STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 33806
30 september 2026

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 september 2026, kenmerk 4383088-1098349-WJZ, 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 WGK028172]

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 8a.2, derde lid, en 8a.4, derde lid, 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 in 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 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid wordt 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’ een onderdeel toegevoegd, luidende:

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

2. 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.

3. 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.

4. Het zesde lid komt te luiden:

6. Bij de overleggen, waaronder het regionaal overleg acute zorgketen, over de mogelijke opschorting of beëindiging betrekt 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,
S.Th.M. Hermans

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 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

[1] Artikel 2 en 3 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
[2] Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 403, Vd Plas, in gesprek met VNG over betrokkenheid gemeenten bij ROAZ; Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 404, Vd Plas, betrokkenheid verloskundigen en evaluatie amvb; Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 410, Vd Berg en Bushoff, betrokkenheid patiëntenvertegenwoordiger en professionals bij ROAZ en verduidelijking rol DPG; Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 413, Westerveld en Tielen, inhoudelijk gemotiveerd afwijken, eisen aan reactie zorgaanbieders; Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 419, Drost en Tielen, aandacht bij sluitingen voor behoud personeel; Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 424, Vd Plas, gemeenten betrekken bij ROAZ; Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 425, Vd Berg en Bushoff, patiëntvertegenwoordiger in ROAZ; Kamerstukken II 2023/24, 29 023, nr. 466, Dijk, instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten; Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 888, Dobbe, instemmingsrecht voor gemeenten, personeel en patiënten.

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 Zorgakkoord[3] en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord[4] 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.
   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 1 uur A)

[3] Kamerstukken II, 2021/22, 31 765, nr. 655.
[4] Kamerstukken II, 2024/25, 31 765, nr. 943.
[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.

Taak	Zorgaanbieders
Aanvullen continuïteitsplan	3.640 (4x (1 uur B, 1 uur HM, 10 uur HOK))
Totaal	11.272

Eenmalige kennisnemingseffecten:
Uitgaande van 300 zorgaanbieders: 300 x 1 uur B plus 300 x 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 4x2 (2 uur B + 5 uur HOK) = ca. 4.664 euro per jaar. Eenmalige kennismakingskosten bedragen circa 342x (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 beschikbaarheidbijdrage totdat het groeipad voor de budgetbekostiging 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 Specialisten (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 is[6], 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 beschikbaarheidbijdrage voor de SEH. De beschikbaarheidbijdrage voor acute verloskunde blijft bestaan, deze blijft gebaseerd op de 45-minutennorm zoals die is opgenomen in het Besluit beschikbaarheidbijdrage WMG. De bepalingen in de Uitvoeringsregeling hebben geen effect op de regels over deze beschikbaarheidbijdrage.

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

Een ontwerp van deze regeling is op 19 mei 2026 samen met de wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz aan beide kamers der Staten-Generaal gezonden[7]. Dit heeft niet geleid tot inhoudelijke opmerkingen.

[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).
[7] Kamerstukken II, 2025/26, 36 278, nr. 39.

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 betrekt, 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 geschrapt.

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	• Burgemeester uitnodigen voor het ROAZ • Vroegtijdig het traumacentrum informeren • (Daarnaast in het Uitvoeringsbesluit op diverse plekken ‘tevoren’ vervangen door ‘vroegtijdig’)

Doel	Maatregel
Bevorderen zorgvuldige afweging bij besluitvorming over wijzigingen in het aanbod van acute zorg	• 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 bureaucratisering 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.

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 laagcomplexe 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.

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.

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.

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.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.Th.M. Hermans