

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3075

Vragen van het lid **Dijk** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het artikel «Acute zorg in Nederland kraakt onder een tekort aan personeel»*¹ (ingezonden 17 juli 2025).

Antwoord van Minister **Bruijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 11 september 2025).

Vraag 1

Bent u op de hoogte van de langdurige sluiting van de spoedeisende hulp (SEH) van het Zuyderland Ziekenhuis in Sittard-Geleen? Wat vindt u van het feit dat deze afdeling naar verwachting pas in januari 2026 heropent?

Antwoord 1

Ja, ik ben door het Zuyderland ziekenhuis op de hoogte gesteld van de tijdelijke sluiting. Het betreft overigens geen sluiting van een spoedeisende hulp (SEH), maar van een acute zorgafdeling (AZA). Vanwege personeelskrapte is de SEH sinds oktober 2024 omgevormd tot een AZA. Als gevolg van (opnieuw) personeelskrapte sluit nu ook tijdelijk deze AZA. Het vinden van goed gekwalificeerd personeel is een uitdaging. Dat maakt dat zorgaanbieders, in dit geval het Zuyderland ziekenhuis, roosters lastig rond kunnen krijgen en nu noodgedwongen moeten kiezen voor een tijdelijke sluiting. Voor mij staat voorop dat iedereen in Nederland toegang moet hebben tot goede en veilige zorg. Bij mogelijke wijzigingen van het zorgaanbod in een regio is het daarom van belang dat er een juiste en zorgvuldige procedure gevolgd wordt. In dit soort situaties, zoals nu in Sittard-Geleen, moet een zorgaanbieder gemeenten en inwoners goed meenemen in wat er speelt en welke besluiten moeten worden genomen. Ook moeten er afspraken gemaakt worden met zorgpartners om zo de continuïteit en toegankelijkheid van de acute zorg voor patiënten in de regio te waarborgen. Zuyderland heeft mij laten weten dat het in goed gesprek is met de betrokken partijen. Verder zijn de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de NZa geïnformeerd over de situatie en zullen zij dit traject nauwlettend volgen. Deze situatie laat zien dat het belangrijk is dat regionale partijen afspraken maken over toekomstbestendige zorg, gegeven de stijgende zorgvraag en de personeelskrapte. Om de drukte in de acute zorg hanteerbaar te maken en de

¹ Trouw, 16 juli 2025, <https://www.trouw.nl/zorg/acute-zorg-kraakt-onder-tekort-personeel~b2dea4bc/>

beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg te borgen, is een goede samenwerking tussen de partijen in de acute zorgketen cruciaal. Met de afspraken in het «onderhandelaarsakkoord» van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord² (AZWA) wordt meer samenwerking om te komen tot toekomstbestendige zorg ondersteund. Daarnaast zet ik met het akkoord in op het terugdringen van een personeelstekort en een gelijkwaardige toegang tot zorg.

Vraag 2

Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het sluiten van een SEH? En in dit geval tijdelijk voor 6 maanden van de SEH in het Zuyderland ziekenhuis in Sittard-Geleen?

Antwoord 2

Het (tijdelijk) sluiten van een SEH of een AZA is een ingrijpende maatregel, die vraagt om een zorgvuldige afweging met oog voor patiëntveiligheid, regionale zorgbehoefte en personele capaciteit. Bij onderbezetting van personeel kan het veiliger zijn om de betreffende afdeling (tijdelijk) te sluiten, omdat een ziekenhuis mogelijk de kwaliteit van de zorg niet meer kan garanderen. Hierdoor kan bijvoorbeeld het beschikbare personeel worden ingezet op andere locaties, wat de kwaliteit van de zorg daar ten goede kan komen. Tegelijkertijd kan een sluiting gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van zorg, daarom vraagt dit om goede afspraken met de betrokken zorgpartners, om zo de continuïteit en toegankelijkheid van de acute zorg voor patiënten in de regio te waarborgen.

Ook bij de Acute Zorgafdeling in Sittard-Geleen lukt het niet om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken, waardoor het ziekenhuis noodgedwongen heeft besloten tot een tijdelijke sluiting. Vanuit het Zuyderland ziekenhuis zijn inmiddels verschillende acties (zoals gerichte communicatie, verkenning naar de inzet van buitenlandse verpleegkundigen, onderzoek of woningen kunnen worden aangeboden en de inzet van gepensioneerden) gestart om het tekort aan personeel in te lopen, waarvan deels rendement in de komende maanden verwacht wordt en deels het rendement een middellange- tot lange tijdlijn kent.

Vraag 3

Hoe beoordeelt u het feit dat het aantal SEH's in tien jaar is gedaald van 95 naar 79, en tegelijkertijd het aantal tijdelijke SEH-stops met 22% is toegenomen ten opzichte van een jaar eerder? Acht u dit een zorgwekkende trend? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Een goede duiding van het aantal SEH-sluitingen en -stops vereist om meer context dan alleen cijfers. Een toename van het aantal SEH-stops hoeft niet per se te duiden op een verslechtering van de toegankelijkheid van SEH-zorg. Een SEH-stop is namelijk een logistiek instrument en hulpmiddel om de zorgvraag op SEH's tijdens piekmomenten te reguleren. Een SEH-stop wordt gebruikt om vroegtijdig tijdelijke piekbelasting te kunnen melden, zodat ketenpartners kunnen uitwijken naar een andere locatie. Het instrument is daarmee van belang voor de samenwerking in de regio, tussen ziekenhuizen onderling, tussen ambulancediensten en ziekenhuizen en tussen huisartsen en ziekenhuizen en draagt bij aan de patiëntveiligheid en kwaliteit van de zorg. Bovendien kan een toename in het aantal geregistreerde SEH-stops ook betekenen dat er meer aandacht is voor het meten en rapporteren hiervan dan voorheen. De afname van het aantal SEH-locaties over de afgelopen tien jaar heeft daarom geen directe relatie met de toename van het aantal SEH-stops in het afgelopen jaar.

Vraag 4

Wat zegt volgens u de toename in SEH-stops en de toename in totale sluitingsduur over de staat van de acute zorg in Nederland?

² Kamerstukken II, 2024–2025, 31 765, nr. 937

Antwoord 4

Een toename in SEH-stops laat zien dat ziekenhuizen en regio's maatregelen nemen om piekbelasting te reguleren en de kwaliteit van zorg te waarborgen. Zoals in vraag 3 benoemd, is het inzetten van een SEH-stop een hulpmiddel om piekmomenten op te vangen en de patiëntveiligheid te garanderen. Daarbij worden patiënten omgeleid naar andere SEH's waar zij sneller geholpen kunnen worden en zijn ambulanceteams eerder inzetbaar voor een volgende oproep. Een SEH-stop betekent echter niet dat patiënten met een levensbedreigende acute zorgvraag geweigerd worden. Deze patiënten worden altijd gebracht naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar passende zorg verleend kan worden, ook als dat ziekenhuis een SEH-stop heeft afgekondigd. Ondanks dat bekend is dat de acute zorgsector onder druk staat door personeelstekorten en een stijgende zorgvraag, vormen een toename in SEH-stops en een toename in totale sluitingsduur op zichzelf dus geen indicatie over de staat van de acute zorg in Nederland.

Vraag 5

Deelt u de zorgen van gezondheidseconoom Schrijvers dat het risico op sterfgevallen toeneemt als patiënten verder moeten reizen voor acute zorg? Welke maatregelen treft u om dergelijke risico's te voorkomen in regio's waar SEH's sluiten?

Antwoord 5

Om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor alle Nederlanders te waarborgen ondanks een stijgende zorgvraag en beperkte beschikbare zorgprofessionals, ondergaat de acute zorg³ een transformatie. In het Integraal zorgakkoord (IZA) is afgesproken dat passende zorg zoveel mogelijk dichtbij wordt geleverd, en verder weg als het moet vanwege kwaliteitseisen of doelmatige inzet van dure infrastructuur en/of schaars personeel⁴. Zo werken de ROAZ-regio's aan de implementatie van zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie draagt bij aan het toegankelijk houden van de acute zorg door intensieve samenwerking binnen de gehele acute zorgketen in elke regio, het versterken van onderling vertrouwen en het slimmer op elkaar afstemmen van werkwijzen. Daarnaast hebben de ambulances zich de afgelopen decennia ontwikkeld van vervoersbedrijven tot geavanceerde aanbieders van eerste hulp en stabilisatie van patiënten. Daarmee kunnen steeds meer patiënten die thuis of op straat iets overkomt direct ter plaatsen geholpen worden. En wanneer transport naar het ziekenhuis nodig is, kunnen patiënten ter plekke en gedurende de rit steeds beter worden gestabiliseerd en voorbereid op behandeling.⁵ De ambulancesector werkt bovendien aan een nieuwe urgentie-indeling van de vraag naar ambulancezorg. Die kan ervoor zorgen dat in gevallen van de hoogste spoed ook daadwerkelijk sneller een ambulance ter plaatse is. Mijn streven is u nog in september over deze nieuwe urgentie-indeling te informeren. Voorts is het van belang dat zorgaanbieders die overwegen een SEH te sluiten de bestaande normen voor een zorgvuldig besluitvormingsproces in acht nemen, zodat zorgen van inwoners over de bereikbaarheid van de zorg goed worden meegewogen in de besluitvorming. Ook werk ik aan aanpassing van de regelgeving die ziekenhuizen verplicht zorgvuldig te handelen bij het sluiten van SEH-afdelingen. Voor een verdere toelichting verwijs ik naar het antwoord op vraag 8.

Vraag 6

Deelt u de analyse van internist Kremers dat SEH-problemen vaak veroorzaakt worden door haperende doorstroming naar andere zorgvormen (zoals verpleeghuizen en thuiszorg)? Zo ja, hoe is dit probleem ten aanzien van doorstroom ontstaan en wat gaat u hieraan doen?

³ Onder acute zorg vallen, maar niet uitsluitend, de huisartsenspoedposten, de acute geestelijke gezondheidszorg (ggz), de geboortezorg, de acute verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), diverse ziekenhuisafdelingen en de ambulancezorg.

⁴ Kamerstukken II, 2021–2022, 31 765, nr. 655

⁵ Kamerstukken II, 2023–2024, 29 247, nr. 394

Antwoord 6

Zoals de voormalig Minister van VWS op eerdere Kamervragen van het lid Bushoff op 5 maart 2025⁶ heeft geantwoord, ben ik niet op de hoogte van het aantal patiënten in ziekenhuizen die wachten op vervolgzorg buiten het ziekenhuis. Wel heeft mijn ambtsvoorganger onderzoek laten uitvoeren naar de uitstroom van cliënten uit het ziekenhuis naar wijkverpleging. Uit dit onderzoek van Equalis⁷ blijkt dat ziekenhuizen voor het merendeel van de cliënten geen problemen ervaren met het aanvragen van wijkverpleging; de gemiddelde zoektijd is minder dan één dag en meer dan 70% van de cliënten die wijkverpleging nodig heeft wordt op de gewenste dag ontslagen uit het ziekenhuis.

Het is aan de betrokken partijen om regionaal afspraken te maken over hoe de uitstroom van patiënten uit het ziekenhuis efficiënt vormgegeven kan worden en te voorkomen dat patiënten onnodig lang in het ziekenhuis verblijven. Verschillende regio's nemen initiatieven om de doorstroming te bevorderen. Zo werkt Friesland bijvoorbeeld met een centraal triageteam en zijn er tijdelijke opvanglocaties ingericht, om de overgang tussen ziekenhuis of SEH en thuis beter te organiseren. Hierdoor kunnen in deze regio vaker mensen na een bezoek aan de SEH of een ziekenhuisopname direct terug naar huis, in plaats van naar het verpleeghuis.

Vraag 7

Ziet u kansen om, zoals voorgesteld door gezondheidseconoom Schrijvers, lokaal acute-zorgopleidingen op te zetten om personeel sneller en gericht op te leiden? Zo ja, welke rol ziet u voor uzelf en het ministerie hierin? Zijn er al plannen in de regio Parkstad om dit op te zetten?

Antwoord 7

Onderwijsinstellingen en zorginstellingen hebben de mogelijkheid om de samenwerking te zoeken in het lokaal aanbieden van opleidingen die aansluiten op de acute zorgvraag. Het kan dan gaan over leertrajecten en bijscholing, of over het aanbieden van volledige initiële opleidingen in de regio, zoals bijvoorbeeld de opleiding Medisch Hulpverlener die nog niet in de regio wordt aangeboden. Met de recentelijk gepubliceerde Subsidieregeling Inrichten Opleidingsstructuur helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen⁸, stimuleer ik het organiseren van een structuur voor het opleiden van helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen.

Het Zuyderland werkt samen met de provincie Limburg en onderwijsinstellingen om de regionale arbeidsmarkt te versterken. In projecten zoals «In de Zorg – Uit de Zorgen» wordt ingezet op scholing, inclusiviteit en het aantrekken van nieuw personeel, waaronder statushouders. Met partners als de Open Universiteit, Zuyd Hogeschool en Gilde Opleidingen ontwikkelt het Zuyderland ziekenhuis leertrajecten en bijscholing die aansluiten op de zorgvraag en technologische ontwikkelingen. Daarnaast werkt het Zuyderland samen met werkgeversservicepunten en initiatieven als «De Zorgcampus», om een inclusieve arbeidsmarkt in de zorg te realiseren en duurzame werkgelegenheid te bevorderen.

Vraag 8

Hoe gaat u voorkomen dat ook in andere regio's SEH-afdelingen langdurig of structureel gesloten worden, zoals nu al gepland is in Heerlen (Zuyderland, 2030)?

Antwoord 8

Zoals de voormalig Minister van VWS in eerdere beantwoording van 5 maart 2025⁹ heeft beschreven, gaat de landelijke politiek niet over het openhouden of sluiten van ziekenhuisonderdelen zoals SEH's. Dat is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zelf. Alleen zorgaanbieders kunnen immers uiteindelijk beslissen of ze de kwaliteit van zorg kunnen borgen waaraan zij zijn gehouden. Er is voldoende gekwalificeerd personeel nodig om de kwaliteit

⁶ Kamerstukken II, 2024–2025, nr. 2025Z01805

⁷ Kamerstukken II, 2023–2024, 23 235, nr. 241

⁸ Inrichten opleidingsstructuur helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen | Subsidie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen

⁹ Kamerstukken II, 2024–2025, nr. 2025Z01805

van de zorg te waarborgen. Voor ziekenhuizen is vanwege de krapte op de arbeidsmarkt echter lastig om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken. Voor een nadere toelichting op mijn inzet rondom dit knelpunt verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 15. Verder is mijn inzet erop gericht om budgetbekostiging in te voeren. Het kabinet heeft een traject gestart om de spoedeisende hulp (SEH), de acute verloskunde en intensive care zorg (IC-zorg) te bekostigen op basis van een vast budget (met inkoop in representatie).

Daarnaast zet ik in op het beter borgen van de brede maatschappelijke belangen bij het wijzigingen in het zorgaanbod. Daartoe is het streven van het kabinet om regelgeving aan te passen die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken. Zoals eerder benoemd, zal ik de voorgenomen wijzigingen in de regelgeving in het najaar in internetconsultatie brengen.

In aanvulling en vooruitlopend op regelgeving, die nu eenmaal tijd kost, stel ik een handreiking op. Op dit moment leg ik de laatste hand aan deze handreiking. Mijn inzet is deze nog voor het commissiedebat acute zorg van 25 september naar uw Kamer te sturen.

Vraag 9

Op welke wijze wordt de regio Sittard-Geleen de komende maanden gecompenseerd voor het wegvallen van acute zorg? Zijn er extra ambulances, extra capaciteit elders of andere noodmaatregelen voorzien?

Antwoord 9

In dit soort situaties, zoals nu in Sittard-Geleen, moeten er afspraken gemaakt worden met zorgpartners, om zo de continuïteit en toegankelijkheid van de acute zorg voor patiënten in de regio te waarborgen. Zuyderland heeft mij laten weten dat het in goed gesprek is met de betrokken partijen, zoals huisartsen en ambulancediensten. De acute zorg wordt deels verplaatst naar de SEH in Heerlen en deels opgevangen op daarvoor ingerichte spoedpoli's in Sittard-Geleen. Voor oncologiepatiënten was er vanuit de afdeling al een spoedpoli, waar patiënten zonder tussenkomst van de acute zorgafdeling terecht kunnen. Deze wordt uitgebreid in de avonduren en in het weekend. Voor de algemene en gastro-enterologische chirurgische patiënten wordt er ook een spoedpoli ingericht, om zo het merendeel van de patiënten toch in Sittard-Geleen te kunnen opvangen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en NZa zijn geïnformeerd over de situatie en zullen dit traject nauwlettend volgen.

Vraag 10

Erkent u dat het sluiten van SEH's vooral de inwoners van regio's buiten de Randstad treft, en dat hierdoor zorgongelijkheid dreigt te ontstaan? Welke stappen onderneemt u om de toegankelijkheid van spoedzorg in alle regio's gelijkwaardig te houden?

Antwoord 10

Graag verwijs ik hiervoor naar het rapport van SiRM¹⁰ dat vorig jaar is verschenen. Van de 18 SEH-sluitingen tussen 2011 en 2022 vond ongeveer de helft binnen de Randstad plaats. De meest recente sluiting van een SEH in de Randstad was die van het Amsterdam UMC, locatie VUMC, dat sinds mei 2024 geen SEH-voorziening meer heeft.

Volgens het bereikbaarheidsmodel van het RIVM¹¹ kan 99,7% van de Nederlandse inwoners binnen 45 minuten per ambulance naar een SEH worden gebracht. De inwoners met langere reistijden wonen vooral buiten de Randstad, zoals op de Waddeneilanden en in (delen van) Zeeland en Groningen. Om gelijkwaardige toegang tot zorg in alle regio's te waarborgen, zijn verschillende maatregelen genomen. Daarvoor verwijs ik naar het antwoord op vraag 8.

¹⁰ Kamerstukken II, 2024–2025, 29 247, nr. 455

¹¹ Kamerstukken II, 2024–2025, 29 247, nr. 461

Vraag 11

Weet u in welke andere ziekenhuizen in Nederland er sprake is van een tekort aan personeel op de SEH? En in welke ziekenhuizen de overweging speelt om de SEH te sluiten, al dan niet tijdelijk of structureel?

Antwoord 11

Nee, ik heb geen inzicht in de personeelstekorten van individuele zorgaanbieders en er zijn mij op dit moment geen andere gevallen bekend waarbij sprake is van (voorgenomen tijdelijke of structurele) sluitingen van uitsluitend een SEH.

Vraag 12

Is er onderzocht wat de gevolgen zijn voor patiënten als een SEH sluit? Zo ja, wat zijn deze uitkomsten en wat vindt u hiervan?

Antwoord 12

Het Ministerie van VWS heeft in 2024 een ambtelijk traject ingericht om beleidsopties te ontwikkelen voor de inrichting van het acute (ziekenhuis-)zorglandschap. Het betreft onder andere een rapport van onderzoeksbureau SiRM naar de redenen en achtergronden bij SEH-sluitingen in de periode 2011–2022¹². Voor het merendeel van de patiënten heeft het sluiten van een SEH beperkte gevolgen. De extra reistijd is vaak gering, waardoor patiënten nog steeds snel op een andere locatie geholpen kunnen worden. Daarnaast meldt hetzelfde rapport van onderzoeksbureau SiRM dat voor kwetsbare groepen, zoals ouderen en mensen met beperkte mobiliteit, het sluiten van een SEH grotere gevolgen kan hebben. Voor deze groepen kan de extra afstand leiden tot het vermijden van zorg¹³. Zoals eerder is aangegeven, worden verschillende maatregelen genomen met het oog op de toegankelijkheid van de zorg.

Vraag 13

De regio toonde zich bereid om mee te werken aan de problemen door het aantrekken van personeel middels voorzieningen en huisvesting te stimuleren, wat zijn de resultaten hiervan geweest?

Antwoord 13

De regio Parkstad heeft aangegeven actief te willen bijdragen aan het oplossen van de personeelstekorten, onder andere door het stimuleren van voorzieningen en het verbeteren van de toegang tot passende huisvesting. In dat kader zijn afspraken gemaakt tussen Zuyderland, gemeenten en een woningcorporatie, over een integrale aanpak waarin werk en wonen worden gecombineerd.

Een concreet voorbeeld hiervan is het initiatief *Baan en Sleutel*, waarbij gericht geworven wordt voor zorgfuncties, met name binnen de acute zorg, terwijl tegelijkertijd passende woonruimte wordt aangeboden. Op korte termijn wordt voorzien in geschikte huisvesting voor nieuw personeel. Voor de langere termijn wordt gewerkt aan een woningaanbod dat beter aansluit op de behoeften van medewerkers in verschillende levensfasen en gezinssamenstellingen. Daarnaast zijn er in enkele wijken aanpassingen gedaan in de woningtoewijzing, mede met behulp van de Rotterdamwet, zodat essentiële beroepen zoals zorgmedewerkers voorrang kunnen krijgen bij de toewijzing van woonruimte.

Vraag 14

Deelt u de mening van afdelingshoofd Kuipers, acute geneeskunde bij Erasmus MC, dat als «het spaak loopt bij een SEH, dit vaak het eerste signaal is dat er dieperliggende problemen zijn in het zorgsysteem»? Zo ja, wat zijn volgens u deze dieperliggende problemen en hoe zijn deze ontstaan? Zo nee, waarom niet?

¹² Kamerstukken II, 2024–2025, 29 247, nr. 455

¹³ Kamerstukken II, 2024–2025, 29 247, nr. 455

Antwoord 14

Ik deel de opvatting van afdelingshoofd Kuipers niet volledig dat problemen bij een SEH altijd het eerste signaal zijn van dieperliggende problemen in het zorgsysteem. Wel erken ik dat de toegankelijkheid van de gehele zorgsector onder aanzienlijke druk staat. De dieperliggende problemen zijn ontstaan doordat de zorgvraag sneller groeit dan het aantal beschikbare zorgverleners, wat leidt tot capaciteitsproblemen en verhoogde druk op acute zorgvoorzieningen. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden, worden verschillende initiatieven genomen. Op basis van onderzoek hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) elf initiatieven in kaart gebracht die bijdragen aan het verminderen van de piekdruk op de SEH. Deze initiatieven zijn beschreven in de handreiking «Verminderen piekdruk op de SEH»¹⁴.

Vraag 15

Ziet u in dat een tekort aan verpleegkundigen en SEH-personeel deels het gevolg is van jarenlang beleid waarin arbeidsvoorwaarden, werkdruk en waardering voor zorgpersoneel onder druk stonden? Wat doet u concreet om het vak aantrekkelijker te maken?

Antwoord 15

De arbeidsmarkt van zorg en welzijn staat helaas al geruime tijd onder druk. Zoals eerder benoemd blijft de vraag naar zorg en ondersteuning stijgen en groeit het aanbod van professionals niet in dezelfde mate mee, met een hogere werkdruk en langere wachttijden tot gevolg. De aanpak hiervan heeft grote prioriteit voor dit kabinet. Daarom ben ik samen met betrokken partijen op onderhandelaarsniveau tot overeenstemming gekomen over het AZWA, waarin stevig wordt ingezet op de versterking van de beweging van zorg naar gezondheid, zodat de behoefte aan personeel de komende jaren minder hard groeit. Daarnaast bevat het AZWA afspraken over het verminderen van de administratieve lasten, de inzet van arbeidsbesparende technologie en het versterken van de lerende omgeving. Tot slot stel ik voor een marktconforme loonontwikkeling ieder jaar de overheidsbijdrage voor de arbeidskostenontwikkeling (OVA) ter beschikking. Deze OVA bedraagt voor 2025 circa 3,6 miljard structureel. Dit draagt er, samen met de afspraken in het AZWA, aan bij dat zorg en welzijn een aantrekkelijke sector is en blijft om in te werken.

Vraag 16

Bent u bekend met de Kamerbrief van voormalig Minister Agema d.d. 17 maart 2025 over «Terugkoppeling gesprek Zuyderland en moties debat Zuyderland» waarin de voormalig Minister aangaf «dat het personeelstekort in het Zuyderland ziekenhuis in Heerlen er weliswaar was, maar beperkt was mede omdat het ziekenhuis actief extra personeel aannam en scholingen deed waardoor het zorgaanbod in Heerlen grotendeels gehandhaafd bleef. Hierdoor viel het personeelstekort mee en was er sprake van het inlopen van het tekort»? Weet u hoe dit in het ziekenhuis van Heerlen is gegaan en wat daarin goed werkte? Zijn hier lessen uit te trekken die eventueel toepasbaar zijn op het Zuyderland ziekenhuis in Sittard-Geleen?

Antwoord 16

Ja. Ik veronderstel dat de vragensteller doelt op de cijfers van aantal IC-artsen, SEH-artsen, gynaecologen en verpleegkundigen die in deze brief gepresenteerd zijn¹⁵. Dit zijn cijfers van begin 2025 en hebben betrekking op de situatie met een geboortecentrum op één locatie, spoedzorg met één SEH in Heerlen (en een Acute Zorgafdeling (AZA) in Sittard-Geleen) en een IC op beide locaties. Voor een SEH, IC en geboortecentrum op beide locaties is veel meer personeel nodig. De conclusie die de vragensteller trekt dat er sprake zou zijn geweest van het inlopen van een personeelstekort, is dan ook onjuist. Daarbij geldt dat het Zuyderland één organisatie is met twee locaties. Het arbeidsmarktbeleid is voor beide locaties identiek. Nieuwe medewerkers die geworven worden zijn in principe ook op beide locaties inzetbaar. Zoals ik

¹⁴ NVZ & NFU, Hoe kunnen we piekdruk verminderen op de SEH?, 2024.

¹⁵ Kamerstukken II, 2024–2025, 31 765, nr. 909, p. 29.

heb aangegeven in de beantwoording van vraag 2 is het Zuyderland ziekenhuis een breed pakket aan acties gestart om gekwalificeerd personeel aan te trekken.