

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 "tevoren" 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. InEen 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

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

5. Toetsen

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 inspanst 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 "tevoren", 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 “tevorens” 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,