

29 282
zorgsector

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen

**Nr. 634 VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK
OVERLEG**

Vastgesteld 2 juni 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport over de brief van 23 april 2026 inzake reactie op de brief van de NVSHA over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen (Kamerstuk 29 282, nr. 626).

De vragen en opmerkingen zijn op 18 mei 2026 aan de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport voorgelegd. Bij brief van 2 juni 2026 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

**Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep
Markuszower**

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen, en de reactie van de minister daarop. Deze leden hebben op dit moment geen verdere vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de NVSHA over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen. Zij hebben op dit moment geen verdere vragen en kijken er naar uit om dit verder te bespreken in het notaoverleg arbeidsmarktbeleid in de zorg gepland op 8 juni 2026.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake reactie op advies van het Capaciteitsorgaan rondom de opleidingsplaatsen. Zij hebben nog wel enkele vragen en opmerkingen over deze brief.

In de brief lezen deze leden dat er 'richtinggevende instructies' zijn gemaakt op het aantal instroomplaatsen voor 2027. Kan nader worden toegelicht waarom er op 50 opleidingsplaatsen is ingezet in plaats van 60, zoals geadviseerd door het adviesorgaan? Wat zijn de implicaties voor het personeelstekort als er 50 opleidingsplaatsen worden gehonoreerd? En wat zijn de daarmee samenhangende gevolgen voor het eventueel moeten sluiten van SEH's?

Genoemde leden lezen dat 'het kabinet niet vooruit kan lopen op de budgettaire besluitvorming, zijn deze instructies gericht op de huidige financiële kaders.' Kan worden toegelicht hoeveel extra budgettaire ruimte nodig is om deze extra 10 opleidingsplekken mogelijk te maken?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen, en de reactie van de minister daarop. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen aan de minister.

Op welk moment vindt budgettaire besluitvorming plaats? Waarom is hier niet reeds over besloten bij Voorjaarsnota? Hoe wordt voorkomen dat de huidige gang van zaken leidt tot onduidelijkheid of onzekerheid bij artsen die zich willen aanmelden voor een SEH-opleiding? Zijn er consequenties te verwachten nu Stichting Bols een start heeft moeten maken met toewijzingsjaar 2027 op basis van de huidige financiële kaders? Kan verwacht worden dat indien de minister het advies van het Capaciteitsorgaan volgt en niet te veel tijd verloren is gegaan, om toewijzingsjaar 2027 in te richten op basis van het nieuwe aantal opleidingsplaatsen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie op de brief van de NVSHA over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen en hebben op dit moment geen aanvullende vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op de brief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen over het Capaciteitsorgaan en de opleidingsplaatsen voor SEH-artsen.

Deze leden constateren dat de minister aangeeft dat er nog geen besluit is genomen over het aantal instroomplaatsen voor 2027. Ook schrijft de minister dat de integrale kabinetsreactie op de ramingen van het Capaciteitsorgaan nog wordt voorbereid en dat de Kamer daarover in mei 2026 zal worden geïnformeerd. De leden van de JA21-fractie vragen de minister om bij deze besluitvorming het advies van het Capaciteitsorgaan zwaarwegend te laten zijn en dit

advies, waar het gaat om de benodigde opleidingscapaciteit, op te volgen.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister daarbij niet alleen te kijken naar SEH-artsen, maar ook naar andere medisch specialismen waar tekorten dreigen, zoals neurologen. Indien de minister voornemens is om af te wijken van de ramingen, vragen deze leden aan de minister om dan gemotiveerd aan te geven waarom dat verantwoord zou zijn in het licht van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister specifiek in te gaan op de situatie rond SEH-artsen. Klopt het dat er veel belangstelling is voor de opleiding tot SEH-arts en dat er meer geschikte kandidaten zijn dan beschikbare opleidingsplaatsen? Zo ja, deelt de minister de opvatting dat dit juist een argument is om voldoende opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen, zeker nu de acute zorg onder druk staat?

Deze leden benadrukken dat acute zorg wezenlijk verschilt van planbare zorg. Patiënten kiezen bij acute zorg niet zelf naar welk ziekenhuis zij gaan. Het is daarom van groot belang dat patiënten in acute situaties snel terecht kunnen in een ziekenhuis waar voldoende deskundige SEH-artsen beschikbaar zijn. Bovendien wordt een diagnose vaak pas op de spoedeisende hulp gesteld.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister of zij deelt dat juist om deze reden in alle ziekenhuizen voldoende SEH-artsen beschikbaar moeten zijn.

Ook vragen genoemde leden of de minister erkent dat de samenwerking tussen de SEH-arts en de huisarts essentieel is voor zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de acute zorg. Hoe wordt deze samenwerking betrokken bij de besluitvorming over opleidingsplaatsen en de spreiding van SEH-artsen over het land?

De leden van de JA21-fractie vinden het van belang dat de kwaliteit van acute zorg overal in Nederland gelijkwaardig is. Kan de minister aangeven hoe zij voorkomt dat regionale verschillen ontstaan doordat sommige ziekenhuizen wel voldoende SEH-artsen kunnen aantrekken en andere ziekenhuizen niet? Welke analyse heeft de minister gemaakt van de oorzaken waardoor sommige ziekenhuizen kampen met tekorten aan SEH-artsen, terwijl andere ziekenhuizen hierin beter slagen?

Tot slot vragen de leden van de JA21-fractie of de minister bereid is goede voorbeelden van regionale samenwerking nadrukkelijker te betrekken bij het beleid. Deze leden wijzen daarbij onder meer op samenwerkingen zoals Alkmaar-Den Helder, Venlo-Roermond en Goes. Welke lessen trekt de minister uit dergelijke voorbeelden en hoe kunnen deze bijdragen aan een betere spreiding, beschikbaarheid en continuïteit van SEH-artsen in alle regio's?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op de brief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) over de opleidingscapaciteit voor SEH-artsen. Deze leden zien de problemen rondom de opleidingsplaatsen voor SEH-artsen als opvallende casus binnen het grotere vraagstuk van de opleidingsplaatsen voor meerdere groepen specialisten. Zij maken zich grote zorgen over de signalen vanuit de praktijk over steeds verder oplopende werkdruk, personeelstekorten en de druk op de toegankelijkheid van de acute zorg. Zij willen de minister hierover de volgende vragen voorleggen.

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat het Capaciteitsorgaan in de meest recente raming expliciet adviseert om het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen fors uit te breiden, van 40 naar 60 plaatsen per jaar. Deze leden constateren dat dit advies niet lichtvaardig tot stand komt, maar gebaseerd is op onafhankelijke analyses van toekomstige zorgvraag, uitstroom, vergrijzing, arbeidsmarktontwikkelingen en signalen uit de praktijk over de oplopende druk op de acute zorg.

De leden van de BBB-fractie merken daarnaast op dat adviezen van het Capaciteitsorgaan in eerdere jaren veel gewicht kregen bij besluiten over het aantal opleidingsplaatsen binnen medische vervolgopleidingen, ook wanneer deze adviezen leidden tot een verlaging van de instroom. Deze leden vinden het daarom opvallend dat nu, bij een dringend advies om de instroom van SEH-artsen fors te verhogen vanwege oplopende tekorten en toenemende druk op de acute zorg, wel nadrukkelijk wordt gewezen op financiële kaders en terughoudendheid. Kan de minister toelichten waarom het advies van het Capaciteitsorgaan in dit geval niet zonder meer leidend lijkt te zijn? Welke

omstandigheden maken volgens de minister dat nu mogelijk van het advies wordt afgeweken? Kan de minister daarnaast aangeven of de regio hierbij disproportioneel geraakt wordt?

De leden van de BBB-fractie vragen daarnaast of de minister het met hen eens is dat juist in een sector waar sprake is van hoge werkdruk, groeiende personeelstekorten en toenemende druk op de toegankelijkheid van zorg, terughoudendheid bij het opleiden van extra zorgprofessionals moeilijk uitlegbaar is. Hoe voorkomt de minister dat op korte termijn wordt bespaard op opleidingscapaciteit, terwijl dit op langere termijn juist kan leiden tot grotere tekorten en hogere maatschappelijke kosten?

De leden van de BBB-fractie lezen dat de NVSHA waarschuwt voor een structureel en fors tekort aan SEH-artsen, terwijl de druk op de spoedeisende hulp steeds verder toeneemt door vergrijzing, complexere zorgvragen, problemen in de doorstroming binnen ziekenhuizen en personeelstekorten elders in de keten. Deelt de minister de opvatting van deze leden dat juist op de spoedeisende hulp voldoende personeel van levensbelang is voor patiënten en voor de veiligheid en houdbaarheid van de acute zorg? De leden van de BBB-fractie lezen daarnaast dat de NVSHA spreekt over 'verborgen vacatures', omdat ziekenhuizen uit financiële of strategische overwegingen niet alle openstaande vacatures tegelijk publiceren. Daarnaast maken deze leden zich zorgen over de aankomende pensioengolf. Kan de minister concreet toelichten op welke wijze dit signaal wordt meegenomen in de beoordeling van de benodigde opleidingscapaciteit? Is de minister bereid hierover aanvullend in gesprek te gaan met de NVSHA en het Capaciteitsorgaan, zodat tekorten niet structureel worden onderschat?

De leden van de BBB-fractie constateren dat de NVSHA aangeeft dat er momenteel sprake zou zijn van een tekort van circa 300 opgeleide SEH-artsen. Hoe beoordeelt de minister deze analyse? Acht de minister het wenselijk dat SEH-afdelingen structureel draaien op minimale bezetting, zonder ruimte voor ziekte, zwangerschap, scholing of uitval? Hoe verhoudt dit zich volgens de minister tot duurzame inzetbaarheid en het voorkomen van burn-outs of uitstroom naar andere beroepen onder zorgprofessionals?

De leden van de BBB-fractie maken zich ernstig zorgen over de hoge werkdruk onder SEH-artsen. Nu al behoren SEH-artsen internationaal tot de beroepsgroepen met de hoogste druk en belasting, mede vanwege de onregelmatige diensten en de voortdurende acute verantwoordelijkheid. Deelt de minister de opvatting van de leden van de BBB-fractie dat het onverstandig is om uitsluitend te sturen op 'zo krap mogelijk roosteren', terwijl dit juist kan leiden tot extra uitval, hogere werkdruk en uiteindelijk nog grotere personeelstekorten?

De leden van de BBB-fractie zijn blij dat er ondanks de hoge werkdruk toch voldoende belangstelling bestaat onder sollicitanten voor de opleiding of omscholing tot SEH-arts en dat er voldoende opleidingscapaciteit is bij opleidingsziekenhuizen. De opleiding tot SEH-arts is daarnaast relatief kort. Kan de minister toelichten waarom in een sector met zulke grote tekorten en zulke hoge druk dan niet maximaal wordt ingezet op uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen? En wat doet de minister om omscholing voor andere specialisten naar SEH-arts te bevorderen?

De leden van de BBB-fractie begrijpen uit de beantwoording van eerdere Kamervragen dat het kabinet niet vooruit wil lopen op budgettaire besluitvorming. Deze leden vragen de minister echter of zij het met hen eens is dat financiële kaders nooit leidend mogen zijn boven de toegankelijkheid en veiligheid van acute zorg. Hoe weegt de minister het risico mee dat onvoldoende opleidingsplaatsen nu zullen leiden tot grotere personeelstekorten, meer SEH-noodstops, sluiting of afbouw van ziekenhuizen of afdelingen en hogere maatschappelijke kosten in de toekomst?

De leden van de BBB-fractie lezen dat de minister verwijst naar het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), regionale samenwerking en technologische innovaties. Deze leden erkennen dat dergelijke maatregelen kunnen bijdragen, maar constateren tegelijkertijd dat technologie geen extra arts aan het bed zet wanneer de SEH overvol raakt. Deelt de minister de opvatting dat voldoende goed opgeleide zorgprofessionals uiteindelijk de basis vormen van een toegankelijke acute zorgketen? Deelt zij ook de opvatting dat technologische innovaties dus geen reden kunnen zijn om minder artsen op te leiden? Zo nee, waarom niet?

Voor de leden van de BBB-fractie is de symbiose tussen huisarts en SEH-arts ook erg belangrijk voor de kwaliteit en

betaalbaarheid van ons systeem. Nederland heeft een mooi en uniek systeem waarbij patiënten meestal eerst langs de huisarts gaan voor ze naar de SEH gaan. Voor de huisarts is de SEH-arts een belangrijk contact binnen het ziekenhuis, terwijl de SEH-arts veel heeft aan de huisarts dichterbij. Internationaal onderzoek wijst erop dat het vertrek van SEH-artsen grote gevolgen heeft voor huisartsen en leidt tot zorgwoestijnen. Op welke manier houdt de minister rekening met deze symbiose bij de besluitvorming rondom opleidingsplaatsen?

De leden van de BBB-fractie vragen de minister daarnaast of zij het met deze leden eens is dat SEH-artsen een cruciale rol vervullen binnen de acute zorgketen en dat voorkomen moet worden dat deze beroepsgroep overvraagd raakt. Welke concrete maatregelen neemt de minister specifiek om de duurzame inzetbaarheid van SEH-artsen te verbeteren en uitstroom van artsen te voorkomen?

Steeds vaker is sprake van SEH-noodstops (een tijdelijke presentatiestop). Kan de minister aangeven hoe vaak dit momenteel voorkomt, hoe deze cijfers zich ontwikkelen en in hoeverre personeelstekorten hierbij een rol spelen? Acht de minister het risico reëel dat SEH's in de komende jaren vaker tijdelijk moeten afschalen indien de instroom van nieuwe SEH-artsen onvoldoende groeit? Hoe beoordeelt de minister voorts aan de signalen vanuit de NVSHA dat steeds meer SEH's werken met minimale bezetting, terwijl de zorgvraag juist complexer wordt. Deelt de minister de zorg dat dit uiteindelijk ten koste kan gaan van kwaliteit, veiligheid en werkplezier?

De leden van de BBB-fractie benadrukken dat de spoedeisende hulp een cruciaal onderdeel vormt van de levensvatbaarheid van regionale ziekenhuizen en van de bereikbaarheid van acute zorg in de regio. Deze leden wijzen erop dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) recent nog kritisch was op nieuwe alternatieve verschijningsvormen van acute zorg en dat bovendien recent een nieuw kwaliteitskader voor de acute zorg is vastgesteld. Is de minister het met de leden van de BBB-fractie eens dat het sluiten, afbouwen of verschraken van SEH's nooit het gevolg mag zijn van een tekort aan opleidingsplaatsen voor SEH-artsen? Hoe voorkomt de minister dat door een gebrek aan voldoende opleidingscapaciteit uiteindelijk wordt getornd aan de scope, kwaliteit en continuïteit van de spoedeisende hulp, juist in regionale ziekenhuizen en regio's waar de druk

op de bereikbaarheid van zorg al groot is? Hoe kijkt de minister in dat licht naar ontwikkelingen in onder meer Denemarken, waar juist weer meer wordt ingezet op regionale spreiding van acute zorg in plaats van verdere concentratie, mede omdat dit helpt om personeel beter te behouden en aan te trekken. Welke lessen trekt de minister uit deze ontwikkeling voor de toekomst van de acute zorg in Nederland?

De leden van de BBB-fractie vragen de minister daarnaast of zij het ermee eens is dat acute zorg meer moet zijn dan enkel een voorziening 'waar je terecht kan als je van een keukentrap gevallen bent, met een net te diepe snijwond of met pijn rechtsonder in je buik' (SIRM, 2026). Hoe borgt de minister dat regionale SEH's ook in de toekomst voldoende capaciteit, deskundigheid en breedte behouden om complexe acute zorg te kunnen blijven leveren?

Voorts vragen de leden van de BBB-fractie hoe de minister de samenhang ziet tussen het tekort aan SEH-artsen en het tekort aan SEH-verpleegkundigen. In hoeverre versterken deze tekorten elkaar op de werkvloer, bijvoorbeeld in termen van werkdruk, roosterproblemen en risico op uitval? Welke integrale aanpak kiest de minister om beide tekorten tegelijkertijd aan te pakken?

Vaak zijn SEH-artsen veel tijd kwijt aan het organiseren van uitstroom van patiënten naar andere afdelingen en instanties. De leden van BBB-fractie hebben het kabinet eerder verzocht aan te geven welke instrumenten worden ingezet om de uitstroom te verhogen. Daarop reageerde het kabinet vooral met middelen die de instroom beperken. Kan de minister daarom aangeven welke maatregelen specifiek worden genomen om uitstroom van de SEH te bevorderen?

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie of de minister bereid is om, mede gelet op de signalen vanuit het veld, het advies van het Capaciteitsorgaan over substantiële uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen alsnog volledig over te nemen. Indien de minister daartoe niet bereid is, kan zij dan concreet aangeven welke gevolgen zij acceptabel acht voor de werkdruk, toegankelijkheid en continuïteit en kwaliteit van de acute zorg?

**Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep
Markuszower**

De leden van Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op de brief van de NVSHA over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Vragen inzake het thema 1 'Het advies van het Capaciteitsorgaan: onderbouwing en opvolging'. Deze leden zijn tevreden dat de minister de opmerkingen over de absorptiecapaciteit heeft aangepast voor wat betreft de SEH-artsen. De minister geeft aan dat de NVSHA 'overtuigend heeft aangetoond dat er onder SEH-artsen meer sollicitanten dan opleidingsplaatsen zijn'. Kan de minister aangeven of er ook sectoren zijn waar het aantal opleidingsplaatsen groter is dan het aantal aanmeldingen of succesvolle sollicitaties?

Deze leden hechten sterk aan de objectiviteit van het Capaciteitsorgaan, ondanks het feit dat hun schattingen wat deze leden betreft jarenlang te laag waren. Nu het advies niet of wellicht niet overgenomen wordt proberen deze leden het advies en de opvolging te doorgronden. Deze leden constateren dat de minister in eerdere beantwoording¹ het ramingsmodel beschrijft als een samenstel van factoren - waaronder demografie, zorgvraag, vergrijzing, in- en uitstroom en opleidingscapaciteit - maar daarbij niet specifiek ingaat op de verwerking van verborgen vacatures. Kan de minister daarom alsnog concreet aangeven op welke manier het Capaciteitsorgaan verborgen vacatures meeneemt en in hoeverre dit bij eerdere adviezen het geval was?

Kan de minister aangeven in hoeverre het huidige advies rekening houdt met de vergrijzing van patiënten en hoeveel SEH-artsen nodig zijn om in dit scenario te voldoen? Kan de minister aangeven of op basis van het huidige advies de vergrijzing en pensioen van SEH-artsen voldoende wordt gecoverd? En kan de minister aangeven of er meer SEH-artsen nodig zijn in het kader van weerbaarheid en defensie? En kan de minister aangeven op welke manieren deze redeneringen zijn meegenomen in het BOLS-advies?

Deze leden constateren dat de minister enerzijds aangeeft niet vooruit te kunnen lopen op de budgettaire besluitvorming, terwijl VWS anderzijds aan Stichting BOLS reeds richtinggevende instructies voor het toewijzingsjaar

¹ Aanhangsel Handelingen II, 2025-2026, nr. 1573.

2027 heeft gegeven die uitdrukkelijk zijn gericht op de huidige financiële kaders. Kan de minister bevestigen dat het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen voor 2027 daarmee feitelijk reeds door de bestaande financiële kaders wordt begrensd, nog voordat de Kamer de kabinetsreactie op de ramingen heeft ontvangen? Hoe verhoudt zich dit tot het uitgangspunt dat de zorginhoudelijke raming van het Capaciteitsorgaan leidend is?

Deze leden constateren voorts dat de minister het oplopende tekort vooral beantwoordt met brede arbeidsmarktafspraken, zoals het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg, die zien op het totale personeelstekort in zorg en welzijn. Kan de minister aangeven welke maatregelen specifiek zijn gericht op de opleidingscapaciteit voor SEH-artsen, los van deze brede akkoorden?

De Kamer wordt door de minister in het tweede kwartaal van dit jaar geïnformeerd over de ramingen van het Capaciteitsorgaan over het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen voor de periode 2027 tot 2030. Kan hierin ook duidelijk gemaakt worden hoe de verdeling tussen civiel en militair voor deze jaren eruitziet? Zo nee, waarom niet? Kan deze verdeling ook meegenomen worden in de integrale reactie op de ramingen die op dit moment wordt voorbereid?

Vragen inzake het thema 2 'Opleidingsplaatsen via het Instituut Samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR)'. Genoemde leden hebben een aantal vragen over het Instituut Samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR). Het IDR verbindt de Nederlandse krijgsmacht met veertien civiele relatieziekenhuizen, onder andere met het doel om traumateams te trainen en gereed te houden voor inzet, zodat militaire zorgverleners hun specialistische vaardigheden op peil kunnen houden. Een van de onderdelen van deze samenwerking is dat er SEH-artsen werkzaam bij Defensie, worden opgeleid in een van de relatieziekenhuizen en hierbij op een opleidingsplaats voor een SEH-arts geplaatst worden. Het gaat hierbij dus specifiek over de medisch specialisten in opleiding tot spoedeisende hulp arts, de AIOS die via het IDR werken. Gaan de opleidingsplekken die voor Defensie beschikbaar zijn in de relatieziekenhuizen, ten koste van het landelijke aantal beschikbare opleidingsplaatsen of zijn dit extra opleidingsplekken? Genoemde leden vragen hierbij een overzicht van de aantallen SEH-artsen die zijn opgeleid via het IDR in de

afgelopen 10 jaar, met daarbij inzichtelijk hoeveel per jaar in welk relatieziekenhuis.

Vragen inzake het thema 3. 'Financiering van de opleidingsplaatsen'. Wie financiert deze opleiding, het ministerie van Defensie of het relatieziekenhuis? Wie ontvangt de beschikbaarheidsbijdrage die vanuit het ministerie van VWS aan deze opleidingsplek beschikbaar gesteld wordt, Defensie of het relatieziekenhuis? Hoeveel beschikbaarheidsbijdrage keert VWS uit voor 1 opleidingsplek van een arts in opleiding tot specialist/AIOS (SEH-arts)?

Deze leden constateren dat sinds 1 januari 2025 ook modules van de verpleegkundige vervolgoopleidingen vanuit de beschikbaarheidsbijdrage worden bekostigd. Tegen die achtergrond vragen deze leden hoe de financiering voor de mensen in opleiding via het IDR in brede zin wordt geregeld wanneer de SEH's bekostigd gaan worden middels budgetbekostiging.

Kan de minister aangeven wat de meerkosten zijn voor het opleiden van alle SEH-artsen conform het advies van het Capaciteitsorgaan? En wat de meerkosten zijn bij het volledig opleiden van alle medisch specialisten conform het Capaciteitsorgaan?

Vragen inzake het thema 4. 'Toegankelijkheid van acute zorg en de positie van regionale ziekenhuizen'. Deze leden benadrukken dat juist acute zorg toegankelijk moet zijn. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) stelt dat acute zorg bij uitstek tijdsgebonden (spoedeisende) zorg is die moet worden verleend in situaties waarin direct, of binnen enkele minuten tot uren, medisch ingrijpen noodzakelijk is. Het doel is het voorkomen van overlijden, blijvende gezondheidsschade of het behandelen van hevige pijn en acute ongerustheid. Deze leden maken zich zorgen over de gevolgen van het gebrek aan opleidingscapaciteit voor de regionale ziekenhuizen. Kan de minister toelichten in welke ziekenhuizen de personeelstekorten onder artsen het grootst zijn? Kan de minister aangeven in hoeverre het gebrek aan opleidingsplaatsen regionale ziekenhuizen disproportioneel raakt? Kan de minister benadrukken dat toegankelijke acute zorg een essentieel onderdeel is van toekomstbestendigheid?

Deze leden constateren dat de minister de inrichting van de acute zorg, waaronder de beschikbaarheid en kwaliteit van de spoedeisende zorg, grotendeels belegt bij regionale afspraken in het kader van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en het Integraal Zorgakkoord. Deze leden wijzen erop dat juist de regio's met de grootste personeelstekorten daarmee voor de zwaarste opgave staan. Kan de minister aangeven hoe wordt voorkomen dat het overlaten aan regionale afspraken leidt tot een ongelijke beschikbaarheid van acute zorg, en welke landelijke ondergrens de minister daarbij hanteert?

Vragen inzake het thema 5. 'Normen en kwaliteitskader voor de acute zorg'. Deze leden vrezen daarbij dat een tekort aan opleidingsplaatsen op (korte) termijn zal leiden tot nieuwe tijdrovende discussies over kwaliteit of profiel van regionale ziekenhuizen. Kan de minister aangeven wat de minimale bezetting van acute zorg en SEH is? Kan de minister aangeven of er inmiddels betere normen zijn dan de 45-minutennorm om reisafstand te meten? Kan de minister het huidige kwaliteitskader en de workforce SEH waaraan wordt gerefereerd in Zorgvisie inclusief de looptijd delen met de Kamer?

Deze leden constateren dat de minister heeft aangekondigd de regelgeving rond het afschalen of (tijdelijk) sluiten van een SEH aan te scherpen, en dat beide Kamers hiervan nog voor de zomer een concept ontvangen. Kan de minister de Kamer informeren over de stand van zaken en de hoofdlijnen van deze aanscherping, en aangeven hoe deze zich verhoudt tot het tekort aan opleidingsplaatsen voor SEH-artsen?

Vragen inzake thema 6. 'Pandemische paraatheid en opschaalbaarheid van de SEH-capaciteit'. De leden van de Groep Markuszower constateren dat de SEH bij een pandemie of grootschalige gezondheids crisis de eerste piek aan patiënten opvangt, terwijl de opleiding tot SEH-arts meerdere jaren duurt en dus niet op korte termijn kan worden opgeschaald. Een structureel tekort betekent daarmee dat er geen buffer is voor crisisop schaling. Kan de minister aangeven of de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor SEH-artsen voor 2027-2030 uitsluitend uitgaan van de reguliere zorgvraag, of dat daarin ook de benodigde opschaalcapaciteit voor een pandemie of crisis is meegewogen?

Deze leden constateren dat de minister in eerdere beantwoording op de vraag of het verantwoord is dat SEH-afdelingen zonder buffer opereren, heeft verwezen naar de mogelijkheid van een tijdelijke presentatiestop. Deze leden merken op dat een presentatiestop een noodmaatregel binnen de reguliere zorg is en geen opschaalbare crisiscapaciteit. Kan de minister aangeven hoe de acute zorg bij een pandemie of grootschalige crisis kan opschalen wanneer er in de reguliere situatie reeds geen buffer beschikbaar is?

Genoemde leden constateren dat het kabinet in het kader van pandemische paraatheid de verkorte opleiding Basis Acute Zorg heeft ingericht, die zich richt op het breder en flexibeler opleiden van verpleegkundigen, en daarnaast de Nationale Zorgreserve heeft opgezet. Kan de minister bevestigen dat deze instrumenten niet voorzien in volwaardig opgeleide SEH-artsen, en toelichten hoe het tekort aan juist deze beroepsgroep in een crisissituatie wordt opgevangen? Maken SEH-artsen onderdeel uit van de Nationale Zorgreserve?

De leden van de Groep Markuszower wijzen erop dat een deel van de SEH-capaciteit via het IDR verbonden is met Defensie. Kan de minister aangeven of bij een gelijktijdige militaire en civiele crisis een spanning ontstaat tussen de inzet van militaire SEH-artsen voor Defensie en de bezetting van de civiele SEH's?

Tot slot vragen deze leden of de minister bereid is om in de integrale reactie op de ramingen expliciet in te gaan op de vraag of de geadviseerde opleidingsaantallen voor SEH-artsen volstaan voor een pandemie- of crisisscenario, en zo nodig een afzonderlijke paraatheidsmarge te benoemen.

Deze leden vragen de minister aan te geven wat de tijdslijn is om te komen tot een definitieve beslissing. Kan de minister deze vragen beantwoorden ten behoeve van het Notaoverleg arbeidsmarktbeleid in de zorg?

II. Reactie van de minister

Beantwoording van de vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen, en de reactie van de minister daarop. Deze leden hebben op dit moment geen verdere vragen.

Beantwoording van de vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de NVSHA over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen. Zij hebben op dit moment geen verdere vragen en kijken er naar uit om dit verder te bespreken in het notaoverleg arbeidsmarktbeleid in de zorg gepland op 8 juni 2026.

Beantwoording van de vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief inzake reactie op advies van het Capaciteitsorgaan rondom de opleidingsplaatsen. Zij hebben nog wel enkele vragen en opmerkingen over deze brief.

In de brief lezen deze leden dat er 'richtinggevende instructies' zijn gemaakt op het aantal instroomplaatsen voor 2027. Kan nader worden toegelicht waarom er op 50 opleidingsplaatsen is ingezet in plaats van 60, zoals geadviseerd door het adviesorgaan?

Stichting BOLS, die jaarlijks adviseert over de verdeling van de opleidingsplaatsen voor medisch specialisten, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) verzocht om richtinggevende instructies. Aan de hand van deze richtinggevende instructies kon alvast worden gestart met de voorbereidingen voor het verdeelproces voor 2027 in afwachting van de besluitvorming over de definitieve instroomaantallen in het tweede kwartaal van 2026. Omdat er niet vooruit kon worden gelopen op toekomstige budgettaire besluitvorming, waren de richtinggevende instructies gebaseerd op de destijds geldende financiële kaders.

Het Capaciteitsorgaan publiceert het Capaciteitsplan driejaarlijks in december. De Stichting BOLS start het proces rond de verdeling van opleidingsplaatsen normaliter jaarlijks in februari. Aangezien een zorgvuldige en integrale

beoordeling van het advies en budgettaire besluitvorming niet mogelijk is voor februari, is het gebruikelijk dat de stichting BOLS alvast om richtinggevende instructies vraagt in de jaren waarin de besluitvorming over het nieuwe Capaciteitsplan moet worden afgewacht. Afgelopen jaar heeft dit proces in combinatie met een relatief flinke ophoging van het aantal opleidingsplaatsen voor onder andere de SEH-artsen, tot onrust geleid. Het kabinet gaat met het oog op de volgende driejaarlijkse raming van het Capaciteitsorgaan onderzoeken hoe dit proces anders kan worden ingericht.

Wat zijn de implicaties voor het personeelstekort als er 50 opleidingsplaatsen worden gehonoreerd? En wat zijn de daarmee samenhangende gevolgen voor het eventueel moeten sluiten van SEH's?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.² Het kabinet heeft niet in beeld gebracht wat de implicaties (zouden) zijn van een lager aantal opleidingsplekken dan in de raming geadviseerd.

Genoemde leden lezen dat 'het kabinet niet vooruit kan lopen op de budgettaire besluitvorming, zijn deze instructies gericht op de huidige financiële kaders.' Kan worden toegelicht hoeveel extra budgettaire ruimte nodig is om deze extra 10 opleidingsplekken mogelijk te maken?

De beschikbaarheidsbijdrage voor de vervolgopleiding spoedeisende geneeskunde bedraagt maximaal € 222.400 per jaar bij een voltijds dienstverband in een algemeen ziekenhuis. De nominale opleidingsduur bedraagt 3 jaar. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit met 10 plekken leidt daarmee structureel tot maximaal € 6,7 miljoen extra uitgaven per jaar. Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd³ over het feit dat dit binnen de beschikbare financiële ruimte voor opleiden valt.

Beantwoording van de vragen en opmerkingen van de leden van Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

² Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

³ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen, en de reactie van de minister daarop. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen aan de minister. Op welk moment vindt budgettaire besluitvorming plaats?

Het hoofdbesluitvormingsmoment van het kabinet vindt plaats in het voorjaar. Dit is een vast moment waar de discussies rondom de meerjarige uitgaven van de overheid centraal staan en de begroting voor het komende jaar zoveel mogelijk wordt ingevuld. Voorafgaand aan Prinsjesdag kan hierover nog aanvullende besluitvorming plaatsvinden op basis van actuele beleidsmatige en economische ontwikkelingen.

Waarom is hier niet reeds over besloten bij Voorjaarsnota?

De voorbereiding van de Voorjaarsnota start aan het begin van het jaar. Nieuwe voorstellen en hun budgettaire gevolgen moeten dan al grotendeels ingevuld zijn om meegenomen te kunnen worden in de besluitvorming. Het Capaciteitsplan 2027-2030 is eind december 2025 afgerond. Een zorgvuldige en integrale beoordeling van het advies was daardoor niet meer mogelijk voor de afronding van de voorjaarsbesluitvorming.

Hoe wordt voorkomen dat de huidige gang van zaken leidt tot onduidelijkheid of onzekerheid bij artsen die zich willen aanmelden voor een SEH-opleiding?

In de brief van 22 mei jl.⁴ wordt duidelijkheid gegeven over de definitieve instroomaantallen voor 2027.

Zijn er consequenties te verwachten nu Stichting Bols een start heeft moeten maken met toewijzingsjaar 2027 op basis van de huidige financiële kaders?

Stichting BOLS heeft VWS verzocht om richtinggevende instructies aan de hand waarvan alvast gestart kon worden met de voorbereidingen voor het verdeelproces voor 2027, in afwachting van de besluitvorming over de definitieve instroomaantallen in het tweede kwartaal van 2026. De richtinggevende instructies zijn dus gegeven met het doel het verdeelproces voor 2027 te bespoedigen.

⁴ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

Kan verwacht worden dat indien de minister het advies van het Capaciteitsorgaan volgt en niet te veel tijd verloren is gegaan, om toewijzingsjaar 2027 in te richten op basis van het nieuwe aantal opleidingsplaatsen?

In de brief van 22 mei jl.⁵ wordt duidelijkheid gegeven over de definitieve instroomaantallen voor 2027. Met de stichting BOLS worden nadere afspraken gemaakt over het tijdspad om tot een verdeling van de instroomplaatsen te komen op basis van deze definitieve instroomaantallen.

Beantwoording van de vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie op de brief van de NVSHA over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen en hebben op dit moment geen aanvullende vragen.

Beantwoording van de vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op de brief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen over het Capaciteitsorgaan en de opleidingsplaatsen voor SEH-artsen.

Deze leden constateren dat de minister aangeeft dat er nog geen besluit is genomen over het aantal instroomplaatsen voor 2027. Ook schrijft de minister dat de integrale kabinetsreactie op de ramingen van het Capaciteitsorgaan nog wordt voorbereid en dat de Kamer daarover in mei 2026 zal worden geïnformeerd.

De leden van de JA21-fractie vragen de minister om bij deze besluitvorming het advies van het Capaciteitsorgaan zwaarwegend te laten zijn en dit advies, waar het gaat om de benodigde opleidingscapaciteit, op te volgen.

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.⁶

⁵ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

⁶ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

De leden van de JA21-fractie vragen de minister daarbij niet alleen te kijken naar SEH-artsen, maar ook naar andere medisch specialismen waar tekorten dreigen, zoals neurologen. Indien de minister voornemens is om af te wijken van de ramingen, vragen deze leden aan de minister om dan gemotiveerd aan te geven waarom dat verantwoord zou zijn in het licht van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van zorg. De leden van de JA21-fractie vragen de minister specifiek in te gaan op de situatie rond SEH-artsen. Klopt het dat er veel belangstelling is voor de opleiding tot SEH-arts en dat er meer geschikte kandidaten zijn dan beschikbare opleidingsplaatsen? Zo ja, deelt de minister de opvatting dat dit juist een argument is om voldoende opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen, zeker nu de acute zorg onder druk staat?

In de besluitvorming over beschikbaar te stellen opleidingsplaatsen is het advies van het Capaciteitsorgaan, en daarmee de vraag naar SEH-artsen en andere medisch specialisten, leidend. Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, en de overige medisch specialisten zoals neurologen, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.⁷ Er is dus geen sprake meer van het afwijken van de ramingen.

Deze leden benadrukken dat acute zorg wezenlijk verschilt van planbare zorg. Patiënten kiezen bij acute zorg niet zelf naar welk ziekenhuis zij gaan. Het is daarom van groot belang dat patiënten in acute situaties snel terecht kunnen in een ziekenhuis waar voldoende deskundige SEH-artsen beschikbaar zijn. Bovendien wordt een diagnose vaak pas op de spoedeisende hulp gesteld. De leden van de JA21-fractie vragen de minister of zij deelt dat juist om deze reden in alle ziekenhuizen voldoende SEH-artsen beschikbaar moeten zijn.

Er zouden altijd voldoende SEH-artsen beschikbaar moeten zijn. Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.⁸ Op alle SEH's moet voldaan worden aan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Dit kwaliteitskader vereist onder andere dat er op een SEH gedurende openingstijden altijd een arts is met minimaal 1 jaar klinische ervaring. Daarnaast zijn bijvoorbeeld verpleegkundigen onmisbaar. Het is aan het

⁷ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

⁸ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

ziekenhuis om te zorgen dat de bezetting zo is georganiseerd dat de patiënten goede zorg krijgen en aan zorgverzekeraars om voldoende acute zorg in te kopen.

Ook vragen genoemde leden of de minister erkent dat de samenwerking tussen de SEH-arts en de huisarts essentieel is voor zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de acute zorg. Hoe wordt deze samenwerking betrokken bij de besluitvorming over opleidingsplaatsen en de spreiding van SEH-artsen over het land?

De samenwerking tussen huisartsen en de SEH is van belang voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg. Daarom zitten de huisartsenspoedposten en de SEH's vaak op dezelfde locatie en werken ze geregeld samen in de triage of vormen ze geïntegreerde voorzieningen voor spoedzorg. In de besluitvorming over beschikbaar te stellen opleidingsplaatsen is het advies van het Capaciteitsorgaan, en daarmee de vraag naar SEH-artsen, leidend. Met de Stichting BOLS worden de mogelijkheden voor de regionale spreiding van opleidingsplekken van onder andere de SEH-artsen, onderzocht. Het kabinet is niet verantwoordelijk voor de spreiding van SEH-artsen. Het is aan het ziekenhuis om personeel te werven, te binden en te behouden.

De leden van de JA21-fractie vinden het van belang dat de kwaliteit van acute zorg overal in Nederland gelijkwaardig is. Kan de minister aangeven hoe zij voorkomt dat regionale verschillen ontstaan doordat sommige ziekenhuizen wel voldoende SEH-artsen kunnen aantrekken en andere ziekenhuizen niet? Welke analyse heeft de minister gemaakt van de oorzaken waardoor sommige ziekenhuizen kampen met tekorten aan SEH-artsen, terwijl andere ziekenhuizen hierin beter slagen?

Het is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om personeel te werven, te binden en te behouden en om de zorg zo in te richten dat patiënten goede acute zorg krijgen. Dat kan met SEH-artsen, maar ook met andere medisch specialisten of artsen. Het kabinet is niet verantwoordelijk voor de spreiding van SEH-artsen. Samen met de stichting BOLS wordt echter wel de regionale spreiding van opleidingsplekken van onder andere de SEH-artsen onderzocht.

Tot slot vragen de leden van de JA21-fractie of de minister bereid is goede voorbeelden van regionale samenwerking

nadrukkelijker te betrekken bij het beleid. Deze leden wijzen daarbij onder meer op samenwerkingen zoals Alkmaar-Den Helder, Venlo-Roermond en Goes. Welke lessen trekt de minister uit dergelijke voorbeelden en hoe kunnen deze bijdragen aan een betere spreiding, beschikbaarheid en continuïteit van SEH-artsen in alle regio's?

Regionale samenwerking is cruciaal voor passende acute zorg en een passend zorglandschap. Het kabinet verwacht van de Regionale Overleggen Acute Zorgketen dat zij afspraken maken over de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg, passend voor de betreffende regio. Uiteraard kunnen zij daarbij gebruik maken van goede voorbeelden. Door het advies van het Capaciteitsorgaan met betrekking tot het aantal op te leiden SEH-artsen te volgen draagt het kabinet bij aan de beschikbaarheid van SEH-artsen.

Beantwoording van de vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op de brief van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) over de opleidingscapaciteit voor SEH-artsen. Deze leden zien de problemen rondom de opleidingsplaatsen voor SEH-artsen als opvallende casus binnen het grotere vraagstuk van de opleidingsplaatsen voor meerdere groepen specialisten. Zij maken zich grote zorgen over de signalen vanuit de praktijk over steeds verder oplopende werkdruk, personeelstekorten en de druk op de toegankelijkheid van de acute zorg. Zij willen de minister hierover de volgende vragen voorleggen. De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat het Capaciteitsorgaan in de meest recente raming expliciet adviseert om het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen fors uit te breiden, van 40 naar 60 plaatsen per jaar. Deze leden constateren dat dit advies niet lichtvaardig tot stand komt, maar gebaseerd is op onafhankelijke analyses van toekomstige zorgvraag, uitstroom, vergrijzing, arbeidsmarktontwikkelingen en signalen uit de praktijk over de oplopende druk op de acute zorg. De leden van de BBB-fractie merken daarnaast op dat adviezen van het Capaciteitsorgaan in eerdere jaren veel gewicht kregen bij besluiten over het aantal opleidingsplaatsen binnen medische vervolgopleidingen, ook wanneer deze adviezen leidden tot een verlaging van de instroom. Deze leden vinden het daarom opvallend dat nu, bij een dringend advies om de instroom van SEH-artsen fors te verhogen vanwege

oplopende tekorten en toenemende druk op de acute zorg, wel nadrukkelijk wordt gewezen op financiële kaders en terughoudendheid. Kan de minister toelichten waarom het advies van het Capaciteitsorgaan in dit geval niet zonder meer leidend lijkt te zijn?

Stichting BOLS, die jaarlijks adviseert over de verdeling van de opleidingsplaatsen voor medisch specialisten, heeft VWS verzocht om richtinggevende instructies. Aan de hand van deze richtinggevende instructies kon alvast worden gestart met de voorbereidingen voor het verdeelproces voor 2027 in afwachting van de besluitvorming over de definitieve instroomaantallen in het tweede kwartaal van 2026. Omdat er niet vooruit kon worden gelopen op toekomstige budgettaire besluitvorming, waren de richtinggevende instructies gebaseerd op de destijds geldende financiële kaders.

Welke omstandigheden maken volgens de minister dat nu mogelijk van het advies wordt afgeweken? Kan de minister daarnaast aangeven of de regio hierbij disproportioneel geraakt wordt?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.⁹

De leden van de BBB-fractie vragen daarnaast of de minister het met hen eens is dat juist in een sector waar sprake is van hoge werkdruk, groeiende personeelstekorten en toenemende druk op de toegankelijkheid van zorg,

terughoudendheid bij het opleiden van extra zorgprofessionals moeilijk uitlegbaar is. Hoe voorkomt de minister dat op korte termijn wordt bespaard op opleidingscapaciteit, terwijl dit op langere termijn juist kan leiden tot grotere tekorten en hogere maatschappelijke kosten?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd,¹⁰ waardoor van een eventuele besparing op de opleidingscapaciteit geen sprake is.

⁹ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

¹⁰ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

De leden van de BBB-fractie lezen dat de NVSHA waarschuwt voor een structureel en fors tekort aan SEH-artsen, terwijl de druk op de spoedeisende hulp steeds verder toeneemt door vergrijzing, complexere zorgvragen, problemen in de doorstroming binnen ziekenhuizen en personeelstekorten elders in de keten. Deelt de minister de opvatting van deze leden dat juist op de spoedeisende hulp voldoende personeel van levensbelang is voor patiënten en voor de veiligheid en houdbaarheid van de acute zorg?

Voldoende personeel om te voldoen aan de vraag naar spoedzorg in de regio is inderdaad van belang voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de acute zorg. Het gaat echter niet alleen om personeel op de spoedeisende hulp, het gaat om medewerkers in de gehele acute keten. Daarnaast is voor passende acute zorg van belang dat in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen afspraken worden gemaakt over een toekomstbestendige inrichting van de acute zorg, die rekening houdt met de zorgvraag enerzijds en beschikbare medewerkers anderzijds.

De leden van de BBB-fractie lezen daarnaast dat de NVSHA spreekt over ‘verborgen vacatures’, omdat ziekenhuizen uit financiële of strategische overwegingen niet alle openstaande vacatures tegelijk publiceren. Daarnaast maken deze leden zich zorgen over de aankomende pensioengolf. Kan de minister concreet toelichten op welke wijze dit signaal wordt meegenomen in de beoordeling van de benodigde opleidingscapaciteit?

In de ramingen van het Capaciteitsorgaan worden diverse parameters over het aanbod van SEH-artsen en de vraag naar SEH-artsen in samenhang met elkaar bezien. Informatie wordt afgeleid uit diverse databronnen en naast elkaar gelegd om daaruit nieuwe ontwikkelingen en trends af te leiden. Onderdeel van deze parameters is een inschatting van de onvervulde vraag en de verwachte pensioenuitstroom. Deze bronnen staan beschreven in de verantwoordingsrapport bij de raming Medisch Specialisten.¹¹

Is de minister bereid hierover aanvullend in gesprek te gaan met de NVSHA en het Capaciteitsorgaan, zodat tekorten niet structureel worden onderschat?

11

https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2025/12/20251219_MS_Verantwoording.pdf

Het kabinet ziet hier geen noodzaak toe door de systematiek en werkwijze van het Capaciteitsorgaan. Onderdeel van de werkwijze van het Capaciteitsorgaan is een expertmeeting met de NVSHA waarin relevante informatie wordt uitgewisseld en nader wordt geduid.

De leden van de BBB-fractie constateren dat de NVSHA aangeeft dat er momenteel sprake zou zijn van een tekort van circa 300 opgeleide SEH-artsen. Hoe beoordeelt de minister deze analyse?

Het kabinet beschikt zelf niet over gegevens over de exacte tekorten en volgt in de besluitvorming de analyse van het Capaciteitsorgaan. In de raming van het Capaciteitsorgaan wordt rekening gehouden met beschikbare data over tekorten en andere informatie over de toekomstige vraag naar SEH-artsen.

Acht de minister het wenselijk dat SEH-afdelingen structureel draaien op minimale bezetting, zonder ruimte voor ziekte, zwangerschap, scholing of uitval?

Het is van belang dat er voldoende ruimte in de bezetting is voor ziekte, zwangerschap, scholing of uitval. Het is aan het ziekenhuis om te zorgen voor een gezond en veilig werkklimaat. Daar hoort ook bij dat er bij het roosteren rekening wordt gehouden met zaken als werkdruk en ruimte voor scholing. Het kabinet kan geen uitspraken doen over de wijze waarop individuele werkgevers dit invullen.

Hoe verhoudt dit zich volgens de minister tot duurzame inzetbaarheid en het voorkomen van burn-outs of uitstroom naar andere beroepen onder zorgprofessionals?

Het kabinet kan geen uitspraken doen die ingaan op de bezetting op specifieke SEH-afdelingen in relatie tot uitval of uitstroom. In het algemeen is het zo dat een hoge werkdruk tot een grotere kans op uitval en afname van het werkplezier kan leiden, wat er weer toe kan leiden dat mensen uitstromen. Echter, de ervaren werkdruk verschilt sterk per individu. En een hoge werkdruk leidt niet automatisch tot een negatieve werkbeleving. Het is belangrijk dat er ook energiebronnen zijn waar medewerkers energie uit halen, zoals autonomie, invloed op het werk, ontwikkelmogelijkheden en steun van leidinggevenden. Werkdruk en werkplezier moeten dus met elkaar in balans

zijn. Hier ligt een belangrijke taak voor werkgevers die daar een duurzaam belang bij hebben. Daarnaast is het aan de zorgaanbieders in de regio om in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en in overleg met de zorgverzekeraars afspraken te maken over de beschikbaarheid van goede spoedeisende zorg in de regio en hoe zij daarin kunnen samenwerken.

De leden van de BBB-fractie maken zich ernstig zorgen over de hoge werkdruk onder SEH-artsen. Nu al behoren SEH-artsen internationaal tot de beroepsgroepen met de hoogste druk en belasting, mede vanwege de onregelmatige diensten en de voortdurende acute verantwoordelijkheid. Deelt de minister de opvatting van de leden van de BBB-fractie dat het onverstandig is om uitsluitend te sturen op 'zo krap mogelijk roosteren', terwijl dit juist kan leiden tot extra uitval, hogere werkdruk en uiteindelijk nog grotere personeelstekorten?

Het is aan werkgevers om te zorgen voor een gezond en veilig werkklimaat. Daar hoort ook bij dat er bij het roosteren rekening wordt gehouden met zaken als verlof en werkdruk. Het kabinet kan geen uitspraken doen over de wijze waarop individuele werkgevers dit invullen.

De leden van de BBB-fractie zijn blij dat er ondanks de hoge werkdruk toch voldoende belangstelling bestaat onder sollicitanten voor de opleiding of omscholing tot SEH-arts en dat er voldoende opleidingscapaciteit is bij opleidingsziekenhuizen. De opleiding tot SEH-arts is daarnaast relatief kort. Kan de minister toelichten waarom in een sector met zulke grote tekorten en zulke hoge druk dan niet maximaal wordt ingezet op uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen?

Niet voor alle medische (vervolg)opleidingen is voldoende animo. Het kabinet deelt de blijdschap dat dat voor de opleiding tot SEH-arts wel het geval is. Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.¹²

En wat doet de minister om omscholing voor andere specialisten naar SEH-arts te bevorderen?

¹² Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

Het kabinet ziet geen aanleiding om andere specialisten om te scholen tot SEH-arts.

De leden van de BBB-fractie begrijpen uit de beantwoording van eerdere Kamervragen dat het kabinet niet vooruit wil lopen op budgettaire besluitvorming. Deze leden vragen de minister echter of zij het met hen eens is dat financiële kaders nooit leidend mogen zijn boven de toegankelijkheid en veiligheid van acute zorg. Hoe weegt de minister het risico mee dat onvoldoende opleidingsplaatsen nu zullen leiden tot grotere personeelstekorten, meer SEH-noodstops, sluiting of afbouw van ziekenhuizen of afdelingen en hogere maatschappelijke kosten in de toekomst?

De toegankelijkheid en veiligheid van de acute zorg is van groot belang. Het kabinet kan echter geen financiële toezeggingen doen zonder dekking. Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.¹³

De leden van de BBB-fractie lezen dat de minister verwijst naar het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), regionale samenwerking en technologische innovaties. Deze leden erkennen dat dergelijke maatregelen kunnen bijdragen, maar constateren tegelijkertijd dat technologie geen extra arts aan het bed zet wanneer de SEH overvol raakt. Deelt de minister de opvatting dat voldoende goed opgeleide zorgprofessionals uiteindelijk de basis vormen van een toegankelijke acute zorgketen? Deelt zij ook de opvatting dat technologische innovaties dus geen reden kunnen zijn om minder artsen op te leiden? Zo nee, waarom niet?

Voldoende en goed opgeleide professionals zijn nodig om de zorg in ons land kwalitatief goed en toegankelijk te houden. Tegelijkertijd constateert het kabinet dat er simpelweg niet genoeg zorgprofessionals zijn om in alle zorg en ondersteuning te voorzien waar om gevraagd wordt, ook niet in de acute zorgketen. Wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, volgt het kabinet het advies van het Capaciteitsorgaan. Tegelijkertijd blijft de zorgvraag groot. Om die reden is het noodzakelijk dat de zorg slimmer georganiseerd wordt en we volop inzetten op het gebruik van arbeidsbesparende technologische innovaties. Niet om beschikbaar personeel te vervangen, maar om het werk minder arbeidsintensief te maken en de

¹³ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

druk op het personeel te verlichten. Het is dus geen kwestie van opleiden óf inzetten op innovaties, maar voldoende opleiden én vol inzetten op arbeidsbesparende technologische innovaties.

Voor de leden van de BBB-fractie is de symbiose tussen huisarts en SEH-arts ook erg belangrijk voor de kwaliteit en betaalbaarheid van ons systeem. Nederland heeft een mooi en uniek systeem waarbij patiënten meestal eerst langs de huisarts gaan voor ze naar de SEH gaan. Voor de huisarts is de SEH-arts een belangrijk contact binnen het ziekenhuis, terwijl de SEH-arts veel heeft aan de huisarts dichterbij. Internationaal onderzoek wijst erop dat het vertrek van SEH-artsen grote gevolgen heeft voor huisartsen en leidt tot zorgwoestijnen. Op welke manier houdt de minister rekening met deze symbiose bij de besluitvorming rondom opleidingsplaatsen?

Bij de besluitvorming rondom opleidingsplaatsen laat het kabinet zich leiden door het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan. In het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan en in het verantwoordingsrapport bij de raming Medisch Specialist wordt ingegaan op de diverse parameters en ontwikkelingen en de gegevens waarmee rekening is gehouden.

De leden van de BBB-fractie vragen de minister daarnaast of zij het met deze leden eens is dat SEH-artsen een cruciale rol vervullen binnen de acute zorgketen en dat voorkomen moet worden dat deze beroepsgroep overvraagd raakt. Welke concrete maatregelen neemt de minister specifiek om de duurzame inzetbaarheid van SEH-artsen te verbeteren en uitstroom van artsen te voorkomen?

Een gezond en veilig werkklimaat is een belangrijke randvoorwaarde voor duurzame inzetbaarheid. Het is aan werkgevers om daarvoor te zorgen. Het kabinet ondersteunt werkgevers in de gehele sector daarbij door het preventieplan Zorg en welzijn te subsidiëren en implementatie van dit preventieplan te bevorderen. Deze aanpak heeft als doel het verzuim en verloop in Zorg en Welzijn te verminderen.

Steeds vaker is sprake van SEH-noodstops (een tijdelijke presentatiestop). Kan de minister aangeven hoe vaak dit momenteel voorkomt, hoe deze cijfers zich ontwikkelen en in hoeverre personeelstekorten hierbij een rol spelen?

Sinds 2023 deelt het Landelijk Netwerk Acute Zorg op verzoek van VWS één keer per kwartaal informatie over het aantal en de duur van de SEH-stops. De gegevens zijn afkomstig uit het Landelijk Platform Zorg coördinatie (LPZ). De meest recente data betreffen het eerste kwartaal van 2026: seh-stops_2026-q1.pdf. In 2025 waren er 4835 SEH-stops. Het aantal SEH-stops is in 2024 gedaald met 3,4% en in 2025 met 5,6%. Ook de duur van de stops neemt af: met 5,1% in 2024 en met 6,4% in 2025. Het LPZ biedt geen informatie over personeelstekorten als factor voor het afkondigen van een SEH-stop.

Acht de minister het risico reëel dat SEH's in de komende jaren vaker tijdelijk moeten afschalen indien de instroom van nieuwe SEH-artsen onvoldoende groeit?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.¹⁴

Hoe beoordeelt de minister voorts aan de signalen vanuit de NVSHA dat steeds meer SEH's werken met minimale bezetting, terwijl de zorgvraag juist complexer wordt. Deelt de minister de zorg dat dit uiteindelijk ten koste kan gaan van kwaliteit, veiligheid en werkplezier?

Voor passende acute zorg is het noodzakelijk dat in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen afspraken worden gemaakt over een toekomstbestendige inrichting van de acute zorg, die rekening houdt met de omvang en de aard van de zorgvraag enerzijds en beschikbare medewerkers anderzijds. Zorgverzekeraars dienen voldoende acute zorg in de keten in te kopen om aan hun zorgplicht te voldoen. Het is aan werkgevers om te zorgen dat medewerkers hun werk goed en met werkplezier kunnen doen.

De leden van de BBB-fractie benadrukken dat de spoedeisende hulp een cruciaal onderdeel vormt van de levensvatbaarheid van regionale ziekenhuizen en van de bereikbaarheid van acute zorg in de regio. Deze leden wijzen erop dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) recent nog kritisch was op nieuwe alternatieve verschijningsvormen van acute zorg en dat bovendien recent een nieuw kwaliteitskader voor de acute zorg is vastgesteld. Is de minister het met de leden van de BBB-fractie eens dat het

¹⁴ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

sluiten, afbouwen of verschralen van SEH's nooit het gevolg mag zijn van een tekort aan opleidingsplaatsen voor SEH-artsen?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd,¹⁵ waardoor van een eventueel dreigend tekort aan opleidingsplaatsen geen sprake meer is.

Hoe voorkomt de minister dat door een gebrek aan voldoende opleidingscapaciteit uiteindelijk wordt getornd aan de scope, kwaliteit en continuïteit van de spoedeisende hulp, juist in regionale ziekenhuizen en regio's waar de druk op de bereikbaarheid van zorg al groot is?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.¹⁶

Hoe kijkt de minister in dat licht naar ontwikkelingen in onder meer Denemarken, waar juist weer meer wordt ingezet op regionale spreiding van acute zorg in plaats van verdere concentratie, mede omdat dit helpt om personeel beter te behouden en aan te trekken. Welke lessen trekt de minister uit deze ontwikkeling voor de toekomst van de acute zorg in Nederland?

Zoals het kabinet aangeeft in de brief die een dezer dagen uitgaat over de uitwerking van de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio, is niet iedere regio hetzelfde en hoeft niet iedere SEH dezelfde rol of omvang te hebben. Verschillen in bevolkingssamenstelling, patiëntstromen, reisafstanden, beschikbaarheid van professionals, bestaande samenwerkingsrelaties en het totale zorgaanbod moeten kunnen meewegen als het gaat om de organisatie van de acute zorg. Keuzes over de inrichting van de acute zorg werken daarom het beste als ze zoveel mogelijk in de regio worden gemaakt. De ontwikkelroute is daarom gericht op het ondersteunen van en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg.

De leden van de BBB-fractie vragen de minister daarnaast of zij het ermee eens is dat acute zorg meer moet zijn dan enkel

¹⁵ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

¹⁶ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

een voorziening 'waar je terecht kan als je van een keukentrap gevallen bent, met een net te diepe snijwond of met pijn rechtsonder in je buik' (SIRM, 2026). Hoe borgt de minister dat regionale SEH's ook in de toekomst voldoende capaciteit, deskundigheid en breedte behouden om complexe acute zorg te kunnen blijven leveren?

De voorbeelden in het SIRM-rapport illustreren de complexiteit en de verschillende zorgvragen die binnenkomen op een SEH. Het kabinet vindt dat het aanbod van spoedzorg moet passen bij de vraag naar spoedzorg in de regio. Het aanbod van spoedzorg hoeft niet in elke regio dezelfde vorm of omvang te hebben. Het kabinet verwacht van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen dat er afspraken worden gemaakt over een passende inrichting van de acute zorg in de regio. Daarbij hoort ook dat wordt bezien waar zorg anders, minder of op een andere plek wordt georganiseerd, wanneer dit beter aansluit bij kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg en personele beschikbaarheid.

Voorts vragen de leden van de BBB-fractie hoe de minister de samenhang ziet tussen het tekort aan SEH-artsen en het tekort aan SEH-verpleegkundigen. In hoeverre versterken deze tekorten elkaar op de werkvloer, bijvoorbeeld in termen van werkdruk, roosterproblemen en risico op uitval?

Een tekort aan artsen op de SEH en een tekort aan SEH-verpleegkundigen kunnen zich versterken. Het is aan het ziekenhuis om te bezien welke zorg zij goed kunnen leveren gegeven het beschikbare personeel en om dit personeel zo effectief en duurzaam mogelijk in te zetten. Verder is het aan de aanbieders in de ROAZ-regio om in overleg met de zorgverzekeraars af te spreken waar welke vorm van spoedeisende zorg wordt geboden en in welke mate, rekening houdend met de vraag naar zorg en beschikbaarheid van medewerkers.

Welke integrale aanpak kiest de minister om beide tekorten tegelijkertijd aan te pakken?

Voor de SEH-arts volgt het kabinet het advies van het Capaciteitsorgaan wat betreft het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen.¹⁷ Dit houdt in dat het kabinet het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts zal verhogen. Ook de opleiding tot SEH-verpleegkundige wordt door VWS bekostigd.

¹⁷ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

Vaak zijn SEH-artsen veel tijd kwijt aan het organiseren van uitstroom van patiënten naar andere afdelingen en instanties. De leden van BBB-fractie hebben het kabinet eerder verzocht aan te geven welke instrumenten worden ingezet om de uitstroom te verhogen. Daarop reageerde het kabinet vooral met middelen die de instroom beperken. Kan de minister daarom aangeven welke maatregelen specifiek worden genomen om uitstroom van de SEH te bevorderen?

Het kabinet zet specifiek in op betere uitstroom van de SEH via regionale zorgcoördinatie. Hierdoor kan sneller en gericht passende vervolgzorg worden georganiseerd voor patiënten die de acute zorg kunnen verlaten. Door regionaal inzicht in beschikbare capaciteit, zoals ziekenhuisbedden, verzorging en verpleging en GGZ hoeven zorgverleners minder tijd te besteden aan het zoeken naar een geschikte vervolgplek. Door brede triage, wat kennis van en begrip voor het werk en de werkwijze van andere ketenpartners inhoudt, wordt de samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen, VVT-instellingen en GGZ verbeterd, waardoor overdrachten soepeler verlopen. Dankzij zorgcoördinatie kunnen patiënten sneller doorstromen naar de juiste zorg op de juiste plek en wordt onnodig lang verblijf op de SEH of in het ziekenhuis voorkomen.

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie of de minister bereid is om, mede gelet op de signalen vanuit het veld, het advies van het Capaciteitsorgaan over substantiële uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen alsnog volledig over te nemen. Indien de minister daartoe niet bereid is, kan zij dan concreet aangeven welke gevolgen zij acceptabel acht voor de werkdruk, toegankelijkheid en continuïteit en kwaliteit van de acute zorg?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.¹⁸

Beantwoording van de vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op de brief van de NVSHA

¹⁸ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

over het Capaciteitsorgaan en opleidingsplaatsen voor SEH-artsen en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Vragen inzake het thema 1 'Het advies van het Capaciteitsorgaan: onderbouwing en opvolging'. Deze leden zijn tevreden dat de minister de opmerkingen over de absorptiecapaciteit heeft aangepast voor wat betreft de SEH-artsen. De minister geeft aan dat de NVSHA 'overtuigend heeft aangetoond dat er onder SEH-artsen meer sollicitanten dan opleidingsplaatsen zijn'. Kan de minister aangeven of er ook sectoren zijn waar het aantal opleidingsplaatsen groter is dan het aantal aanmeldingen of succesvolle sollicitaties? Er zijn artsenberoepen waarbij het aantal opleidingsplaatsen groter is dan het aantal aanmeldingen en geschikt bevonden kandidaten, met name bij artsenberoepen buiten het ziekenhuis, zoals de opleiding tot huisarts en de opleiding tot specialist oudergeneeskunde.

Deze leden hechten sterk aan de objectiviteit van het Capaciteitsorgaan, ondanks het feit dat hun schattingen wat deze leden betreft jarenlang te laag waren. Nu het advies niet of wellicht niet overgenomen wordt proberen deze leden het advies en de opvolging te doorgronden. Deze leden constateren dat de minister in eerdere beantwoording¹⁹ het ramingsmodel beschrijft als een samenstel van factoren - waaronder demografie, zorgvraag, vergrijzing, in- en uitstroom en opleidingscapaciteit - maar daarbij niet specifiek ingaat op de verwerking van verborgen vacatures. Kan de minister daarom alsnog concreet aangeven op welke manier het Capaciteitsorgaan verborgen vacatures meeneemt en in hoeverre dit bij eerdere adviezen het geval was?

Het Capaciteitsorgaan maakt met behulp van verschillende bronnen een inschatting van de onvervulde vraag. Deze bronnen staan beschreven in de verantwoordingsrapport bij de raming Medisch Specialisten.²⁰

Kan de minister aangeven in hoeverre het huidige advies rekening houdt met de vergrijzing van patiënten en hoeveel SEH-artsen nodig zijn om in dit scenario te voldoen? Kan de minister aangeven of op basis van het huidige advies de

¹⁹ Aanhangsel Handelingen II, 2025-2026, nr. 1573.

²⁰

https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2025/12/20251219_MS_Verantwoording.pdf

vergrijzing en pensioen van SEH-artsen voldoende wordt gecoverd?

In de raming houdt het Capaciteitsorgaan rekening met de uitstroom van SEH-artsen vanwege pensioen en vroegtijdige uitval. Kenmerkend voor de SEH-artsen is overigens dat het een relatief jonge beroepsgroep betreft.

En kan de minister aangeven of er meer SEH-artsen nodig zijn in het kader van weerbaarheid en defensie?

Er zit een verschil in de bekostiging van de twee typen opleidingsplaatsen. De civiele SEH-opleidingsplaatsen maken onderdeel uit van de reguliere opleidingscapaciteit en worden door VWS bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgoopleidingen. Een voorwaarde om in aanmerking te komen voor een beschikbaarheidsbijdrage is dat er zorg wordt geleverd die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz) valt. Voor het ministerie van Defensie ligt dit anders. Defensie-zorgverleners worden opgeleid voor de militaire gezondheidszorg en de inzetbaarheid van de krijgsmacht. Daarom vallen deze opleidingsplaatsen niet onder de reikwijdte van de beschikbaarheidsbijdrage. De vraag of er in het kader van weerbaarheid en defensie behoefte is aan extra SEH-artsen raakt daarmee primair aan de personeels- en capaciteitsbehoefte van het ministerie van Defensie. Eventuele aanvullende opleidingsbehoefte ten behoeve van militaire inzetbaarheid en weerbaarheid wordt door het ministerie van Defensie zelf bepaald, gepland en gefinancierd. De komende jaren wordt het militaire gezondheidszorgsysteem verbeterd en versterkt, zodat het in staat is om de inzet van de krijgsmacht in het volledige geweldsspectrum adequaat te ondersteunen. Hierbij groeit ook het bestand aan medisch personeel, waarbij het aannemelijk is dat de categorie SEH-artsen groeit.

VWS werkt op dit moment de inzet op opschaalbare noodzorg uit, met als doel om in kaart te brengen wat er nodig is voor het acuut kunnen absorberen van extreem grote groepen zorgvragers/patiënten bij crisis en conflict.

En kan de minister aangeven op welke manieren deze redeneringen zijn meegenomen in het BOLS-advies?

Stichting BOLS heeft VWS verzocht om richtinggevende instructies aan de hand waarvan alvast kon worden gestart

met de voorbereidingen voor het verdeelproces voor 2027 in afwachting van de besluitvorming over de definitieve instroomaantallen in het tweede kwartaal van 2026. Omdat er niet vooruit kon worden gelopen op toekomstige budgettaire besluitvorming, waren de richtinggevende instructies gebaseerd op het Capaciteitsplan 2027-2030 (en daarmee grotendeels op bovenstaande redenering), echter binnen de destijds geldende financiële kaders. Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.²¹

Deze leden constateren dat de minister enerzijds aangeeft niet vooruit te kunnen lopen op de budgettaire besluitvorming, terwijl VWS anderzijds aan Stichting BOLS reeds richtinggevende instructies voor het toewijzingsjaar 2027 heeft gegeven die uitdrukkelijk zijn gericht op de huidige financiële kaders. Kan de minister bevestigen dat het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen voor 2027 daarmee feitelijk reeds door de bestaande financiële kaders wordt begrensd, nog voordat de Kamer de kabinetsreactie op de ramingen heeft ontvangen?

Het doel van de richtinggevende instructies was om een handreiking te geven zodat alvast kon worden gestart met de voorbereidingen voor het verdeelproces voor 2027 in afwachting van de besluitvorming over de definitieve instroomaantallen in het tweede kwartaal van 2026. Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.²²

Hoe verhoudt zich dit tot het uitgangspunt dat de zorginhoudelijke raming van het Capaciteitsorgaan leidend is?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.²³

Deze leden constateren voorts dat de minister het oplopende tekort vooral beantwoordt met brede arbeidsmarktafspraken, zoals het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg, die zien op het totale

²¹ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

²² Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

²³ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

personeelstekort in zorg en welzijn. Kan de minister aangeven welke maatregelen specifiek zijn gericht op de opleidingscapaciteit voor SEH-artsen, los van deze brede akkoorden?

De afspraken die zijn gemaakt in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg zijn inderdaad breder gezien de reikwijdte van het personeelstekort in geheel zorg en welzijn en gezien de samenhang tussen de sectoren en beroepsgroepen. Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.²⁴ *De Kamer wordt door de minister in het tweede kwartaal van dit jaar geïnformeerd over de ramingen van het Capaciteitsorgaan over het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen voor de periode 2027 tot 2030. Kan hierin ook duidelijk gemaakt worden hoe de verdeling tussen civiel en militair voor deze jaren eruitziet? Zo nee, waarom niet? Kan deze verdeling ook meegenomen worden in de integrale reactie op de ramingen die op dit moment wordt voorbereid?*

De raming voor medisch specialisten (zoals SEH-artsen) geldt alleen de zorg die onder de Zvw of Wlz valt. Dit betekent dat de opleidingen voor Defensiepersoneel niet zijn meegenomen in de ramingen van het Capaciteitsorgaan.

Vragen inzake het thema 2 'Opleidingsplaatsen via het Instituut Samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR)'. Genoemde leden hebben een aantal vragen over het Instituut Samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR). Het IDR verbindt de Nederlandse krijgsmacht met veertien civiele relatieziekenhuizen, onder andere met het doel om traumateams te trainen en gereed te houden voor inzet, zodat militaire zorgverleners hun specialistische vaardigheden op peil kunnen houden. Een van de onderdelen van deze samenwerking is dat er SEH-artsen werkzaam bij Defensie, worden opgeleid in een van de relatieziekenhuizen en hierbij op een opleidingsplaats voor een SEH-arts geplaatst worden. Het gaat hierbij dus specifiek over de medisch specialisten in opleiding tot spoedeisende hulp arts, de AIOS die via het IDR werken. Gaan de opleidingsplekken die voor Defensie beschikbaar zijn in de relatieziekenhuizen, ten koste van het landelijke aantal beschikbare opleidingsplaatsen of zijn dit extra opleidingsplekken?

²⁴ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

Zoals hierboven toegelicht, staan de opleidingsplekken voor Defensie los van de door VWS met een beschikbaarheidsbijdrage bekostigde opleidingsplekken. Het komt wel voor dat een algemeen militair arts zich laat specialiseren tot specialist bij Defensie. Deze opleidingen worden bij civiele instituten gevolgd en door de minister van Defensie bekostigd.

Genoemde leden vragen hierbij een overzicht van de aantallen SEH-artsen die zijn opgeleid via het IDR in de afgelopen 10 jaar, met daarbij inzichtelijk hoeveel per jaar in welk relatieziekenhuis.

De afgelopen tien jaar zijn er in totaal 22 SEH-artsen opgeleid via het IDR, waarvan er nu nog 9 in de opleiding zitten.

De locaties waar deze SEH-artsen in opleiding zitten of zijn opgeleid:

- Noordwest ZH Groep, Den Helder
- Albert Schweitzer ZH, Dordrecht
- Antonius ZH, Sneek
- Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
- Dijklander ZH, Hoorn
- UMC Radboud, Nijmegen
- Meander ZH, Amersfoort
- Flevoziekenhuis, Almere
- Haga Ziekenhuis, Den Haag
- VUMC, Amsterdam
- LUMC, Leiden
- Maxima MC, Veldhoven
- UMC Groningen
- Isala Zwolle

Vragen inzake het thema 3. 'Financiering van de opleidingsplaatsen'. Wie financiert deze opleiding, het ministerie van Defensie of het relatieziekenhuis?

Het ministerie van Defensie.

Wie ontvangt de beschikbaarheidsbijdrage die vanuit het ministerie van VWS aan deze opleidingsplek beschikbaar gesteld wordt, Defensie of het relatieziekenhuis?

Zoals hierboven toegelicht komen opleidingsplaatsen ten behoeve van Defensie niet in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage.

Hoeveel beschikbaarheidsbijdrage keert VWS uit voor 1 opleidingsplek van een arts in opleiding tot specialist/AIOS (SEH-arts)?

De NZa keert de beschikbaarheidsbijdrage uit aan de opleidende zorgaanbieders. De plek voor een SEH-arts bedraagt in 2026 194.300 euro per jaar per aios voor academische ziekenhuizen en 222.400 euro per jaar per aios voor algemene ziekenhuizen.

Deze leden constateren dat sinds 1 januari 2025 ook modules van de verpleegkundige vervolgopleidingen vanuit de beschikbaarheidsbijdrage worden bekostigd. Tegen die achtergrond vragen deze leden hoe de financiering voor de mensen in opleiding via het IDR in brede zin wordt geregeld wanneer de SEH's bekostigd gaan worden middels budgetbekostiging.

Kan de minister aangeven wat de meerkosten zijn voor het opleiden van alle SEH-artsen conform het advies van het Capaciteitsorgaan?

De beschikbaarheidsbijdrage voor de vervolgopleiding spoedeisende geneeskunde bedraagt maximaal € 222.400 per jaar bij een voltijds dienstverband in een algemeen ziekenhuis. De nominale opleidingsduur bedraagt 3 jaar. Het Capaciteitsorgaan adviseert uitbreiding van de opleidingscapaciteit van 42 naar 61 plekken. Deze uitbreiding leidt structureel tot maximaal € 12,7 miljoen extra uitgaven per jaar.

En wat de meerkosten zijn bij het volledig opleiden van alle medisch specialisten conform het Capaciteitsorgaan?

De beschikbaarheidsbijdrage voor de vervolgopleiding tot medisch specialist bedraagt maximaal € 222.400 per jaar bij een voltijds dienstverband in een algemeen ziekenhuis. In het kernrapport voor de medisch en klinisch technologisch specialismen adviseert het Capaciteitsorgaan een uitbreiding van de opleidingscapaciteit van 1221 naar 1320 plekken. Op basis van de nominale opleidingsduren voor de verschillende opleidingen leidt deze uitbreiding structureel tot maximaal € 108 miljoen extra uitgaven per jaar.

Vragen inzake het thema 4. 'Toegankelijkheid van acute zorg en de positie van regionale ziekenhuizen'. Deze leden benadrukken dat juist acute zorg toegankelijk moet zijn. Het

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) stelt dat acute zorg bij uitstek tijdsgebonden (spoedeisende) zorg is die moet worden verleend in situaties waarin direct, of binnen enkele minuten tot uren, medisch ingrijpen noodzakelijk is. Het doel is het voorkomen van overlijden, blijvende gezondheidsschade of het behandelen van hevige pijn en acute ongerustheid. Deze leden maken zich zorgen over de gevolgen van het gebrek aan opleidingscapaciteit voor de regionale ziekenhuizen. Kan de minister toelichten in welke ziekenhuizen de personeelstekorten onder artsen het grootst zijn?

Het kabinet beschikt niet over gegevens op het niveau van individuele ziekenhuizen.

Kan de minister aangeven in hoeverre het gebrek aan opleidingsplaatsen regionale ziekenhuizen disproportioneel raakt?

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.²⁵

Kan de minister benadrukken dat toegankelijke acute zorg een essentieel onderdeel is van toekomstbestendigheid?

Ja. Zoals het kabinet heeft aangegeven in de beleidsbrief VWS van 24 april jl. wil het kabinet dat de zorg toegankelijk is voor iedereen die dat nodig heeft.²⁶

Deze leden constateren dat de minister de inrichting van de acute zorg, waaronder de beschikbaarheid en kwaliteit van de spoedeisende zorg, grotendeels belegt bij regionale afspraken in het kader van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en het Integraal Zorgakkoord. Deze leden wijzen erop dat juist de regio's met de grootste personeelstekorten daarmee voor de zwaarste opgave staan. Kan de minister aangeven hoe wordt voorkomen dat het overlaten aan regionale afspraken leidt tot een ongelijke beschikbaarheid van acute zorg, en welke landelijke ondergrens de minister daarbij hanteert?

In de regio bestaat het beste zicht op enerzijds de zorgvraag en anderzijds de beschikbaarheid van zorgverleners. Het voldoen aan het kwaliteitskader spoedzorgketen (waarvan

²⁵ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

²⁶ Kamerstukken II, 2025/26, 36800 XVI, nr. 191.

naar verwachting na de zomer een nieuwe versie wordt ingeschreven in het register van het Zorginstituut) beschrijft de minimale vereisten voor de organisatie van de spoedzorg. Dit kader biedt ruimte om in te spelen op de regionale situatie.

Vragen inzake het thema 5. 'Normen en kwaliteitskader voor de acute zorg'. Deze leden vrezen daarbij dat een tekort aan opleidingsplaatsen op (korte) termijn zal leiden tot nieuwe tijdrovende discussies over kwaliteit of profiel van regionale ziekenhuizen. Kan de minister aangeven wat de minimale bezetting van acute zorg en SEH is? Kan de minister aangeven of er inmiddels betere normen zijn dan de 45-minutennorm om reisafstand te meten? Kan de minister het huidige kwaliteitskader en de workforce SEH waaraan wordt gerefereerd in Zorgvisie inclusief de looptijd delen met de Kamer?

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar willen samenwerken om iedere patiënt met een spoedzorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Het kwaliteitskader is een landelijk kader voor de samenwerking tussen ketenpartners en beschrijft de minimale vereisten voor de organisatie van de spoedzorg. De 45-minutennorm is een norm die bepaalt wie er moet meewerken aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Deze norm wordt niet aangepast in het voorstel voor de wijziging van de Uitvoeringsregeling Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg zoals dat op 19 mei aan de Eerste Kamer en de Tweede Kamer is voorgelegd²⁷. Het huidige kwaliteitskader spoedzorgketen is te vinden op de website van het Zorginstituut²⁸ en de richtlijn workforce SEH op de website van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen.²⁹

Deze leden constateren dat de minister heeft aangekondigd de regelgeving rond het afschalen of (tijdelijk) sluiten van een SEH aan te scherpen, en dat beide Kamers hiervan nog voor de zomer een concept ontvangen. Kan de minister de Kamer informeren over de stand van zaken en de hoofdlijnen van deze aanscherping, en aangeven hoe deze zich verhoudt tot het tekort aan opleidingsplaatsen voor SEH-artsen?

Op 19 mei jl. hebben de Eerste Kamer en de Tweede Kamer het voorstel voor de wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wet

²⁷ Kamerstukken II, 2025/26, 36278, nr. 39.

²⁸ zorginzicht.nl/kwaliteitsstandaarden/spoedzorgketen-kwaliteitskader

²⁹ [Richtlijnen spoedeisende geneeskunde | NVSHA](#)

kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de Uitvoeringsregeling Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ontvangen³⁰. In de aanbiedingsbrief staan de belangrijkste voorgenomen wijzigingen. De wijzigingen moeten bijdragen aan een zorgvuldig besluitvormingsproces over het aanbod van acute zorg. Er is geen direct verband met het aantal opleidingsplaatsen voor SEH-artsen.

Vragen inzake thema 6. 'Pandemische paraatheid en opschaalbaarheid van de SEH-capaciteit'. De leden van de Groep Markuszower constateren dat de SEH bij een pandemie of grootschalige gezondheids crisis de eerste piek aan patiënten opvangt, terwijl de opleiding tot SEH-arts meerdere jaren duurt en dus niet op korte termijn kan worden opgeschaald. Een structureel tekort betekent daarmee dat er geen buffer is voor crisisop schaling. Kan de minister aangeven of de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor SEH-artsen voor 2027-2030 uitsluitend uitgaan van de reguliere zorgvraag, of dat daarin ook de benodigde opschaalcapaciteit voor een pandemie of crisis is meegewogen?

Het Capaciteitsorgaan heeft een inschatting gemaakt van de vraag naar SEH-artsen op basis van informatie die in 2025 beschikbaar is. Het Capaciteitsorgaan brengt daarbij zowel de demografische als de niet-demografische vraag in kaart. De ervaring met pandemische paraatheid tijdens corona heeft geleerd dat het daarbij niet alleen gaat om de inzet van SEH-artsen, maar een bredere inzet en flexibiliteit van medisch specialisten.

Deze leden constateren dat de minister in eerdere beantwoording op de vraag of het verantwoord is dat SEH-afdelingen zonder buffer opereren, heeft verwezen naar de mogelijkheid van een tijdelijke presentatiestop. Deze leden merken op dat een presentatiestop een noodmaatregel binnen de reguliere zorg is en geen opschaalbare crisiscapaciteit. Kan de minister aangeven hoe de acute zorg bij een pandemie of grootschalige crisis kan opschalen wanneer er in de reguliere situatie reeds geen buffer beschikbaar is?

Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg moeten ziekenhuizen en andere zorgaanbieders een crisisplan hebben. Bij een onverwacht hoge toestroom van patiënten kan het ziekenhuis ertoe besluiten zijn reguliere

³⁰ Kamerstukken II, 2025/26, 36278, nr. 39.

zorgcapaciteit (op de SEH) op te schalen. In het plan hiervoor staat hoe een ziekenhuis de reguliere zorg opschaaft om bij grootschalige incidenten of rampen in korte tijd een grote stroom slachtoffers op te vangen en te behandelen. Voor het geval van een langdurige crisis zijn er in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) werkafspraken over opschalen van capaciteit en het verdelen van de druk. Waar nodig kan het ROAZ het Regionale Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS) activeren. Wanneer de omvang van een crisis landelijke of internationale coördinatie van patiëntenspreiding vraagt, kan het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) het Landelijk Coördinatiecentrum Patientenspreiding activeren, hiermee wordt de coördinatiefunctie opgeschaald. In de covidtijd is hiervoor een landelijk plan uitgewerkt. Het LNAZ werkt aan een herziene, generieke versie voor dit landelijke plan. Naar verwachting zal deze nieuwe versie na de zomer gepubliceerd worden.

Genoemde leden constateren dat het kabinet in het kader van pandemische paraatheid de verkorte opleiding Basis Acute Zorg heeft ingericht, die zich richt op het breder en flexibeler opleiden van verpleegkundigen, en daarnaast de Nationale Zorgreserve heeft opgezet. Kan de minister bevestigen dat deze instrumenten niet voorzien in volwaardig opgeleide SEH-artsen, en toelichten hoe het tekort aan juist deze beroepsgroep in een crisissituatie wordt opgevangen? Maken SEH-artsen onderdeel uit van de Nationale Zorgreserve?

De opleiding Basis Acute Zorg maakt onderdeel uit van het modulaire opleidingsstelsel voor verpleegkundige vervolgoopleidingen en is gericht op het opleiden van verpleegkundigen. Deze opleiding ziet niet op de opleiding van SEH-artsen. De Nationale Zorgreserve (NZR) is een landelijk netwerk van (oud)zorgmedewerkers en heeft als doel om in tijden van crisis, als de zorgcontinuïteit in gevaar is, te kunnen voorzien in de tijdelijke inzet van zorgreservisten. De NZR kan (oud)zorgmedewerkers tijdens een crisis matchen met zorgorganisaties. SEH-artsen kunnen ook aangesloten zijn bij de NZR. Echter, de NZR kan alleen in crisissituaties worden ingezet en maakt geen onderdeel uit van het reguliere zorgstelsel.

Inmiddels heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd dat wat betreft het aantal opleidingsplekken voor de SEH-arts, het advies van het Capaciteitsorgaan zal worden opgevolgd.³¹

De leden van de Groep Markuszower wijzen erop dat een deel van de SEH-capaciteit via het IDR verbonden is met Defensie. Kan de minister aangeven of bij een gelijktijdige militaire en civiele crisis een spanning ontstaat tussen de inzet van militaire SEH-artsen voor Defensie en de bezetting van de civiele SEH's?

Zoals hierboven toegelicht, werken Defensie en VWS parallel aan een militair en een civiel gezondheidszorgsysteem. Hierdoor hoeft er niet automatisch spanning te ontstaan tijdens een gelijktijdige militaire en civiele crisis.

Tot slot vragen deze leden of de minister bereid is om in de integrale reactie op de ramingen expliciet in te gaan op de vraag of de geadviseerde opleidingsaantallen voor SEH-artsen volstaan voor een pandemie- of crisisscenario, en zo nodig een afzonderlijke paraatheidsmarge te benoemen.

De reactie op de ramingen van het Capaciteitsorgaan³² heeft dit schriftelijk overleg gekruist. De ramingen van het Capaciteitsorgaan komen onafhankelijk tot stand. Er is op dit moment geen reden om deze situatie te wijzigen en een apart pandemie of crisisscenario te ontwikkelen of te vragen bij het Capaciteitsorgaan.

Deze leden vragen de minister aan te geven wat de tijdslijn is om te komen tot een definitieve beslissing. Kan de minister deze vragen beantwoorden ten behoeve van het Notaoverleg arbeidsmarktbeleid in de zorg?

Ja.

³¹ Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630

³² Kamerstukken II 2025-2026, 29282 nr. 630