging van de Uitvoeringsregeling Wkkgz in verband met versterken van de invloed van belanghebbenden op de besluitvorming over het aanbod van acute zorg

(KetenID WGK 028172)

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 8a.2, derde lid, en 8a.4, van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz;

Besluit:

Artikel I. Wijziging Uitvoeringsregeling Wkkgz

De Uitvoeringsregeling Wkkgz wordt als volgt gewijzigd:

A

Onder vervanging van de puntkomma aan het slot van de een na laatste begripsbepaling door een punt, vervalt in artikel 1 "wet: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg."

B

Artikel 8b wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste, tweede en vijfde lid, wordt na "artikel 8A.1," telkens ingevoegd "eerste lid,".
2. Onder vernummering van het vijfde tot en met het zevende lid tot zesde tot en met achtste lid, wordt een lid ingevoegd luidende:
 5. Indien de mogelijke gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van het aanbod van de acute zorg op een bepaalde locatie is geagendeerd voor het regionaal overleg acute zorgketen, wordt de burgemeester van de gemeente waar die locatie zich bevindt, uitgenodigd voor dit overleg.

3. In het achtste lid (nieuw) wordt "het zesde lid" vervangen door "het zevende lid".

C

In het tweede lid van artikel 8c wordt na "artikel 8A.1" ingevoegd ", eerste lid,".

D

In artikel 8d wordt in de aanhef en onderdeel g na "artikel 8A.1" ingevoegd ", eerste lid".

E

In artikel 8f, eerste lid, wordt in onderdeel d "met een ambulance" vervangen door "per auto".

F

Artikel 8h, derde lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vervanging van "; of" aan het slot van onderdeel a door een puntkomma en onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel b door "; of" wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

c. het vervangen van een afdeling spoedeisende hulp door een andere vorm van aanbod van acute zorg.

3. Het vierde lid komt te luiden:

4. De zorgaanbieder informeert het traumacentrum, onderscheidenlijk de traumacentra, van de regio of regio's waarin de zorgaanbieder zorg verleent vroegtijdig over de mogelijke gehele of gedeeltelijke opschorting of gehele of gedeeltelijke beëindiging van het aanbod van de acute zorg. Artikel 8g, tweede lid, over de bij het informeren te verstrekken gegevens is van overeenkomstige toepassing, waarbij de zorgaanbieder tevens de ideeën weergeeft die er zijn om de continuïteit en beschikbaarheid van acute zorg in de regio te borgen.

4. Het vijfde lid komt te luiden:

5. Indien naar aanleiding van de informatieverstrekking, bedoeld in het vierde lid, geen regionaal overleg wordt georganiseerd, start de zorgaanbieder vroegtijdig de in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel c, van het uitvoeringsbesluit bedoelde overleggen. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing op het overleg met de zorgverzekeraar waarmee de zorgaanbieder ter zake van de betrokken acute zorg een overeenkomst heeft gesloten, als die zorgverzekeraar niet aanwezig of vertegenwoordigd is bij het door het traumacentrum georganiseerde overleg.

5. Het zesde lid, komt te luiden:

6. Bij de overleggen, waaronder het regionaal overleg acute zorgketen, over de mogelijke opschorting of beëindiging betreft de zorgaanbieder de regionale ontwikkelingen met betrekking tot de vraag naar en het aanbod van zorg en licht toe hoe zijn voorstellen al dan niet passen binnen deze ontwikkelingen.

G

Artikel 8i wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. De zorgaanbieder, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, van het uitvoeringsbesluit, organiseert vroegtijdig een bijeenkomst voor colleges van burgemeester en wethouders van gemeenten in de omgeving, alsmede in het geval, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel e, van het uitvoeringsbesluit, voor de voorzitter

van de veiligheidsregio, over het voornemen tot opschorting of beëindiging van de acute zorg op een bepaalde locatie. In de bijeenkomst informeert de zorgaanbieder betrokkenen over de verschillende mogelijke scenario's alsmede de uitkomsten van de bereikbaarheidsanalyse en stelt hij hen in de gelegenheid vragen daarover te stellen en hun visies, wensen en zorgen daarover te uiten.

2. Er wordt een lid toegevoegd luidende:

6. De zorgaanbieder publiceert op het openbare gedeelte van zijn website:

- a. de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM, bedoeld in artikel 8a.4, eerste lid, onderdeel g, van het uitvoeringsbesluit;
- b. de schriftelijke of elektronische reacties van colleges van burgemeester en wethouders of de voorzitter van de veiligheidsregio, bedoeld in het vijfde lid;
- c. de mededeling van de zorgaanbieder, bedoeld in het vijfde lid alsmede de reactie op de zwaarwegende adviezen, bedoeld in de onderdelen d en e;
- d. indien van toepassing het zwaarwegend advies van de burgemeester, bedoeld in artikel 3a, tweede lid, van de wet; en
- e. indien van toepassing het zwaarwegend advies van de inspectie, bedoeld in artikel 3a, tweede lid van de wet.

H

Artikel 8j wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. De inspanning, bedoeld in artikel 8A.4, eerste lid, onderdeel f, van het uitvoeringsbesluit, houdt in dat de zorgaanbieder vroegtijdig een bijeenkomst organiseert voor die inwoners.
2. Onder vernummering van artikel 8j, tweede en derde lid tot derde en vierde lid, worden een lid ingevoegd, luidende:
 2. In de bijeenkomst informeert de zorgaanbieder de inwoners over de verschillende mogelijke scenario's alsmede de uitkomsten van de bereikbaarheidsanalyse en stelt hij hen in de gelegenheid vragen daarover te stellen en hun visies, wensen en zorgen daarover te uiten.

J

Onder verlettering van onderdeel c tot en met i tot g tot en met m worden in artikel 8m, de onderdelen b en c vervangen door vijf onderdelen, luidende:

- b. de reden voor de opschorting of beëindiging en de onderbouwing daarvan met feiten en cijfers op het gebied van personele capaciteit, kwaliteit en financiële situatie en wat de zorgaanbieder eraan heeft gedaan om de opschorting of beëindiging te voorkomen;
- c. naar welke alternatieven is gekeken en of die redelijkerwijs zouden leiden tot betere toegankelijkheid én goede en betaalbare zorg;

d. hoe de zorgaanbieder professionals binnen de eigen organisatie heeft betrokken in het besluitvormingsproces en waar hun inbreng toe heeft geleid;

e. hoe de voorgenomen beëindiging of opschorting past binnen de regionale ontwikkelingen met betrekking tot het aanbod van zorg;

f. indien de normen bedoeld in artikel 8f, eerste lid, worden overschreden, hoe de zorgaanbieder heeft meegewerkt aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar;

Artikel II. Inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Toelichting

I. Algemeen

1. Aanleiding

Zorgaanbieders die acute zorg aanbieden (waaronder ziekenhuizen) zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg. Dit houdt in dat de zorg van goede kwaliteit en van goed niveau is en in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is.¹ De keuze over de inrichting van het zorgaanbod op een bepaalde locatie ligt gelet op deze verantwoordelijkheid in de eerste plaats bij de zorgaanbieder. Deze moet de wettelijke verantwoordelijkheid voor het leveren van goede zorg waar kunnen maken. Bij deze verantwoordelijkheid hoort ook dat er een beslissing genomen kan worden om bepaalde vormen van acute zorg op een bepaalde locatie niet meer of beperkter aan te bieden als de kwaliteit van zorg niet langer gegarandeerd kan worden.

Tegelijkertijd is duidelijk dat een beslissing om acute zorg op een bepaalde locatie te beperken of te beëindigen grote gevolgen kan hebben voor mensen die in de nabijheid van die locatie wonen en dan in spoedsituaties mogelijk niet meer op hun vertrouwde plek terecht kunnen voor spoedzorg. Dat dit tot grote maatschappelijke onrust kan leiden, is herhaaldelijk gebleken. Een beslissing tot het beperken of beëindigen van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie moet daarom door de zorgaanbieder met grote zorgvuldigheid worden genomen. Daarbij is essentieel dat de zorgaanbieder breder kijkt dan de impact voor de eigen organisatie. Hij moet ook de gevolgen die een dergelijk besluit voor de omgeving heeft, zorgvuldig meewegen. De Tweede Kamer heeft herhaaldelijk uitgesproken dat de betrokkenheid van gemeenten, personeel en inwoners en patiënten bij fusies en/of sluiting van (delen van) ziekenhuizen van essentieel belang is. De Minister van VWS deelt deze opvatting.

Uit de praktijk blijkt dat gemeentebesturen en inwoners zich niet tijdig en niet voldoende betrokken voelen bij besluitvorming over wijzigingen in het aanbod van acute zorg. De Tweede Kamer heeft daar in diverse moties aandacht voor gevraagd.²

In hoofdstuk 8a van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (hierna: Uitvoeringsbesluit) zijn regels opgenomen omtrent de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg. Deze regels zijn nader uitgewerkt in hoofdstuk 3a van de Uitvoeringsregeling Wkkgz (hierna: de Uitvoeringsregeling). In samenhang met de aanpassing van het Uitvoeringsbesluit wordt met de onderhavige wijziging de Uitvoeringsregeling aangepast.

2. Doel van de wijziging van de regeling

Het doel van de wijzigingen van het Uitvoeringsbesluit en de wijzigingen in de Uitvoeringsregeling is te bewerkstelligen dat belanghebbenden een tijdigere en

¹ Artikel 2 en 3 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

² Kamerstukken II 2022/23, 29247, nr. 403, Vd Plas, in gesprek met VNG over betrokkenheid gemeenten bij ROAZ; Kamerstukken II 2022/23, 29247, nr. 404, Vd Plas, betrokkenheid verloskundigen en evaluatie amvb; Kamerstukken II 2022/23, 29247, nr. 410, Vd Berg en Bushoff, betrokkenheid patiëntenvertegenwoordiger en professionals bij ROAZ en verduidelijking rol DPG; Kamerstukken II 2022/23, 29247, nr. 413, Westerveld en Tielen, inhoudelijk gemotiveerd afwijken, eisen aan reactie zorgaanbieders; Kamerstukken II 2022/23, 29247, nr. 419, Drost en Tielen, aandacht bij sluitingen voor behoud personeel; Kamerstukken II 2022/23, 29247, nr. 424, Vd Plas, gemeenten betrekken bij ROAZ; Kamerstukken II 2022/23, 29247, nr. 425, Vd Berg en Bushoff, patiëntvertegenwoordiger in ROAZ; Kamerstukken II 2023/24, 29023, nr. 466, Dijk, instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten; Kamerstukken II 2024/25, 31765, nr. 888, Dobbe, instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten.

sterkere invloed kunnen hebben op de besluitvorming over het aanbod van acute zorg, als dit aanbod geheel of gedeeltelijk wordt beëindigd of opgeschort. Daarnaast is een aantal andere bepalingen opgenomen om zorgvuldige afwegingen bij besluitvorming over wijziging in het aanbod van acute zorg te bevorderen waarbij de inbreng van partners in de regio, burgemeesters en inwoners zichtbaar worden meegewogen.

3. Aanpassingen in de regeling

De belangrijkste wijzigingen in de regeling zijn:

1. De verplichting voor de zorgaanbieder om eventuele plannen voor wijziging van het aanbod van acute zorg in samenhang te bezien met regionale ontwikkelingen.

Bij een toenemende zorgvraag en schaars personeel kan de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komen. Samenwerking in de regio is steeds belangrijker om bij een toenemende zorgvraag en schaars personeel te borgen dat goede (acute) zorg beschikbaar en bereikbaar is voor iedereen. Een zorgaanbieder dient bij zijn besluiten dan ook rekening te houden met ontwikkelingen in de regio met betrekking tot de vraag naar zorg en het aanbod van zorg en in het continuïteitsplan te laten zien dat hij met deze ontwikkelingen heeft rekening gehouden door aan te geven hoe zijn besluit past binnen de regionale ontwikkelingen. De feitelijke ontwikkelingen in de zorg en de uitdagingen waar de verschillende regio's voor staan zijn bijvoorbeeld te vinden in de regiobeelden, regioplannen en in de beelden en plannen van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) die op grond van het Integraal Zorgakkoord³ en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord⁴ zijn en worden opgesteld. Zo is in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord afgesproken dat de medisch specialistische zorg – voor zover dat nog niet het geval is – onderdeel gaat uitmaken van de ROAZ- en regioplannen. Op basis van de genoemde akkoorden worden in de ROAZ- en regioplannen de afspraken beschreven die in de regio zijn gemaakt over de transformatie binnen het zorglandschap, en op hoofdlijnen wie welke zorg levert. Waarbij wordt geborgd dat het zorgaanbod regionaal samenhangend is en aansluit op de behoefte in de regio. Volgens het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord valt hieronder ook dat de beschikbaarheid en kwaliteit van de spoedeisende hulp en acute verloskunde in de regio worden geborgd en dat (streek)ziekenhuizen hierin samenwerken.

2. De verplichting voor het traumacentrum om de burgemeester van de gemeente uit te nodigen voor een ROAZ over een eventuele sluiting van aanbod van acute zorg in zijn gemeente.

Op grond van de gewijzigde Wkkgz moet de burgemeester voor het advies dat hij uitbrengt overleggen met het ROAZ. Om te zorgen dat de betreffende gemeente tijdig mee kan doen met gesprekken in het ROAZ over een eventuele sluiting en zo beter bij de besluitvorming wordt betrokken en de beschikking heeft over meer informatie indien hij een advies wenst uit te brengen, wordt het traumacentrum als organisator van het ROAZ verplicht de burgemeester voor dit overleg uit te nodigen.

3. Aanvullende eisen aan het continuïteitsplan.

³ Kamerstukken II, 2021/22, 31765, nr. 655.

⁴ Kamerstukken II, 2024/25, 31765, nr. 943.

Met het oog op het zeker stellen van de continuïteit van het aanbod aan acute zorg, het meewerken aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar en transparantie over de besluitvorming wordt een aantal extra eisen gesteld aan het continuïteitsplan dat de zorgaanbieder moet opstellen. Zo moet de zorgaanbieder in het continuïteitsplan aangeven wat hij eraan heeft gedaan om de opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg te voorkomen en naar welke alternatieven hij heeft gekeken. Het (deels) sluiten of opschorten van de zorg op een afdeling spoedeisende hulp (SEH) of afdeling acute verloskunde is een besluit met grote gevolgen voor patiënten en inwoners en moet daarom nog beter onderbouwd worden. De inspectie zal de continuïteitsplannen toetsen op het opnemen van deze elementen in het plan.

4. Openbare reactie op inbreng van burgemeester, colleges van B&W of voorzitter veiligheidsregio

In de huidige regeling is bepaald dat de zorgaanbieder schriftelijk of elektronisch moet reageren op de inbreng van colleges van burgemeester en wethouders of de voorzitter van de veiligheidsregio. In deze wijziging wordt om de transparantie van de besluitvorming te bevorderen bepaald dat dit ook openbaar op de website van de zorgaanbieder moet geschieden, zodat alle inwoners en andere betrokkenen van de afwegingen van de zorgaanbieder kunnen kennisnemen. Dat geldt ook voor het advies dat een burgemeester en de inspectie uitbrengen en de reactie van de zorgaanbieder daarop en voor de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM.

4. Regeldruk, financiële effecten gemeenten en fraude

4.1 Regeldruk

De volgende wijzigingen hebben gevolgen voor de regeldruk:

1. Uitnodigen van een burgemeester voor bepaalde ROAZ-overleggen. Verondersteld wordt dat er jaarlijks circa 2 gevallen van mogelijke sluitingen of opschortingen van afdelingen SEH of acute verloskunde in het ROAZ dienen te worden besproken en 2 van huisartsenspoedposten met per mogelijke sluiting 2 vergaderingen.
2. Regionale ontwikkelingen betrekken bij besluitvorming (uitgaande van 4 gevallen per jaar).
3. Advies burgemeester en inspectie en reactie daarop publiceren op website (uitgaande van 4 gevallen per jaar).
4. Aanvullen continuïteitsplan (uitgaande van 4 gevallen per jaar).

Regeldruk (jaarlijkse effecten in euro's)⁵:

Taak	zorgaanbieders
Gemeente uitnodigen voor ROAZ	568 (4x2x1 uur HOK)
Regionale ontwikkelingen betrekken bij besluitvorming	6.840 (4x (5 uur B, 5 uur HM, 10 uur HOK))
Stukken publiceren op website	224 (4 x 1uur A)
Aanvullen continuïteitsplan	3.640 (4x (1 uur B, 1 uur HM, 10 uur HOK))
Totaal	11.272

⁵ Tarieven in euro per uur per functionaris Bestuurder (B, S18) 114, Hoge manager (HM, S14) 86, Hoogopgeleide kenniswerker (HOK, S12) 71, Administratief personeel (A, S10) 56.

Eenmalige kennisnemingseffecten:

Uitgaande van 300 zorgaanbieders: 300×1 uur B plus 300×1 uur HOK = 55.500 euro.

4.2 Financiële effecten gemeenten

Uitgaande van 4 gevallen van sluitingen die in het ROAZ worden besproken en 2 vergaderingen per geval kunnen de financiële effecten voor gemeenten worden berekend op 4×2 (2 uur B + 5 uur HOK) = ca. 4.664 euro per jaar. Eenmalige kennismakingskosten bedragen circa $342 \times$ (1 uur B en 1 uur HOK) = 63.270 euro (voor 342 gemeenten tezamen).

4.3 Fraude

De fraudetoets is niet van toepassing.

5. Consultatie

5.1 Internetconsultatie

Internetconsultatie van een concept van onderhavige regeling heeft plaatsgevonden van 15 september 2025 tot en met 27 oktober 2025. De wijzigingen in het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling zijn gezamenlijk geconsulteerd. In het kader van de internetconsultatie zijn 18 reacties ontvangen; deze zijn alle openbaar. 14 reacties komen van een organisatie en 4 van een particulier. Hieronder worden de belangrijkste opmerkingen uit de internetconsultatie die betrekking hebben op de Uitvoeringsregeling samengevat en wordt aangegeven tot welke aanpassingen de opmerkingen hebben geleid in de artikelen van de regeling of de toelichting.

Geconsulteerde wijziging van de 45-minutennorm voor de SEH en acute verloskunde

Om bereikbaarheid een nadrukkelijker onderdeel te maken van de afwegingen van een zorgaanbieder over een eventuele wijziging in het aanbod van SEH zorg of acute verloskunde was in de internetconsultatie-versie van deze regeling de bestaande 45-minutennorm voor de SEH en de acute verloskunde vervangen door de norm dat de bereikbaarheid van een SEH of afdeling acute verloskunde door een sluiting niet mag verslechteren (hierna wordt deze norm aangeduid met: de veranderde bereikbaarheidsnorm). In het concept van de regeling zoals die in internetconsultatie is gebracht, zou deze veranderde bereikbaarheidsnorm leidend zijn voor de verplichting voor een zorgaanbieder om (voor zover redelijkerwijs kan worden gevergd) mee te werken aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Op dit voorstel voor de veranderde bereikbaarheidsnorm hebben veel partijen tijdens de internetconsultatie negatief gereageerd.

De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en de gemeenten met een regionaal ziekenhuis hebben gereageerd dat de veranderde bereikbaarheidsnorm lastig leesbaar is en de wens geuit dat de 45-minutennorm leidend blijft voor de beschikbaarheidsbijdrage totdat het groeipad voor de budgetbesteding is afgerond.

Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft verzocht de veranderde bereikbaarheidsnorm te heroverwegen. Een wetenschappelijke onderbouwing voor de nieuwe norm ontbreekt. Het LNAZ heeft vermeld zich zorgen te maken over de uitvoerbaarheid en vreest dat de nieuwe norm politiek gebruikt gaat worden om

noodzakelijke wijzigingen in het aanbod van acute zorg tegen te houden. Het ROAZ Zwolle heeft naar voren gebracht dat de nieuwe norm elke flexibiliteit wegneemt. Het ROAZ Limburg heeft gereageerd dat een verschuiving in reistijd kan helpen om kwaliteit en continuïteit van zorg te borgen. De Nederlandse Patiëntenfederatie (NPF) heeft aangegeven zich af te vragen of de veranderde bereikbaarheidsnorm wel haalbaar is en mist een afweging met kwaliteit. De NPF heeft de vraag gesteld of een patiënt niet beter af is met wat meer reistijd en dan wel goede kwaliteit. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft aangegeven de veranderde bereikbaarheidsnorm onwenselijk te achten en heeft gevraagd te wachten met de aanpassing van de norm totdat er een normenkader is voor de acute zorg. UMCNL heeft gemeld de veranderde bereikbaarheidsnorm niet uitvoerbaar, onrealistisch en niet evidence based te achten en vreest bestuurlijke blokkades op noodzakelijke aanpassingen van het zorgaanbod. De Federatie Medisch Specialististen (FMS) heeft als mening naar voren gebracht dat de veranderde bereikbaarheidsnorm leidt tot gedwongen open houden van SEH's ook als die niet adequaat bezet kunnen worden.

Deze reacties en de beoogde doorontwikkeling van budgetbekostiging hebben geleid tot een heroverweging. Besloten is om nu af te zien van aanpassing van de 45-minutennorm.

De aanpassing van de 45-minutennorm heeft raakvlakken met de doorontwikkeling van de budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp afdelingen. Deze budgetbekostiging wordt in 2027 ingevoerd als een eerste stap. Het kabinet werkt in dat kader aan het zogenoemde groeipad dat ingaat op de vraag hoe we tot een passend SEH-landschap in Nederland komen. Het is mogelijk de norm aanpassing hierbij te betrekken.

Daarbij speelt ook een rol dat ongewenst is als onjuiste interpretaties van de herziene bereikbaarheidsnorm gewenste of noodzakelijke ontwikkelingen in de weg staan. Uit de reacties op de voorgestelde wijziging viel bijvoorbeeld op te maken dat de wijziging zo kan worden geïnterpreteerd alsof het aanbod van acute zorg ook bij goede redenen nooit zou kunnen worden beëindigd (zie bijvoorbeeld de reacties van UMCNL of de FMS). Hoewel deze beeldvorming niet juist is⁶, zou introductie van de veranderde bereikbaarheidsnorm, ten onrechte de verwachting kunnen wekken dat alle SEH's en afdelingen acute verloskunde in alle gevallen open zouden moeten blijven. Dit zou een goede afweging door zorgaanbieders tussen kwaliteit en toegankelijkheid kunnen belemmeren. Dat zou ook een belemmering kunnen zijn om in de regio passende afspraken te maken over het aanbod van acute zorg.

Bovendien geeft ZN aan dat in de praktijk reeds voldaan wordt aan de norm dat een zorgaanbieder moet meewerken aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar rondom de beslissing tot het geheel of gedeeltelijk beëindigen van acute zorg op een bepaalde locatie. In dat licht is aanpassing van de bestaande 45-minutennorm niet nodig.

Met betrekking tot de door NVSHA gemaakte opmerkingen over de samenhang met de budgetbekostiging wordt tot slot nog het volgende opgemerkt. Door de invoering van budgetbekostiging voor de SEH per 1 januari 2027 vervalt de beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH. De beschikbaarheidsbijdrage voor acute verloskunde blijft bestaan, deze blijft gebaseerd op de 45-minutennorm zoals die is opgenomen in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG. De bepalingen in de

⁶ De veranderde bereikbaarheidsnorm bepaalde alleen of meegewerkt moest worden aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar (voor zover het redelijkerwijs van de aanbieder kan worden gevergd).

Uitvoeringsregeling hebben geen effect op de regels over deze beschikbaarheidsbijdrage.

Gemeente uitnodigen voor gesprek in het ROAZ over een eventuele sluiting

Het LNAZ heeft vermeld het van belang te achten dat de zorgaanbieder en de directeur Publieke Gezondheid (DPG) overleggen wanneer en hoe het lokaal bestuur betrokken kan worden bij besprekingen in het ROAZ over concrete gevallen van mogelijke sluitingen. Het LNAZ heeft verzocht de rol van de DPG in relatie tot de colleges van B&W te verduidelijken. UMCNL heeft aangegeven dat het ROAZ geen democratisch orgaan is. GGD GHOR Nederland heeft gereageerd dat de huidige regelgeving volstaat. De DPG neemt het publieke belang mee in het ROAZ. De NVSHA, de gemeenten met een regionaal ziekenhuis en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben naar voren gebracht dat gemeenten met een regionaal ziekenhuis betrokken moeten worden als agenda-lid en op het relevante agendapunt vanaf het allereerste moment dat een wijziging van de acute zorg in de regio op de agenda staat. ZN heeft gepleit voor een vertegenwoordiger namens de burger/patiënt in het ROAZ.

Deze opmerkingen hebben niet geleid tot aanpassing van de regeling. Het is van belang dat de burgemeester (of zijn vervanger) wordt betrokken in de besprekingen in het ROAZ over een mogelijke sluiting van aanbod van acute zorg, zodat hij inbreng kan leveren en informatie kan ophalen voor zijn eventuele advies. Er is in de Uitvoeringsregeling geen verplichting opgenomen om voor het ROAZ een vertegenwoordiger van burgers of patiënten uit te nodigen omdat het in de praktijk moeilijk uitvoerbaar is om een vertegenwoordiger te vinden die op representatieve wijze de belangen van patiënten en inwoners naar voren kan brengen.

Met betrekking tot de overige bepalingen in de voorgenomen wijziging van de Uitvoeringsregeling zijn in de internetconsultatie geen reacties ontvangen.

5.2 Voorhang bij de Eerste en de Tweede Kamer Pm

6. Toetsen

6.1 Toezicht- en handhavingstoets inspectie gezondheidszorg en jeugd

De inspectie vraagt in haar Toezicht- en handhavingstoets om artikel 8m, nieuw onderdeel c, beter uit te leggen. Naar aanleiding van deze opmerking is de bepaling verduidelijkt in de regeling. Dit onderdeel vraagt van de zorgaanbieder om aan te geven naar welke alternatieven is gekeken en of die alternatieven redelijkerwijs zouden leiden tot betere toegankelijkheid en tot betaalbare zorg. De inspectie ziet toe op goede en veilige zorg en dat kan ten koste gaan van nabijheid. De bedoeling van deze bepaling is dat de zorgaanbieder de bereikbaarheid en nabijheid van zorg in zijn afwegingen betreft, en dat alternatieven die óók kwalitatief goede zorg opleveren en een betere toegankelijkheid zouden opleveren en redelijkerwijs betaalbaar zijn, worden beschouwd en meegewogen.

Verder reageert de inspectie op de veranderde bereikbaarheidsnorm. Hiervoor is uiteengezet dat deze wijziging is geschrappt.

6.2 Uitvoerings- en handhaafbaarheidstoets door de Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet geen negatieve gevolgen voor het toezicht op en de handhaafbaarheid van de zorgplicht. Wel benadrukt de NZa dat het reeds bestaande proces dat zorgaanbieders én zorgverzekeraars moeten doorlopen bij opschortingen en/of sluitingen van acute zorg gedetailleerd is omschreven. Het proces wordt doorgaans nauwkeurig én vroegtijdig uitgevoerd. De NZa ziet er tijdens dit proces op toe dat de zorgverzekeraar zich tot het uiterste inspant om aan zijn zorgplicht te voldoen. Het verder aanscherpen van het proces met verplichtingen gaat naar verwachting van de NZa niet leiden tot minder opschortingen en/of sluitingen van acute zorg. Door het proces te veranderen, verandert de uitkomst naar verwachting van de NZa niet. Het is inderdaad niet uitgesloten dat bij een nog zorgvuldiger besluitvormingsproces de uitkomst niet verandert. De aanbieder beslist uiteindelijk welke zorg hij levert. Het besluit kan wel beter gedragen zijn en met meer waarborgen omkleed door belanghebbenden vroeger en beter te betrekken.

6.3 Adviescollege Toetsing Regeldruk

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft op 16 oktober 2025 geadviseerd de regeling niet vast te stellen. Als de regeling verder in procedure wordt gebracht gaat de ATR ervan uit dat de toelichting per adviespunt duidelijk maakt op welke wijze rekening is gehouden met het advies. Op 4 maart 2026 heeft de ATR een nader advies uitgebracht op de gewijzigde versie van het besluit en de regeling. Daarin geeft de ATR aan dat de toelichting op onderdelen is aangevuld, maar dat aanvullende toelichting nodig is met betrekking tot de probleemanalyse en de effectiviteit en de werkbaarheid van de maatregelen. In de onderstaande tabel staan de adviespunten van ATR en wat daarmee is gebeurd.

Advies ATR	Verwerking in deze nota van toelichting
Wanneer het probleem zich voordoet (1.1)	De toelichting is aangescherpt
Monitor- of evaluatiebepaling opnemen en tussentijds bezien welke lessen kunnen worden getrokken (1.2)	Evaluatiebepaling opgenomen in het Uitvoeringsbesluit. De ontwikkelingen in de praktijk zullen worden gevolgd via contacten van VWS met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ROAZ-en.
Doelen en maatregelen aan elkaar koppelen (1.3)	Zie onderstaand schema.
Minder belastende alternatieven (2.1)	De 45-minuten norm is ongewijzigd gebleven als gevolg van een nieuwe afweging na ontvangst van de reacties.
Werkbaarheid van de maatregelen (3.1)	De maatregelen zijn uitvoerbaar. Het is werkbaar om belanghebbenden "vroegtijdig" te betrekken in plaats van "tevoren", het LNAZ geeft aan dat het begrip "vroegtijdig" goed aansluit bij de handreiking die het LNAZ al heeft. Het is werkbaar om de burgemeester in bepaalde gevallen uit te nodigen voor een overleg of om het continuïteitsplan aan te vullen met onderbouwingen en

	alternatieven. In de evaluatie kan nadere aandacht worden besteed aan de werkbaarheid.
--	--

Relatie doelen en maatregelen:

Doel	Maatregel
Tijdigere en (daarmee) sterkere invloed belanghebbenden	<ul style="list-style-type: none"> • Burgemeester uitnodigen voor het ROAZ • Vroegtijdig het traumacentrum informeren • (Daarnaast in het Uitvoeringsbesluit op diverse plekken "tevore" vervangen door "vroegtijdig")
Bevorderen zorgvuldige afweging bij besluitvorming over wijzigingen in het aanbod van acute zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Aanvullende eisen aan het continuïteitsplan, o.a. in continuïteitsplan aangeven hoe de aanbieder zich heeft ingespannen voor de toegankelijkheid van zorg, welke alternatieven daarvoor zijn overwogen. • Openbaar maken adviezen en reacties. • Rekening houden met regionale ontwikkelingen

6.4 Uitvoerbaarheidstoets door het RIVM

Het RIVM heeft op 22 oktober 2025 een uitvoerbaarheidstoets uitgebracht. Het RIVM heeft gereageerd op de veranderde bereikbaarheidsnorm. Deze opmerkingen zijn niet meer relevant nu de 45-minutennorm niet aangepast wordt. Daardoor verandert er ook weinig tot niets in de werkzaamheden van het RIVM die voortvloeien uit het Uitvoeringsbesluit en de Uitvoeringsregeling. Het RIVM geeft aan dat het nu al voorkomt dat zorgaanbieders in het kader van het aanvragen van een bereikbaarheidsanalyse additionele analyses vragen aan het RIVM, dit kan de doorlooptijden verlengen en leiden tot knelpunten in andere taken.

Vanuit zijn expertise geeft het RIVM nog een aantal aandachtspunten mee:

- Houd waar mogelijk alvast rekening met nieuwe verschijningsvormen van spoedzorg.
- Pas op voor bureaucratiesering van het besluitvormingsproces over wijzigingen in het aanbod van acute zorg.
- Een langere afstand of reistijd betekent niet altijd minder toegankelijkheid, andere locaties kunnen immers betere voorzieningen hebben om veel patiënten te verzorgen.
- Een normenkader is gewenst voor borging van toegankelijkheid van acute zorg waarbij beschikbare bedden belangrijker zijn dan het aantal locaties.

Deze aandachtspunten leiden niet tot aanpassing van de regeling. Wel zullen zij worden meegewogen bij de verdere beleidsvorming met betrekking tot acute zorg.

6.5 Uitvoeringstoets VNG

De VNG heeft gereageerd in het kader van de internetconsultatie en heeft afgezien van het uitbrengen van een uitvoeringstoets.

II. Artikelsgewijs

Artikel I. Wijziging Uitvoeringsregeling Wkkgz

Onderdeel A – Artikel 1

De begripsbepaling van 'wet' vervalt omdat dit begrip ook al in artikel 1 van het Uitvoeringsbesluit is gedefinieerd. Dit betreft een technische wijziging, die verder geen inhoudelijke gevolgen heeft.

Onderdeel B – Artikel 8b

In het nieuwe vijfde lid wordt bepaald dat de burgemeester wordt uitgenodigd voor de ROAZ-vergadering waarvoor de gehele of gedeeltelijke opschorting of beëindiging van het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie in zijn gemeente is geagendeerd. Dit is toegelicht in paragraaf 3.2.

Daarnaast wordt de voorgenomen wijziging van het Uitvoeringsbesluit in deze regeling verwerkt door het verbeteren van de verwijzingen.

Onderdeel C en D

Dit betreft technische wijzigingen als gevolg van de wijziging van het Uitvoeringsbesluit (Stb.)

Onderdeel E – Artikel 8f

Voor het berekenen van de rijtijden naar de beoordelingslocatie acute psychiatrie gaat het RIVM uit van rijtijden per auto en niet per ambulance. Dit is reeds staande praktijk omdat een ambulance niet de gebruikelijke wijze van vervoer naar deze locatie is. Deze praktijk is met deze wijziging ook in de regelgeving opgenomen.

Onderdeel F – Artikel 8h

In sommige gevallen is het vragen van een bereikbaarheidsanalyse door het RIVM niet evenredig. Dat gaat bijvoorbeeld om een situatie waarin de acute zorg gedeeltelijk wordt opgeschort of beëindigd. Dit is geregeld in het reeds bestaande tweede lid. Om te voorkomen dat deze uitzonderingsgrond te ruim wordt uitgelegd is de mogelijkheid om van de uitzondering gebruik te maken weer begrensd in het derde lid. Met deze regeling wordt aan deze begrenzing een extra omstandigheid toegevoegd, namelijk de situatie dat de afdeling spoedeisende hulp wordt vervangen door een andere vorm van acute zorg. Als op de betreffende locatie andere acute zorg aangeboden blijft worden, bijvoorbeeld in de vorm van een spoedpoli voor bepaalde patiëntengroepen of een vorm van laagcomplexere spoedzorg, dan is er slechts sprake van een gedeeltelijke beëindiging van acute zorg. De aard en de gevolgen van een dergelijk besluit maken in dat geval echter wel noodzakelijk dat een bereikbaarheidsanalyse wordt uitgevoerd. Daarom is aan het derde lid toegevoegd dat als de gedeeltelijke opschorting of beëindiging van de acute zorg met zich meebrengt dat een afdeling spoedeisende hulp wordt vervangen door een andere vorm van aanbod van acute zorg, zoals bijvoorbeeld poliklinische spoedzorg, toch een bereikbaarheidsanalyse door het RIVM moet worden aangevraagd.

In het vierde en vijfde lid wordt in lijn met de wijziging van het Uitvoeringsbesluit verduidelijkt dat de zorgaanbieder die overweegt het aanbieden van acute zorg op een locatie geheel of gedeeltelijk te beëindigen of op te schorten de betrokken traumacentra in de regio of regio's waar de zorgaanbieder zorg verleent vroegtijdig informeert. Dit betekent dat zij geïnformeerd en betrokken moeten worden zodra overwogen wordt om over te gaan tot opschorting of beëindiging.

Met het woord 'vroegtijdig' wordt aangesloten bij de gewijzigde formulering in het Uitvoeringsbesluit. Verwezen wordt naar de toelichting bij die wijziging (Stb. ...)

In het zesde lid wordt vastgelegd dat een zorgaanbieder bij de keuzes die hij maakt rekening houdt met ontwikkelingen in de regio. Op die wijze wordt eraan bijgedragen dat er in de regio voldoende aanbod is van goede acute zorg. Dit wordt ook toegelicht in paragraaf 3.1 van het algemeen deel van deze toelichting.

Onderdeel G – Artikel 8i

In lijn met de wijzigingen in het Uitvoeringsbesluit en de wijzigingen in artikel 8h, wordt verduidelijkt dat de zorgaanbieder *vroegtijdig* een bijeenkomst organiseert voor de betrokken colleges van burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio. Met het woord 'vroegtijdig' wordt aangesloten bij de gewijzigde formulering in het Uitvoeringsbesluit. Verwezen wordt naar de toelichting bij die wijziging (Stb. ...).

Op grond van het bestaande vijfde lid moest de zorgaanbieder reeds reageren op de reacties van de colleges van de burgemeester en wethouders en de voorzitter van de veiligheidsregio die zijn ingediend naar aanleiding van de bijeenkomst. Met deze wijziging wordt bepaald dat deze reacties op het openbare deel van de website van de zorgaanbieder worden geplaatst. Hieronder wordt een voor een ieder eenvoudig vindbare en voor onbepaalde tijd toegankelijke plaats van de website verstaan. Daarnaast dient de zorgaanbieder op dezelfde wijze de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM, zoals bedoeld in artikel 8a.4, eerste lid, onderdeel g, van het Uitvoeringsbesluit en de zwaarwegende adviezen van de burgemeester en de inspectie te publiceren op zijn website, als deze adviezen zijn afgegeven op grond van artikel 3a, tweede lid, van de wet. Bij de publicatie van deze adviezen wordt ook de reactie van de zorgaanbieder op de adviezen gevoegd.

Onderdeel H – Artikel 8j

Om de leesbaarheid te vergroten is het eerste lid opgesplitst in twee nieuwe leden en is de tekst verduidelijkt. Hiermee is geen wijziging van betekenis beoogd. In lijn met de wijzigingen in het Uitvoeringsbesluit en de wijzigingen in onder meer artikel 8h wordt verduidelijkt dat de bijeenkomst met inwoners *vroegtijdig* wordt georganiseerd. Met het woord 'vroegtijdig' wordt aangesloten bij de gewijzigde formulering in het Uitvoeringsbesluit. Verwezen wordt naar de toelichting bij die wijziging (Stb. ...).

Onderdeel J – Artikel 8m

Zoals toegelicht in paragraaf 3.3 van het algemeen deel van de toelichting wordt er een aantal aanvullende eisen gesteld aan het continuïteitsplan. Het doel van deze aanvullende eisen is om de zorgvuldigheid van de besluitvorming te borgen.

Artikel II. Inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2027.



Aan

MVWS

Deadline: 12-5-2026

15/5/26

SG
Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Afdeling VZG

Ontworpen door

nota

(ter beslissing) Wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz in verband met het aanscherpen van regels omtrent zorgvuldige besluitvorming bij geheel of gedeeltelijk beëindigen of opschorten van het aanbieden van acute zorg

Datum Document

-

Kenmerk

4354372-1094411-WJZ

Bijlage(n)

-

1. Aanleiding

U heeft aan de Ministerraad voorgesteld om de wijziging van de regelgeving met betrekking tot de acute zorg voor te leggen aan beide kamers van de Staten-Generaal (zie nota met kenmerk 4357226-1094897-CZ). Het gaat om wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wet klachten en geschillen zorg; het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (hierna: besluit) en de Uitvoeringsregeling Wkkgz (hierna: regeling). Het doel van de wijzigingen is het aanscherpen van de regels over het besluitvormingsproces dat zorgaanbieders moeten volgen als ze overwegen het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te sluiten, met het oog op een betere betrokkenheid van gemeenten en inwoners. De MR is op 8 mei jl. akkoord gegaan met dit voorstel.

2. Geadviseerd besluit

U wordt verzocht om de brieven, waarmee het besluit en de regeling aan beide kamers van de Staten-Generaal worden voorgelegd, te ondertekenen.

Het besluit en de regeling ondertekent u in dit stadium nog niet.

3. Kernpunten

Voor een uitgebreid overzicht van de kernpunten van de regeling wordt verwezen naar de eerder genoemde nota, met kenmerk 4357226-1094897-CZ.



De belangrijkste wijzingen betreffen:

In het besluit:

- De reikwijdte van het zwaarwegend adviesrecht voor de burgemeester wordt vastgelegd (acute zorg in ziekenhuizen, huisartsenspoedposten, beoordelingslocaties acute psychiatrie en dienstapotheken);
- Belanghebbenden moeten niet "tevorens" maar "vroegtijdig" betrokken worden;
- Enkele technische correcties op het artikel over bereikbaarheidsanalyses;
- De mogelijkheid wordt gecreëerd om nadere eisen te stellen aan medewerking van zorgaanbieders aan de zorgplicht van zorgverzekeraars en
- Er is een evaluatiebepaling toegevoegd.

In de regeling:

- De verplichting voor de zorgaanbieder om eventuele plannen voor wijziging van het aanbod van acute zorg in samenhang te bezien met regionale ontwikkelingen ten aanzien van het aanbod van zorg;
- De verplichting voor het traumacentrum om de burgemeester van een gemeente uit te nodigen voor een Regionaal Overleg Acute Zorgketen over een eventuele sluiting van aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie;
- Aanvullende eisen aan het continuïteitsplan en
- Openbare reactie op de inbreng van de burgemeester, colleges van B&W of de voorzitter van de veiligheidsregio.

4. Toelichting

a. Draagvlak politiek

In het Coalitieakkoord benoemt het kabinet het voornemen om de overheid een meer sturende rol te geven op het zorglandschap van de toekomst, met meer regie op spreiding en concentratie.

In tal van moties is verzocht om aanscherping van de regelgeving met betrekking tot het besluitvormingsproces bij een wijziging van het aanbod van acute zorg. Daarnaast pleiten diverse moties voor het openhouden van specifieke afdelingen spoedeisende hulp of acute verloskunde, bijvoorbeeld in het Zuyderland ziekenhuis of het Spaarne Gasthuis.

b. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

In de nota van toelichting bij het besluit en de toelichting bij de regeling is ingegaan op de internetconsultatie. Aan de belangrijkste kritiek, op de eerder voorgestelde wijziging van de 45-minutennorm, is tegemoetgekomen. De redenen daarvoor zijn omschreven in paragraaf 5.1 van de toelichting bij de regeling.

In die paragraaf is ook ingegaan op de reden waarom bezwaren van een aantal partijen over de formele rol van de burgemeester, niet konden worden geadresseerd in het besluit of de regeling. Het gaat immers om een aangenomen amendement van de Tweede Kamer. Wel zal de handreiking met betrekking tot wijzigingen in het aanbod van ziekenhuiszorg in lijn met het amendement worden aangepast. U gaat hieraan werken en streeft ernaar deze handreiking aangepast te hebben per 1 januari 2027. De handreiking is dan beschikbaar op het moment dat de wijzigingen in het besluit en de regeling vaststaan (dit moet eerst het geval zijn voordat ook deze wijzigingen in de handreiking kunnen worden verwerkt) en deze wijzigingen tegelijk met het amendement op de Wkkgz in werking treden.

c. Arbeidsmarkteffecten zorg- en welzijnsveld

Niet van toepassing.

SG

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Afdeling VZG

Kenmerk

4354372-1094411-WJZ



d. Gevolgen administratieve lasten

De gevolgen voor de administratieve lasten zijn uitgewerkt in de beide toelichtingen. Lasten van de wijzigingen in het besluit en de regeling gezamenlijk:

- Structurele lasten voor aanbieders: 65.162 euro per jaar;
- Eenmalige lasten voor aanbieders: 111.000 euro;
- Structurele lasten voor inwoners: 17.750 euro per jaar;
- Eenmalige lasten voor inwoners: 7.100 euro;
- Structurele financiële effecten voor gemeenten: 85.430 euro per jaar;
- Eenmalige financiële effecten voor gemeenten: 126.540 euro.

SG

Directie Wetgeving en
Juridische Zaken
Afdeling VZG

Kenmerk

4354372-1094411-WJZ

e. Juridische aspecten haalbaarheid

De voorhangprocedure voor het besluit en de regeling vloeien niet voort uit een wettelijke verplichting, maar zijn opvolging van een toezegging. Voorhang van het besluit anticipeert ook op de nog niet in werking getreden wijziging van artikel 3a Wkkgz.

f. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

Afstemming met de directies Patiënt en Zorgordening (PZo), Zorgverzekeringen (Z) en Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ). Veldpartijen hebben gereageerd op de internetconsultatie. Toetsen zijn uitgebracht door het Adviescollege Toetsing Regeldruk, de NZa, de IGJ en het RIVM. Reacties op al deze inbreng is opgenomen in de nota van toelichting bij het besluit en de toelichting bij de regeling.

g. Toezeggingen

De toezegging om de aanpassingen aan het besluit en de regeling voor te hangen bij de Eerste en de Tweede Kamer wordt met het volgen van deze voorhangprocedure afgedaan.

h. Fraudetoets

N.v.t.

5. Informatie die niet openbaar gemaakt kan worden

Tot personen herleidbare gegevens zijn onleesbaar gemaakt vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.