

Uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp

Deel 2

1 juli 2025



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Samenvatting	3
1 Aanleiding en opdracht	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Opdracht aan de NZa	9
1.3 Uitgangspunten	12
2 Schets van de budgetbekostiging	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Vormgeving budgetten	13
2.2.1 Wie komt in aanmerking voor een seh-budget?	13
2.2.2 Afbakening van het budget	14
2.2.3 Hoogte van het budget	14
2.2.4 Inkoop in representatie	15
2.2.5 Ruimte in de contractering van het budget	16
2.2.6 Uitkomsten	17
2.3 Financiering	18
3 Aanvullende uitvoeringsvraagstukken	20
3.1 Inleiding	20
3.2 Bekostiging	20
3.3 Kwaliteit	21
3.4 Eigen risico	22
3.4.1 Eigen risico onder tranchering per 2027	22
3.4.2 Eigen risico 2027 onder de huidige systematiek	23
3.5 Risicoverevening	23
3.6 Dubbele bekostiging voorkomen: schoning en gevolgen beschikbaarheidsbijdrage en mogelijk overangsrecht	24
3.6.1 Eenmalige schoning msz-bekostiging	24
3.6.2 Gevolgen voor beschikbaarheidsbijdrage seh en mogelijk overangsrecht	26
3.7 Zorgmarkten	27
3.7.1 Zorgverleningsmarkt	27
3.7.2 Zorgverzekeringsmarkt	27

3.7.3	Zorginkoopmarkt	27
3.8	Administratieve lasten	28
3.9	Impact ziekenhuis	29
3.10	Arbeidsmarkt	30
3.11	Budgettaire effecten	31
3.11.1	Verschuiving binnen het macrokader	31
3.11.2	Verschuiving financiële middelen tussen ziekenhuizen?	32
3.11.3	Faciliteren van schoning in de contractering	33
3.11.4	Is een overschrijding van het macrokader te verwachten?	34
3.11.5	Schoningsopties voor het vrije segment (informatieproduct NZa)	34
3.12	Draagvlak en consultatie	36
3.13	Fraude- en handhavingstoets	37
3.14	Tot slot	41
3.14.1	Nadere uitwerking bekostiging en NZa-regels	41
3.14.2	Groeipad	41
3.14.3	Reacties veldpartijen	42
4	Conclusie	43
Bijlage consultatiereacties		46

Samenvatting

Aanleiding

Om de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk te houden en de acute patiënt op de meest passende manier te behandelen, is een transitie nodig van de organisatie van acute zorg. Deze transitie moet ondersteund worden door een passende bekostiging. In ons Advies bekostiging acute zorg hebben we geconcludeerd dat een budgetbekostiging met inkoop in representatie door zorgverzekeraars deze transitie kan ondersteunen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ons eind november 2024 gevraagd naar de mogelijkheden om een budgetbekostiging met inkoop in representatie in te voeren voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde. In februari 2025 hebben wij in reactie hierop het eerste deel van ons tweedelige advies uitgebracht.

Uitvoeringsadvies deel 1 en voorgenomen besluit ministerie van VWS

Na het verschijnen van ons uitvoeringsadvies deel 1, heeft de Minister voor de seh gekozen om in te zetten op het groeipad. Het groeipad dient te bestaan uit stappen die de bovengenoemde transitie van de acute zorg bevorderen. Dit is nodig om de doelstellingen van de budgetbekostiging zoals samenwerking, financiële zekerheid en toegankelijke acute zorg te kunnen realiseren.

De eerste stap van het groeipad zou bestaan uit een plan van aanpak om te komen tot een toekomstbestendig normenkader voor de acute zorg in het algemeen en het seh-landschap in het bijzonder. Hierbinnen moeten keuzes gemaakt worden over de organisatie van de acute zorg. Vervolgens wordt ten behoeve van de budgetten een keuze gemaakt over de afbakening van de budgetten. Deze budgetbekostiging zal ruimte bieden voor differentiatie tussen locaties. Daardoor zal de budgetbekostiging aansluiten bij de variatie in spoedeisende hulpen en in de kosten die de spoedeisende hulp maakt. Dit komt de financiële zekerheid van ziekenhuizen ten goede. Het geheel van bovenstaande stappen dragen bij aan een optimale inzet van schaars personeel, de samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en de samenwerking tussen het ziekenhuis en ketenpartners.

Tegelijkertijd heeft de Minister gekozen om op korte termijn stappen te zetten door het voornemen om een budgetbekostiging seh per 1 januari 2027 in te voeren. Het gaat om een budgetbekostiging met inkoop in representatie met een beperkte afbakening zoals die geldt voor de huidige beschikbaarheidsbijdrage.

Voor de acute verloskunde heeft de Minister geconcludeerd dat nog aanvullend onderzoek nodig is voordat zij hierover een keuze kan maken. Dat advies leveren wij uiterlijk 1 oktober 2025 op.

Samenvatting uitvoeringsvraagstukken

De Minister heeft de NZa gevraagd om de invoering van budgetbekostiging per 2027 voor te bereiden. Daarom geven we in dit advies invulling aan de vormgeving van de budgetbekostiging en we beantwoorden verschillende uitvoeringsvraagstukken.

Uitvoeringsvraag	Samenvatting
Bekostiging	Voor de vormgeving van het budget gebruiken we voor de hoogte van het budget de parameters die we kennen voor de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh. Deze herijken we. Dit budget is niet kostendekkend voor de gehele seh maar slechts voor een beperkte formatie van het seh-personeel en achterwacht. De financiering gebeurt via een overig zorgproduct (ozp) waarmee het budget wordt gevuld. Per 2027 is geen ruimte voor

Uitvoeringsvraag	Samenvatting
	maatwerk of aanvullende afspraken. Er dient alvast te worden gewerkt aan de beschikbaarheid van uitkomsten als onderdeel van het groeipad. De hoogte van het tarief en welke verantwoording er bij het budget hoort, bepalen we in een nadere uitwerking. ZN geeft vorm aan het representatiemodel.
Kwaliteit	De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt integraal toezicht op de kwaliteit. We koppelen de budgetten niet aan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De budget-afbakening heeft beperkt overlap met het Kwaliteitskader. We koppelen het budget aan de afbakening zoals die nu voor de beschikbaarheidsbijdrage seh geldt. Het ziekenhuis ontvangt straks een budget waarmee het kan voldoen aan de personele bezetting van de budget-afbakening.
Eigen risico	Bij een financiering met een overig zorgproduct, wordt het eigen risico aangesproken voor zowel het seh-bezoek, als het reguliere dbc-zorgproduct. Afhankelijk van de doorgang van de tranchering van het eigen risico per 2027 betekent dit tweemaal verrekening van 50 euro bij een seh-bezoek. Bij geen doorgang van de tranchering betekent dit tweemaal afrekening van het eigen risico: één keer ter hoogte van de prijs van het dbc-zorgproduct, en éénmaal ter hoogte van het tarief van het ozp, voor zover de prijs van het dbc-zorgproduct nog niet het verplicht eigen risico overstijgt. Bij een lumpsum financiering is alleen verrekening van het eigen risico met het dbc-zorgproduct bij een seh-bezoek. Bovenstaande gevolgen gelden, tenzij er een expliciete uitsluiting van het eigen risico komt voor een seh-bezoek.
Risicoverevening	In zowel een lumpsum financiering als een financiering waarbij het budget gedekt wordt door middel van prestaties is het mogelijk om kosten toe te rekenen aan individuele patiënten en in te brengen in de risicoverevening. Een lumpsum financiering gaat ten koste van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel. Hoe specifiekere kosten toegewezen kunnen worden aan verzekerden, hoe beter de risico's verevend kunnen worden. Financiering met een prestatie sluit beter aan op de risicoverevening.
Dubbele bekostiging voorkomen (schooning)	De NZa zal de dbc's uit het gereguleerde segment schonen voor een gedeelte van de hoogte van het seh-budget. Dit betekent dat we dit gedeelte van het seh-budget uit de kostprijzen van de ziekenhuizen halen wat resulteert in lagere tarieven voor de dbc's omdat we deze schonen. Hierbij houden we rekening met de huidige beschikbaarheidsbijdrage en locaties die geen 24/7 openstelling van de seh hebben.
Beschikbaarheidsbijdrage	De huidige beschikbaarheidsbijdrage zal komen te vervallen. We verwachten dat hier geen overgangsregime voor noodzakelijk is. Hiervoor is een aanpassing van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg nodig.
Zorgmarkten	We verwachten geen tot zeer beperkte effecten van de invoering van de budgetbekostiging op de zorgverleningsmarkt. Op de zorgverzekeringsmarkt hangt het precieze herverdelingseffect tussen de zorgverzekeraars af van veel factoren. Het totaal van deze effecten kan van invloed zijn op de premiestelling van zorgverzekeraars. We verwachten effect op de zorginkoopmarkt: zorgverzekeraars kopen per 2027 de seh in representatie in. Ook aan de reguliere ziekenhuiskant zal men voor een budgettaire neutrale invoering er rekening mee moeten houden dat (een deel van) de seh een eigen bekostiging kent.
Administratieve lasten	De hoeveelheid werkzaamheden nemen toe voor de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dit bestaat onder andere uit incidentele lasten (aanpassing bedrijfsvoering, technische systemen, schooning) en structurele lasten (budgetcyclus). We zien momenteel geen toename qua administratieve lasten voor de zorgverleners. De werkzaamheden voor de NZa nemen ook toe.
Impact ziekenhuis	We verwachten niet dat de capaciteit of continuïteit van de andere delen van het ziekenhuis veranderen, wel kan het zo zijn dat geldstromen binnen het ziekenhuis veranderen.
Arbeidsmarkt	We verwachten geen effect op de arbeidsmarkt. Een budgetbekostiging wordt soms ten onrechte gezien als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel, etc.) niet te hoeven maken. Echter leidt een budgetbekostiging niet tot een toename van beschikbare middelen. Daarmee is het geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen.

Uitvoeringsvraag	Samenvatting
Budgettaire effecten	Bij de invoering van de budgetbekostiging voor de seh dient een deel van het budget geschoond te worden uit het vrije segment voor het ziekenhuis om te komen tot een budgettair neutrale invoering (het andere deel van het budget schoont de NZa in het gereguleerde segment). Dit kan met verschillende methodes, waarbij sommige methodes leiden tot een verschuiving van financiële middelen tussen ziekenhuizen (vooral van grote naar kleine ziekenhuizen). We verwachten dat methodes waarbij er verschuivingen zijn tussen ziekenhuizen leiden tot meer discussies in de contractering. Daarmee zijn deze opties risico's voor een budgettair neutrale invoering. De NZa kan de schoning van het vrije segment ondersteunen met een informatieproduct maar heeft geen wettelijke bevoegdheid tot het verplichten van de manier van schonen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een budgettair neutrale invoering. Een landelijk bestuurlijk afgesproken schoningsmethode zonder financiële verschuivingen tussen ziekenhuizen is het meest kansrijk voor de budgettair neutrale invoering van budgetbekostiging.
Draagvlak en consultatie	We hebben verschillende werksessies gehouden met de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra), NVSHA (Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen), NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en ZN (Zorgverzekeraars Nederland) om input te verzamelen. Daarnaast heeft de FMS (Federatie Medisch Specialisten) input geleverd op de impact voor het ziekenhuis.
Fraude- en handhavingstoets	Een fraude- en handhavingstoets voeren we normaliter alleen uit bij voorgenomen (concrete) nationale wetgeving. Dit is niet het geval bij het voorliggend advies. Het antwoord op de gestelde vragen hangt dan ook erg af van verdere uitwerking in nadere regels. De gehanteerde definities zijn eenduidig, helder en duidelijk afgebakend. We zien een aantal beperkte risico's op fouten en fraude. Komende periode gebruiken we om nadere regelgeving op te stellen waarmee de verantwoording van het budget en de controle hierop wordt vormgegeven. Door de snelle doorvoering van de budgetbekostiging en de belangenverschillen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars signaleren we het risico op vertraging in het contracteerproces. We wijzen hierbij op de al bestaande regelgeving hiervoor en het belang van tijdig communiceren vanuit de overheid over wijzigingen.

Dit rapport geeft op veel vragen al antwoord, maar er zullen de komende tijd nog (praktische) uitvoeringsvraagstukken aan bod komen waar we in gezamenlijkheid met veldpartijen proberen te komen tot pragmatische antwoorden. We zullen dit uitwerken in beleidsregels en nadere regels. We zullen de invoering van de budgetbekostiging evalueren en de inzichten gebruiken bij de doorontwikkeling van de budgetbekostiging.

Advies NZa

Met dit tweede deel van het uitvoeringsadvies is de invoering van de budgetbekostiging voor de seh een stap dichterbij gekomen. We laten zien dat een budgetbekostiging per 2027 uitvoerbaar maar complex is en daarmee veel vraagt van partijen. Gegeven de impact van de invoering van de budgetbekostiging per 2027 zien we de invoering onlosmakelijk verbonden aan de benodigde transitie en het doorlopen van het groeipad. Deze stappen moeten dan ook gelijktijdig worden opgepakt.

Bij de beperkte afbakening zien we dat de inspanningen van alle ziekenhuizen en zorgverzekeraars niet in proportie staan tot de beperkte meerwaarde van de budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp. Pas bij een gedeeld normenkader en een budget-afbakening die recht doet aan de gehele spoedeisende hulp zullen baten zoals samenwerking, financiële zekerheid en toegankelijke acute zorg gerealiseerd kunnen worden en kan de budgetbekostiging aansluiten bij de variatie in het seh-landschap.

We pleiten er dan ook voor om snel voortgang te maken op het groeipad en dit in relatie te zien tot de gehele acute zorg. De transitie van acute zorg vraagt om een ontwikkeling van een normenkader voor de acute zorg. Zo kunnen er ook voor de langere termijn inhoudelijke keuzes gemaakt worden voor de

organisatie van de acute zorg. Doorontwikkeling van de budgetbekostiging bevordert tenslotte de transitie en draagt bij aan de doelstellingen.

Standpunt veldpartijen invoering budgetbekostiging per 2027

De NFU, ZN en de FMS zijn geen voorstander van invoering van budgetbekostiging per 2027 als eerste en tussentijdse stap richting een groeipad. De NVZ en NVSHA zijn voorstanders van invoering van een budgetbekostiging per 2027. De NVSHA vindt een financiële herverdeling naar de regionale ziekenhuizen noodzakelijk. De NVZ benadrukt dat invoering per 2027 een eerste stap is in het geheel richting het eindplaatje van budgetbekostiging met het groeipad.

1 Aanleiding en opdracht

1.1 Aanleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft eind november 2024 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een adviesaanvraag ontvangen. Deze aanvraag bestaat uit het verzoek om in kaart te brengen welke betekenisvolle stappen er gezet kunnen worden naar budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (seh) en acute verloskunde (av) in de ziekenhuiszorg. Tevens vraagt de Minister van VWS (hierna: de Minister) ons om een tijdpad voor gefaseerde invoering in 2026 en verder. De Minister vraagt ons hierbij antwoorden te geven op een aantal uitvoeringsvraagstukken.

De aanleiding voor deze vraag van het ministerie van VWS is de volgende afspraak uit het regeerprogramma van kabinet-Schoof:

“We willen dat de acute spoedeisende hulp, acute verloskunde en de intensive care afdelingen gefinancierd worden op basis van een vast budget. De NZa wordt gevraagd gefaseerd en zo snel mogelijk budgetbekostiging mogelijk te maken. Dit geeft zekerheid voor kleinere ziekenhuizen en maakt samenwerking gemakkelijker. Zorgverzekeraars kopen deze zorg in op dezelfde manier als ambulancezorg. Op deze manier werkt het kabinet aan minder marktwerking in de zorg en toegankelijke zorg in de regio.”

Samengevat beoogt het kabinet hiermee:

- Meer financiële zekerheid te geven aan kleinere ziekenhuizen;
- De samenwerking tussen ziekenhuizen en de overige partners in de keten makkelijker te maken;
- Marktwerking in de zorg te verminderen;
- Te werken aan toegankelijke acute zorg in de regio.

Toelichting kernbegrippen

Dit rapport richt zich op de beweging naar budgetbekostiging voor seh. We zien dat daarbij de verschillende begrippen en terminologie soms tot verwarring leiden. Daarom hier een omschrijving van de kernbegrippen: beschikbaarheidsbekostiging, budgetbekostiging, inkoop in representatie en de beschikbaarheidsbijdrage.

Beschikbaarheidsbekostiging

Bekostiging op basis van beschikbaarheid om een bepaalde zorgcapaciteit beschikbaar te houden ongeacht de hoeveelheid geleverde zorg. Er zijn twee vormen van beschikbaarheidsbekostiging: een budgetbekostiging en een beschikbaarheidsbijdrage.

Budgetbekostiging (inkoop via zorgverzekeraars)

Budgetbekostiging is een vorm van beschikbaarheidsbekostiging. Bij budgetbekostiging komen een zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars een budget overeen, waarbij zij de hoogte van het budget afspreken op basis van NZa-budgetparameters. De NZa stelt de overeengekomen hoogte van het budget vervolgens vast. Het doel van een budget is het bekostigen van een bepaalde soort

zorg en de daarbij behorende ondersteunende structuur en activiteiten. Om het afgesproken budget te dekken, is er sprake van financiering van de zorgverzekeraars aan de zorgaanbieder door gedeclareerde zorgprestaties te vergoeden of door lumpsum betalingen. Deze financiering vormt de opbrengsten van de zorgaanbieder.

We kennen al verschillende vormen van budgetbekostiging binnen de acute zorg. Zo bestaat erop dit moment een budgetbekostiging voor de acute ggz, de regionale ambulancevoorzieningen en de huisartsenposten. Vaak is er bij een budgetbekostiging sprake van een beschikbaarheidsfunctie. Het gaat om zorg die beschikbaar moet zijn, ongeacht of er op dat moment vraag naar is. De zorgaanbieder moet ook haar kosten kunnen dekken wanneer zij beschikbaar is maar weinig zorg levert.

Inkoop in representatie

Bij zorginkoop in representatie kopen één of twee zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars de zorg in voor die betreffende regio of zorgaanbieder. Anders dan bij volgbeleid moeten de andere zorgverzekeraars de gemaakte afspraken volgen. Dit beperkt de vrijheid van individuele zorgverzekeraars aanzienlijk en borgt de gelijkgerichtheid. Door de afwezigheid van verschillen in de contractafspraken tussen zorgverzekeraars kan de voorspelbaarheid en de continuïteit van de (financiële) bedrijfsvoering verbeteren.

Beschikbaarheidsbijdrage (overheidssubsidie)

De beschikbaarheidsbijdrage is slechts één specifieke vorm van beschikbaarheidsbekostiging; namelijk een overheidssubsidie voor bijzondere zorgfuncties. Deze vorm van bekostiging kan alleen worden ingevoerd voor vormen van zorg waarvan de kosten niet (geheel) zijn toe te rekenen naar individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of waarvan die toerekening marktverstoring werkt, en die niet op andere manier bekostigd kan worden (art. 56a Wet marktverordening gezondheidzorg (Wmg)).

Advies Bekostiging acute zorg en huidig rapport

In ons eerdere advies Bekostiging acute zorg hebben we geadviseerd om beschikbaarheidsbekostiging voor de seh vorm te geven via een budgetbekostiging met inkoop in representatie. In aansluiting op ons advies vraagt de Minister ons om advies over budgetbekostiging voor de seh en av, met inkoop in representatie door zorgverzekeraars. In dit rapport zullen we daarom hoofdzakelijk de term budgetbekostiging gebruiken, tenzij we specifiek op andere vormen van bekostiging doelen. Budgetbekostiging houdt in dit rapport per definitie dan ook inkoop via representatie in.

1.2 Opdracht aan de NZa

In de brief van 25 november 2024 (kenmerk 4008919-1075388-PZo) verzoekt de Minister van VWS de NZa om een uitvoerbaarheids- en handhavingstoets uit te brengen inzake een toekomstige budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde, met inkoop in representatie door zorgverzekeraars. Het verzoek bevat een scheiding tussen twee op te leveren adviezen:

- De Minister verzoekt ons om te adviseren welke betekenisvolle stappen per 1 januari 2026 gezet kunnen worden én te adviseren over een concreet tijdpad voor gefaseerde invoering van budgetbekostiging voor de seh en av. Dit advies ontvangt de Minister graag uiterlijk 1 februari 2025.

- De Minister verzoekt ons om uiterlijk 1 juli 2025 ons advies en antwoorden op de (in de brief) beschreven uitvoeringsvraagstukken voor een gefaseerde invoering per 2026, 2027 en 2028 van budgetbekostiging voor de seh en av op te leveren.

Daarbij stelt de Minister ons specifiek de volgende vragen:

Vragen opdracht VWS

- 1 Hoe kan budgetbekostiging met inkoop in representatie voor de seh en av zo snel mogelijk worden ingevoerd?
 - a Kunt u aangeven wat nodig is om dit te realiseren, welke keuzes daarvoor gemaakt moeten worden en welke kansen en risico's hiermee gepaard gaan?
 - b Kunt u, als onderdeel daarvan, beschrijven wat het betekent als budgetbekostiging vooralsnog wordt ingevoerd op basis van de afbakening en berekening van de kosten zoals die gebruikt worden voor de beschikbaarheidsbijdrage seh en av?
- 2 Welke stappen zijn er in het kader van een gefaseerde invoering per 2026, 2027 en 2028 te zetten, als het gaat om de invoering van budgetbekostiging voor de seh en av met inkoop in representatie?

Hierbij geldt dat we in ons uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV deel 1 antwoord hebben gegeven op bovenstaande vragen.

Belangrijkste conclusies uit het uitvoeringsadvies deel 1 in relatie tot deel 2:

In het uitvoeringsadvies deel 1 heeft de NZa de volgende twee scenario's, een groeipad en een mogelijke combinatie onderscheiden:

- 1 een budgetbekostiging met beperkte afbakening per 2027
- 2 een budgetbekostiging met bredere en gedifferentieerde afbakening per 2028
- 3 een groeipad naar budgetbekostiging op basis van een normenkader voor het acute zorglandschap
- 4 een combinatie waarin we zowel op de korte termijn eerste stappen naar budgetbekostiging zetten maar ook inzetten op het groeipad voor het toekomstbestendige acute zorglandschap.

We hebben beide scenario's getoetst aan een aantal doelstellingen: financiële zekerheid, optimale inzet schaars personeel acute zorg, redelijkerwijs kostendekkendheid, samenwerking stimuleren, toegankelijkheid seh/acute verloskunde en toegang tot overige ziekenhuiszorg, kwaliteit, risico op dubbele bekostiging, en effect op macro zorgkosten.

We concludeerden dat een budgetbekostiging op basis van een beperkte afbakening (scenario 1) slechts een gedeelte van de kosten van de seh dekt en minimaal bijdraagt aan meer samenwerking en toegankelijkheid van de seh. Een bredere afbakening met differentiatie (scenario 2) draagt meer bij aan deze doelstellingen. Daarentegen is invoering van budgetbekostiging op basis van een bredere afbakening met differentiatie, ingewikkelder als het gaat om het voorkomen van dubbele bekostiging en de doorlooptijd is langer. Bij de beperkte afbakening is het maar de vraag of alle inspanningen van alle ziekenhuizen en zorgverzekeraars in proportie staan tot de beperkte meerwaarde voor maar een klein aantal ziekenhuizen.

Groeipad

Naast de korte termijn scenario's schetsten we ook een groeipad naar een budgetbekostiging gebaseerd op een gedeeld normenkader. Dat normenkader verschaft duidelijkheid over de inrichting van de acute zorg in het algemeen en het seh-landschap in het bijzonder. Dit groeipad helpt bij de

maatschappelijke opgave waarvoor de acute zorgketen momenteel staat (stijgende zorgvraag en schaars personeel, toegankelijkheid onder druk). Binnen dit groeipad moeten er keuzes gemaakt worden die bijdragen aan een optimale inzet van schaars personeel, de samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen het ziekenhuis en ketenpartners bevorderen en beter de macro budgetneutraliteit kunnen borgen.

Mogelijke combinatie

Het risico van bovenstaand groeipad is dat op veel aspecten overeenstemming moet worden bereikt met vertraging als gevolg. Daarom hebben we genoemd dat de Minister ook kan kiezen voor een combinatie met één van de eerste twee scenario's, zowel parallel of volgtijdelijk. Dat betekent dat de Minister al in 2025 belangrijke besluiten kan nemen (een aanwijzing aan de NZa voor de wijziging per 2027, aanpassing van de risicovereeniging, inrichting van een budgetproces op basis van representatie) die leiden tot een eerste aanpassing per 2027. Vervolgens breiden we de budgetbekostiging op termijn verder uit, waarbij we ook leren van de (regionale) initiatieven die verdere optimalisering van het acute zorgnetwerk als doelstelling hebben. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars te maken krijgen met een aantal aanpassingen achter elkaar.

De Minister vraagt ons ook om antwoord te geven op een reeks met uitvoeringsvraagstukken. Deze zullen we in dit voorliggende rapport (deel 2) uitwerken. Het betreft de volgende uitvoeringsvraagstukken:

- Bekostiging
- Kwaliteit
- Eigen risico
- Risicovereeniging
- Schoning
- Gevolgen voor zorgmarkten
- Administratieve lasten
- Gevolgen voor beschikbaarheidsbijdrage seh en mogelijk overgangsrecht
- Impact ziekenhuis
- Impact av
- Arbeidsmarkt
- Budgettaire effecten
- Draagvlak en consultatie

Daarnaast vraagt de Minister om een fraude- en handhavingstoets. We zullen voor de spoedeisende hulp de vragen die hierbij horen beantwoorden:

Vragen fraude- en handhavingstoets

- 1 Zijn de gehanteerde definities voor de onder toezichtstaanden en handhavende organisaties eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke niet?
- 2 Welke mogelijkheden op fouten en fraude biedt de wijziging in de bekostiging?
- 3 Hoe groot schat u de kans in dat de mogelijkheden op fouten en fraude zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact? (risico = laag/middel/hoog)
- 4 Welke beheersmaatregelen zijn volgens u mogelijk ten aanzien van het voorkomen en bestrijden van de geïdentificeerde mogelijkheden op fouten en fraude?
- 5 Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van, het toezicht op en de handhaving van deze wijze van bekostigen voldoende controle- en handhavingsmogelijkheden zoals sancties en

maatregelen? Zijn er lacunes zoals gegevensuitwisseling die niet mogelijk zijn op grond van (privacy)wetgeving? Zo ja, welke?

Voor de acute verloskunde geldt dat we uiterlijk 1 oktober 2025 ons uitvoeringsadvies opleveren. Voorliggend rapport betreft het uitvoeringsadvies (deel 2) voor de spoedeisende hulp.

1.3 Uitgangspunten

De Minister geeft ons in haar opdrachtbrief een aantal uitgangspunten mee met betrekking tot de budgetbekostiging voor de seh:

- Budgetbekostiging geldt voor elke afdeling seh in Nederland;
- We kunnen uitgaan van de begrippen seh zoals het RIVM dit hanteert in haar Bereikbaarheidsanalyse seh's en acute verloskunde;
- Voor wat betreft kwaliteit van de zorg op seh's is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (hierna: Kwaliteitskader) leidend;
- Omdat budgetbekostiging voor alle ziekenhuizen gaat gelden, vervangt dit voor een deel van de ziekenhuizen de huidige beschikbaarheidsbijdrage voor seh en de huidige beschikbaarheidsbijdrage av;
- Inkoop vindt plaats door zorgverzekeraars in representatie;
- De invoering van budgetbekostiging is budgetneutraal.

Bovendien geldt dat de Minister in maart 2025 de Kamer heeft geïnformeerd over haar voorgenomen besluit voor de spoedeisende hulp. De Minister ziet graag dat men via een groeipad naar een gedifferentieerde budgetbekostiging komt met een door alle betrokken partijen gedeeld normenkader voor de seh. Een zorgvuldig traject hiervoor kost echter tijd, en daarom wil zij aanvullend op het groeimodel graag op de korte termijn al een stap richting budgetbekostiging zetten. De Minister vraagt ons dan ook om voorbereidingen te treffen voor het invoeren van de budgetbekostiging per 2027.

Dit voorgenomen besluit geeft meer richting en kaders voor de korte termijn. Vanuit deze kaders werken we dan ook de uitvoeringsvraagstukken uit voor de spoedeisende hulp.

We gaan hierbij uit van de volgende kaders voor de spoedeisende hulp:

- Invoering per 2027 van budgetbekostiging met inkoop in representatie.
- Voor de afbakening van het in te voeren budget geldt eenzelfde afbakening zoals momenteel geldt voor de beschikbaarheidsbijdrage seh.
- Er zal ook een groeipad komen om toe te werken naar een afbakening met ruimte voor differentiatie en met een door alle betrokken partijen gedeeld normenkader voor de seh.
- Uit de brief aan de kamer volgt niet dat er voor 2027 een transformatie van de zorg of het landschap ten grondslag ligt aan de invoering van budgetbekostiging voor de seh. Daarom gaan we uit van een beleidsarme invoering van budgetbekostiging per 2027 voor de seh.

2 Schets van de budgetbekostiging

2.1 Inleiding

Hieronder schetsen we voor de budgetbekostiging seh de mogelijkheden voor de totstandkoming van enerzijds het budget, en anderzijds de wijze waarop dit budget wordt betaald door de zorgverzekeraars: de financiering.

De Minister heeft op 14 maart 2025 de Tweede Kamer geïnformeerd over haar voorgenomen besluit over budgetbekostiging spoedeisende hulp. De Minister kiest voor een groeipad én invoering van budgetbekostiging op basis van scenario 1 uit ons uitvoeringsadvies budgetbekostiging seh en av deel 1. Dit betreft invoering van budgetbekostiging per 2027 voor de spoedeisende hulp op basis van de afbakening zoals deze nu ook geldt voor de beschikbaarheidsbijdrage seh. Voor de spoedeisende hulp geldt dat de NZa daarom uitgaat van scenario 1 bij de schets van de bekostiging.

2.2 Vormgeving budgetten

2.2.1 Wie komt in aanmerking voor een seh-budget?

De Minister heeft als uitgangspunt meegegeven dat de budgetbekostiging geldt voor elke afdeling seh in Nederland en dat we voor het begrip 'seh' uit kunnen gaan van de definitie zoals gehanteerd in de bereikbaarheidsanalyse seh's en acute verloskunde van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM gaat uit van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen om te duiden wat een basis-seh is. Het RIVM geeft hierbij aan dat hoewel het kwaliteitskader vijftien seh-normen bevat, er vier criteria als zwaarwegend worden beschouwd en daarmee als uitgangspunt dienen voor het opnemen van een seh in de bereikbaarheidsanalyse.

Vier criteria voor basis-seh in de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM

Tijdens openingstijden van de SEH is:

- 1 een gediplomeerde SEH-verpleegkundige of Medisch hulpverlener SEH aanwezig;
- 2 een gediplomeerde SEH-verpleegkundige of Medisch hulpverlener SEH met specifieke training in de opvang van traumapatiënten aanwezig;
- 3 een gediplomeerde SEH-verpleegkundige of Medisch hulpverlener SEH met specifieke training in de opvang van ernstig zieke kinderen aanwezig en;
- 4 een SEH-arts, een arts-assistent (aios, anios) of medisch specialist op de SEH aanwezig met competenties en training specifiek voor de SEH

Bron: bereikbaarheidsanalyse seh's en acute verloskunde van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

We merken hierbij op dat er discrepantie zit tussen de criteria van het RIVM en de normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

Voor zowel zorgaanbieders en zorgverzekeraars, als voor de NZa, is het van belang dat uiterlijk 1 juli van jaar t-1 bekend is welke afdelingen spoedeisende hulp (locaties) hier aan voldoen voor jaar t. Er zal dan ook een lijst moeten komen die jaarlijks tijdig wordt bijgewerkt zodat er geen discussies ontstaan over welke locatie in aanmerking komt voor een budget, en welke locatie niet. Het is ook van belang om te weten onder welke voorwaarden en door wie er locaties aan deze lijst kunnen worden toegevoegd en afgehaald.

2.2.2 Afbakening van het budget

De afbakening van de budgetbesteding is voor de NZa een belangrijk uitgangspunt op basis waarvan zij de hoogte van het budget kan bepalen. Op basis van de onder 1.3 genoemde uitgangspunten gaan we uit van de afbakening zoals deze momenteel geldt voor de beschikbaarheidsbijdrage seh¹. Deze afbakening citeren we hieronder uit de Aanwijzing met kenmerk 3266624-1017495-PZO:

- 24/7 beschikbaarheid van een seh-arts KNMG² of arts seh³
- 24/7 beschikbaarheid van een seh-verpleegkundige
- *Achterwacht tijdens avond, nacht en weekenden, voor de SEH het gaat hierbij om 14 typen medisch specialisten en 6 typen ondersteunend beroepsbeoefenaren: Intensivist, Anesthesioloog, Orthopedisch chirurg (of een traumachirurg), Vaatchirurg, GE-chirurg (of een oncologisch chirurg), Cardioloog, Kinderarts, Klinisch geriater (of internist ouderengeneeskunde), Neuroloog, Longarts, Radioloog, Internist, Medisch microbioloog, Psychiater, Anesthesieassistent, Apothekersassistent, Klinisch chemisch laborant, Radiologie laborant, Klinisch chemicus, Ziekenhuisapotheker.*

2.2.3 Hoogte van het budget

Om de maximale hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage te bepalen, hebben we voor de beschikbaarheidsbijdrage seh de bovenstaande afbakening geoperationaliseerd. Dit betekent dat we een aantal parameters hebben waarmee we de hoogte van de kosten van de bovengenoemde drie personele bezettingen kwantificeren.

Kort gezegd bepalen we de kosten per functie door te bepalen hoeveel formatie nodig is, wat de formatie kost en welke verhouding materiële kosten en kapitaallasten hierbij horen. Hieronder staat een beknopt overzicht van de formatie en kosten van de voorwacht en achterwacht en de niet-personele parameters.

Beknopt overzicht parameters huidige beschikbaarheidsbijdrage seh (prijspeil 2024)⁴

Norm voorwacht	Formatie benodigd	Kosten per fte	Vergoeding
Seh-verpleegkundige	6,13 fte	€ 102.733	€ 629.755
Seh-arts of arts seh	6,13 fte	€ 206.188	€ 1.263.932

¹ [stcrt-2021-45392.pdf](#)

² We hebben begrepen dat SEH-arts KNMG een verouderd begrip is. We verwachten dat in de voorgenomen aanwijzing door het ministerie van VWS hier rekening mee gehouden wordt.

³ Voor het begrip arts seh uit de afbakening geldt: Er zijn 'ook artsen werkzaam op de seh die geen medische vervolgopleiding in de spoedeisende geneeskunde hebben afgerond en daarvoor ook niet in opleiding zijn. Dit zijn artsen met aanvullende competenties om patiënten op het gebied van acute zorg te beoordelen en te behandelen in geval van levensbedreigende situaties, verder te noemen 'arts seh'.

⁴ [Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag - BR/REG-25108 - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

Niet-personele parameters	Vergoeding
Materiële kosten	€ 750.097
Kapitaallasten	€ 186.709
Overhead	€ 315.504

Achterwacht	Vergoeding
Kosten voor de achterwacht tijdens avond, nacht en weekend	€ 949.437

Totaal	Maximale vergoeding
Totaal maximale beschikbaarheidsbijdrage	€ 4,1 miljoen

De NZa zal bovenstaande parameters van de beschikbaarheidsbijdrage ook voor de budgetbekostiging gebruiken. De NZa voert momenteel een herijking uit op deze parameters, om tot actuele bedragen te komen die de hoogte van het budget bepalen.

We verwachten dat de hoogte van het budget uiteindelijk een bedrag van ordegrrootte 4-5 miljoen euro zal kennen, per spoedeisende hulp locatie. Voor deze locatie geldt dat deze afdeling 24/7 door een seh-arts of arts seh, en een seh-verpleegkundige bemand is en waar tijdens avond, nacht en weekend de 14 typen medisch specialisten en 6 ondersteunend beroepsbeoefenaren bereikbaar zijn voor de seh-afdeling (zie de opsomming bij 2.2.2).

Wanneer de seh-locatie geen 24/7 openstelling kent, zal de hoogte van het budget daarop worden aangepast zodat deze aansluit bij de beperktere openingstijden. Of wanneer de locatie bijvoorbeeld niet voldoet aan de omschreven beschikbaarheid van de seh-arts of arts seh. Dit zal vanwege de lagere kosten voor o.a. bezetting van personeel resulteren in een lager budget. Welke grondslagen er zijn om af te wijken van het budget, en wie daarbij welke verantwoordelijkheid draagt, zal de NZa nader onderzoeken en uitwerken in haar regelgeving.

2.2.4 Inkoop in representatie

Zorgverzekeraars zullen, voor de afbakening van de budgetbekostiging, de seh niet langer concurrentieel inkopen. Per 2027 zullen zij dit gedeelte van de seh inkopen in representatie via een representatiemodel van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het andere gedeelte van de seh dat buiten de afbakening van de budgetbekostiging valt, kent per 2027 dezelfde inkoopvorm zoals deze nu geldt.

Zorgverzekeraars geven in ZN-verband vorm aan het representatiemodel en kiezen de representerende zorgverzekeraar(s). Dit zijn er doorgaans twee. De representatie kan per ziekenhuis worden vormgegeven, maar kan ook regionaal vormgegeven worden (bijvoorbeeld per ROAZ-regio). Het nadeel van regionale representatie is dat de representerende zorgverzekeraar voor een individueel ziekenhuis niet per se het grootste marktaandeel hoeft te hebben. Maar het voordeel is dat zorgverzekeraars met een brede regionale blik de zorg kunnen inkopen.

ZN verwacht vóór 1 januari 2026 een vastgesteld overzicht te hebben van representerende zorgverzekeraars, met bijbehorende afspraken over de continuïteit voor de komende jaren. De NZa

vindt bij het vormgeven van het representatiemodel een aantal aspecten belangrijk: de continuïteit over de jaren heen, uitvoerbaarheid tijdens de contractering en voor de werkzaamheden voor de NZa, en transparantie over wie waar representeert.

De continuïteit van de representerende zorgverzekeraars over de jaren vindt de NZa belangrijk voor zowel het uitvoeren van haar eigen werkzaamheden, als voor de contracterende partijen. Het lijkt ons niet wenselijk als de representerende zorgverzekeraars frequent wisselen. Representerende zorgverzekeraars vastzetten voor een aantal jaar en minder frequent herijken zorgt ook volgens de zorgverzekeraars voor stabiliteit. Dit geeft de representerende zorgverzekeraars de kans om ervaring op te doen met de inkoop en om beleid te vormen.

Daarbij geldt dat zorgverzekeraars bij het vormgeven ook alvast de mogelijke budgetbekostigingen voor de acute verloskunde en de intensive care in het achterhoofd meenemen, zodat het gekozen representatiemodel ook bestendig is voor andere zorgvormen die in de toekomst mogelijk via een budgetbekostiging bekostigd gaan worden.

Na de vormgeving van dit representatiemodel voor de afdelingen seh, heeft de NZa deze informatie ook nodig bij het vormgeven van de jaarlijkse budgetcyclus. Dit is het jaarlijkse proces van aanvragen en vaststellen van budgetten door de NZa. Hierbij heeft de NZa in ieder geval nodig dat per jaar helder is welke zorgverzekeraars representeren bij welke seh-afdelingen.

2.2.5 Ruimte in de contractering van het budget

Sinds de invoering van het huidige zorgstelsel per 1 januari 2006 wordt onder de 'rol van de zorgverzekeraar' verstaan dat hij, voor de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet, zorgplicht heeft. De zorgverzekeraar moet zorgen dat de verzekerde tijdig, voldoende en kwalitatief goede zorg krijgt of dat de kosten vergoed worden van de benodigde zorg waarop de verzekerde recht heeft. Dit betekent in de uitgangssituatie dat de zorgverzekeraar selectief zorg kan inkopen tegen de gewenste prijs/kwaliteit verhouding. Ook bij de invoering van de budgetbekostiging blijven de zorgverzekeraars zorgplicht hebben, maar vervalt de selectieve zorginkoop.

In de nieuwe budgetsysteematiek voor de seh voor 2027 is er binnen de budgetbekostiging seh geen ruimte voor:

- Extra budgetmiddelen voor specifieke lokale omstandigheden;
- Selectieve inkoop door zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars krijgen bij de voorliggende invoering van de budgetbekostiging per 2027 (nog) geen mogelijkheden tot het toekennen van extra budgetmiddelen voor specifieke lokale omstandigheden, gegeven de gekozen afbakening en de restrictie van de budgettaire neutrale invoering. Wij verwachten echter wel dat zorgverzekeraars en aanbieders het gesprek voeren over de beschikbaarheid, de kwaliteit en uitkomsten van de seh (zie hiervoor 2.2.6 Uitkomsten). De enige ruimte die wij zien waar financiële consequenties aan verbonden kunnen worden, is wanneer voorafgaand of na afloop van het betreffende budgetjaar blijkt dat de seh niet 24/7 open is of is geweest, of wanneer het ziekenhuis niet voldoet aan de minimale formatie van bijvoorbeeld de seh-arts of arts seh zoals beschreven in de afbakening. We zullen nog nader moeten uitwerken wat de financiële consequenties zijn als er niet voldaan wordt aan de inhoud van de afbakening.

Voor de situatie vanaf 2027 zal de wijze van inkoop van (een deel van) de seh voor de zorgverzekeraar anders zijn, maar de verplichting om de verzekerde tijdig, voldoende en kwalitatief goede zorg te bieden blijft onveranderd.

De Minister heeft aangegeven dat voor alle afdelingen seh in Nederland de budgetbekostiging gaat gelden. Hiervoor moeten zorgverzekeraars (maar ook de NZa) voorafgaand aan het jaar waarvoor het voorlopige budget wordt toegekend, weten voor welke seh-afdelingen het seh-budget geldt. De zorgverzekeraar kan daarmee niet selectief inkopen.

Door het vaste budget gecombineerd met inkoop in representatie zijn de sturingsmogelijkheden van de zorgverzekeraars binnen de budgetbekostiging voor de seh zeer minimaal. Dit heeft beperkt zijn weerslag op de overige bilaterale contractering van msz. Buiten de budgetbekostiging seh zijn deze sturingsmogelijkheden momenteel wel aanwezig binnen de reguliere msz-bekostiging. Deze mogelijkheden binnen de reguliere msz-bekostiging blijven bestaan bij de invoering van de budgetbekostiging voor de seh.

2.2.6 Uitkomsten

De beschikbaarheid van informatie over uitkomsten van zorg is een randvoorwaarde voor de invoering van een goedwerkende budgetbekostiging volgens het groeipad. Beschikbaarheid en transparantie van deze informatie stellen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat om het (zorg)inhoudelijke gesprek aan te gaan over welke zorg van welke kwaliteit er wordt geleverd tegen welke vergoeding. Hiervoor is het noodzakelijk dat partijen bij de invoering en doorontwikkeling van de budgetbekostiging al afspraken maken over welke uitkomsten er geregistreerd en gedeeld worden. Dit kan zowel gaan over patiënt uitkomsten als over proces-indicatoren zoals bijvoorbeeld doorlooptijden en het aantal seh-stops.

Wij adviseren om te komen tot een minimumset van uitkomsten op landelijk niveau zodat onderling vergelijken mogelijk wordt. Dit kan het leer- en verbeterproces bij zorgaanbieders onderling verbeteren. Ook zorgt een landelijke set uitkomsten ervoor dat partijen niet lokaal het wiel opnieuw hoeven uit te vinden, het schept duidelijkheid over wat er minimaal verwacht wordt en voorkomt vertraging. Het is in eerste instantie aan partijen zelf om te komen tot een dergelijke set. Het ministerie van VWS kan als dat nodig is dit proces faciliteren, bijvoorbeeld door (onafhankelijke) expertise in te schakelen. Bij het ontwikkelen van deze set is het belangrijk om te voorkomen dat informatie dubbel wordt uitgevraagd en dat deze zoveel als mogelijk uit de systemen en (kwaliteits)registraties gehaald kunnen worden. Hierdoor worden de administratieve lasten geminimaliseerd. Partijen kunnen lokaal besluiten extra afspraken te maken over aanvullende uitkomsten. In algemene zin vinden wij het belangrijk dat informatie over uitkomsten niet alleen toegankelijk is voor zorgaanbieders onderling maar ook voor andere belanghebbenden zoals de overheid, zorgverzekeraars en de burger.

Op dit moment is het ook al mogelijk om afspraken te maken over uitkomsten in de reguliere msz-bekostiging, maar dit gebeurt nog maar zeer beperkt. In het eerdere 'Advies Bekostiging Acute Zorg' haalden we hiervoor het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam aan als mooi voorbeeld waarbij een vast budget voor de seh gepaard gaat met prestatieafspraken waar extra vergoedingen tegenover staan. Met de doorontwikkeling richting het groeipad willen we (stapsgewijs) bewegen richting een bekostiging waarin het steeds vanzelfsprekender wordt dat het (inkoop)gesprek zich naast volume en prijsafspraken, ook richt op de uitkomsten van zorg. Omdat de uitkomsten in het groeipad beschikbaar moeten zijn betekent dit dat daarvoor nu al de nodige stappen moeten worden gezet.

2.3 Financiering

Hieronder beschrijven we de financieringsmogelijkheden voor het budget van de seh. Het gaat om de geldstroom die ter dekking van het seh-budget dient. Het gaat dus niet om de hoogte of de totstandkoming van de hoogte van het budget, maar om hoe het ziekenhuis de geldstroom (de opbrengsten) ten behoeve van het budget ontvangt van de zorgverzekeraar.

We zien twee opties:

- 1 Financiering via een lumpsum;
- 2 Financiering via prestatie(s) en tarief/tarieven (prijs maal volume).

Een lumpsum budgetbekostiging voor de seh zou in de praktijk betekenen dat elk ziekenhuis een lumpsum afsprekt met de representerende zorgverzekeraar(s) en afsprekt in welke termijnen ze dit ontvangen (bijvoorbeeld per maand of per kwartaal). De NZa geeft hiervoor individuele beschikkingen af zodat de geldstroom tussen zorgverzekeraars en aanbieder kan plaatsvinden.

Bij een lumpsum financiering zijn er voor zorgverzekeraars meer werkzaamheden voor het inbrengen van kosten in de risicoverevening. Een lumpsum financiering gaat ten koste van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel. Hoe specifieker kosten toegewezen kunnen worden aan verzekerden, hoe beter de risico's verevend kunnen worden. Er is een verdeelsleutel nodig en een goede argumentatie hierbij. Hoewel er momenteel al een registratie van een zorgactiviteit voor een seh-bezoek bestaat (190015, 'Spoedeisende hulp contact op de seh-afdeling'), en deze ook wordt meegestuurd met facturatie, is dit geen zorgproduct waarmee de inbreng in de risicoverevening direct mogelijk is.

Als alternatief op lumpsum betalingen van het budget, zouden we daarom kunnen kiezen om het budget te laten 'vullen' met een seh-prestatie. Dit betekent dat we een nieuwe prestatie maken voor een seh-bezoek: een zogenaamd overig zorg product (ozp). Deze kan het ziekenhuis vervolgens registreren en declareren voor elke seh-patiënt. Deze declaraties vullen het budget dus op basis van zorglevering aan individuele patiënten, via een prestatie met bijbehorend tarief. Dit tarief zou een landelijk uniform tarief kunnen zijn.

Een alternatief voor een landelijk uniform tarief, zou een financieringsvorm met een individueel tarief of individueel sluittarief zijn. Bij een sluittarief geldt dat de NZa zowel de te verwachten aantallen seh-bezoekers als een eventueel opbrengstverschil van een voorgaand jaar verwerkt in het individuele tarief van het ozp per zorgaanbieder. Dit heeft als gevolg dat er individuele tarieven per locatie nodig zijn die van tijd tot tijd kunnen verschillen. Ook een individueel vast tarief zoals de huisartsendienstenstructuren dat kennen, leidt tot tarieven die per zorgaanbieder verschillen, vanwege de verschillen in zorgvolume tussen aanbieders.

In een dergelijk systeem met een ozp met tarief zal de hoogte van het budget waarschijnlijk gedeeld worden door het te verwachten zorgvolume (in dit geval aantal seh-bezoeken), om zo te komen tot een tarief per geleverde prestatie. Dit vraagt om jaarlijkse herziening van tarieven en geeft daarmee hogere administratieve lasten voor de zorgverzekeraars, de ziekenhuizen (want frequenter verantwoording afleggen over productie en opbrengsten) en de NZa.

Financiering met ozp met (individueel) vast tarief heeft de voorkeur

Vooruitlopend op de uitvoeringsvraagstukken, concludeert de NZa dat een ozp met een vast tarief de voorkeur heeft boven een lumpsum. De argumentatie hiervoor is:

- De werkwijze voor zorgverzekeraars in de risicoverevening. Met een ozp kunnen zij op een eenduidige en uniforme manier kosten opnemen ten behoeve van de risicoverevening;
- De werkwijze waarop andere sectoren met budgetbekostiging ook een financiering met zorgprestaties kennen (ambulancetzorg, acute ggz, huisartsendienstenstructuren);
- Financiering met prestaties is in lijn met bekostiging en financiering binnen de Zvw;
- We verwachten dat deze informatiestroom tevens kan helpen bij de doorontwikkeling van de budgetbekostiging in het kader van het groeipad.

De hoogte van het vaste tarief van het ozp, of dat zelfs sprake kan zijn van individuele vaste tarieven moet nog nader worden bepaald.

We verwachten dat de registratie van het ozp relatief makkelijk te automatiseren is in de ziekenhuissystemen. Tenslotte moeten zorgverleners momenteel ook al de zorgactiviteit seh-bezoek (190015) registreren. Een automatische afleiding naar het ozp kan ervoor zorgen dat er geen extra registratie aan de bron nodig is.

De consequentie van de keuze voor een financiering op basis van een ozp, is dat er na afloop van het jaar opbrengstverschillen kunnen ontstaan die onderling afgerekend dienen te worden. Deze verschillen ontstaan wanneer de omzet die het ziekenhuis genereert met declaraties van het ozp afwijkt van de hoogte van het budget dat is vastgesteld. Het afrekenen van het opbrengstverschil kan bij een opbrengsttekort in de vorm van verrekenbedragen. Bij een opbrengstoverschot werkt dit via vereffeningsbedragen (artikel 56b Wmg). In beide gevallen zal een afrekening nodig zijn waarmee het opbrengstverschil verdeeld wordt met een verdeelsleutel over de zorgverzekeraars. De NZa legt deze bedragen vervolgens vast in individuele beschikkingen waarmee de zorgverzekeraars en het ziekenhuis het opbrengstverschil kunnen afrekenen. De NZa zal dit samen met partijen nog nader uitwerken ten behoeve van haar regelgeving voor de seh-budgetten.

3 Aanvullende uitvoeringsvraagstukken

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk werken we de uitvoeringsvraagstukken uit die de Minister expliciet heeft opgenomen in haar opdrachtbrief aan de NZa. Het betreft de volgende uitvoeringsvraagstukken:

- Bekostiging
- Kwaliteit
- Eigen risico
- Risicoverevening
- Schoning
- Gevolgen voor zorgmarkten
- Administratieve lasten
- Gevolgen voor beschikbaarheidsbijdrage en mogelijk overgangsrecht
- Impact ziekenhuis
- Arbeidsmarkt
- Budgettaire effecten
- Draagvlak en consultatie

3.2 Bekostiging

Het gekozen scenario 1 (invoering van budgetbekostiging per 2027 voor de spoedeisende hulp op basis van de afbakening zoals deze nu ook geldt voor de beschikbaarheidsbijdrage seh) betekent dat het budget het mogelijk maakt voor ziekenhuizen om 24/7 een minimale basisformatie van seh-personeel paraat te hebben staan, ook als er geen of weinig patiënten zijn. Het budget zal kostendekkend zijn voor deze basisformatie van seh-personeel.

Dit betekent niet dat het budget kostendekkend is voor de gehele seh. Vrijwel alle seh's hebben hogere kosten dan het budget. Dit komt omdat zij (op momenten) meer formatie hebben staan dan het genoemde minimum, dit is dan nodig vanwege hogere bezoekersaantallen. Ook de andere afdelingen van het ziekenhuis die mogelijk randvoorwaardelijk kunnen zijn voor een seh zoals radiologie, laboratorium, operatiekamer en kliniek worden niet meegenomen in het budget. Concreet betekent dit dat het budget kostendekkend is voor een basisformatie van seh-personeel, maar niet voor 'de gehele seh'. De bekostiging voor de kosten die boven de omvang van de budgetbekostiging uitstijgen blijft integraal onderdeel van de msz-bekostiging, waarover (net als nu) bilaterale afspraken gemaakt kunnen worden tussen ziekenhuis en alle individuele zorgverzekeraars.

Gegeven de randvoorwaarde van de budgettaire neutrale invoering van budgetbekostiging, de beperkte afbakening en de voorkeur van de Minister voor een vast budget, zien wij geen mogelijkheid om vrije

onderhandelingsruimte te introduceren in de budgetbekostiging per 2027. Maatwerk zal naar verwachting beter mogelijk zijn na een doorontwikkeling richting het groeipad. Het staat ziekenhuizen en zorgaanbieders wel vrij om gebruik te maken van de ruimte in de contractering voor de rest van het ziekenhuis en hierin ook afspraken te maken over het gedeelte van de seh wat niet binnen de budgetbekostiging valt.

3.3 Kwaliteit

Voor het toekennen van budgetten zal de NZa niet toetsen aan de kwaliteitseisen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Wanneer een afdeling voor seh niet voldoet aan de inhoud van de budgetafbakening, ziet de NZa wel mogelijkheden om hieraan financiële consequenties te koppelen. Dit vraagt nog nadere uitwerking.

Een deel van de kwaliteitseisen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen overlapt met de bezetting van de beoogde afbakening van het seh-budget. Zo gaat de afbakening uit van de 24/7 beschikbaarheid van een seh-arts of arts seh, de 24/7 beschikbaarheid van de seh-verpleegkundige en de bereikbaarheid van een aantal achterwacht functies tijdens avond, nacht een weekend. Voor het begrip arts seh uit de afbakening geldt: *Er zijn 'ook artsen werkzaam op de seh die geen medische vervolgopleiding in de spoedeisende geneeskunde hebben afgerond en daarvoor ook niet in opleiding zijn. Dit zijn artsen met aanvullende competenties om patiënten op het gebied van acute zorg te beoordelen en te behandelen in geval van levensbedreigende situaties, verder te noemen 'arts seh'.*⁵

Het Kwaliteitskader⁶ gaat onder andere uit van:

- 1 Op elke seh is gedurende openingstijden een seh-arts KNMG of een medisch specialist aanwezig die minimaal de cursus Advanced Life Support en de cursus Advanced Pediatric Life Support afgerond heeft. Indien aan deze aanbeveling niet kan worden voldaan geldt de hiernavolgende norm. Op elke seh is gedurende openingstijden tenminste een arts aanwezig met minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een 1/2 jaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie of op de intensive care;
- 2 Tijdens openingstijden aanwezigheid van minimaal één gediplomeerde seh-verpleegkundige;
- 3 Voor de arts op de seh is van ieder poortspecialisme bij diagnostiek en behandeling altijd een poortspecialist bereikbaar voor overleg.

Toezicht op de kwaliteit van de seh hoort ook niet primair bij de rol van de NZa, de IGJ houdt hier toezicht op. De IGJ toetst de kwaliteit van zorg op de spoedeisende hulp onder andere aan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De IGJ weegt in haar toezicht altijd de context mee. Dit betekent dat de gehele context relevant is wanneer de seh niet voldoet aan een specifiek onderdeel van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Dit betekent dat de kwaliteit voor de patiënt geborgd kan zijn op de seh ook wanneer er strikt genomen niet wordt voldaan aan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De NZa ziet hierbij geen aanleiding om op basis van het toezicht van de IGJ de budgetten te corrigeren. Dit past ook niet bij onze rol. Inzichten vanuit het toezicht van de IGJ kunnen in dit verband wel relevant zijn voor de NZa, maar het toezicht van de IGJ is er niet om budgetbekostiging vast te stellen of te corrigeren.

⁵ Staatscourant 2017, 24121 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen

⁶ Kwaliteitskader Spoedzorgketen

3.4 Eigen risico

Wanneer momenteel een patiënt op de seh komt, zal het ziekenhuis deze zorgactiviteit van het seh-bezoek registreren in een al openstaand dbc-zorgproduct of het ziekenhuis opent een nieuw dbc-zorgproduct. Het openstaande zorgproduct of het geopende zorgproduct zal bij declaratie ten laste van het eigen risico van de patiënt komen. Daarmee betaalt de patiënt indirect eigen risico door het seh-bezoek. Indirect, omdat de patiënt zonder seh-bezoek ook een verrekening van het eigen risico zal ervaren bij het al openstaande dbc-zorgproduct.

Of en op welke manier het eigen risico per 2027 wordt aangesproken voor een seh-bezoek hangt nauw samen met de financieringsopties voor het budget. We schetsen hieronder eerst het gevolg van invoering van budgetbekostiging voor dbc-zorgproducten en koppelen dit aan de gevolgen voor het eigen risico. Vervolgens schetsen we het gevolg voor het eigen risico bij de twee financieringsopties. We schetsen hierbij twee situaties: één situatie waarbij we uitgaan van de voorgenomen tranchering van het eigen risico (maximaal 50 euro per behandelprestatie, en 165 euro verplicht eigen risico per 2027). En de andere situatie is dat we ook uitwerken wat het effect is voor het eigen risico wanneer de tranchering van het eigen risico per 2027 niet doorgaat.

In beide mogelijke situaties per 2027 geldt dat zowel in het geval van een lumpsum financiering als een nieuw ozp met bijbehorend tarief, het ziekenhuis bij een seh-bezoek een nieuw zorgtraject zal starten (of een bestaande voortzetten) waarbij het seh-bezoek zal worden geregistreerd als zorgactiviteit (mits wordt voldaan aan de voorwaarden hiervoor). Het dbc-zorgproduct dat uiteindelijk uit dit zorgtraject voortkomt zal de zorgverzekeraar in ieder geval verrekenen met het eigen risico. Net als in de huidige situatie. Hiermee leidt het seh-bezoek indirect (via het zorgproduct) dus tot een eigen risico betaling voor de patiënt, ongeacht de keuze voor de financieringsvorm. Dit is geen verandering ten opzichte van de huidige situatie, maar mogelijk kent het zorgproduct een iets lager tarief omdat de tarieven geschoond worden voor de budgetbekostiging seh (zie hiervoor ook 3.6.1 en 3.11).

3.4.1 Eigen risico onder tranchering per 2027

Het ministerie van VWS is voornemens om per 2027 een landelijk en zorgbrede aanpassing van het eigen risico door te voeren. Het gaat om tranchering van het verplicht eigen risico op 50 euro per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg. En daarnaast (Zvw-breed) het maximeren van het verplicht eigen risico op 165 euro per jaar. Als gevolg van deze aanpassing zal voor elke behandelprestatie een afrekening van maximaal 50 euro met het verplicht eigen risico gelden. Het bedrag is lager dan 50 euro wanneer de behandelprestatie een tarief van minder dan 50 euro kent.

Eigen risico bij introductie van een ozp

Hoewel we nog nadere uitwerking moeten geven aan de exacte vorm van een financiering met een ozp, heeft de NZa wel voorkeur voor een ozp op basis van de input van de partijen. Door de tranchering van het verplicht eigen risico per 2027, betekent de introductie van een ozp voor de seh (ook per 2027) dat tweemaal 50 euro ten laste van het verplicht eigen risico komt. Dit komt doordat naast het ozp ook nog altijd een regulier zorgproduct gedeclareerd zal worden (net als in de huidige situatie). Zowel het seh-bezoek als het zorgproduct zal voor 50 euro ten laste komen van het verplicht eigen risico, in totaal dus tweemaal 50 euro ten laste van het verplichte eigen risico. We gaan er hierbij uit dat het nieuwe ozp een tarief kent van meer dan 50 euro.

Wanneer de Minister dit een ongewenst effect vindt, kan zij voorkomen dat er bij een seh-bezoek tweemaal het eigen risico wordt aangesproken. Dit kan door alleen de verrekening met het eigen risico te laten gelden voor het dbc-zorgproduct en niet ook voor het ozp van het seh-bezoek.

Eigen risico bij lumpsum financiering

In het alternatieve financieringsscenario – wat niet de voorkeur heeft boven een financiering met een ozp – met financiering van het budget op basis van lumpsum betalingen, vindt er (naast de declaratie van het reguliere dbc-zorgproduct) geen betaling op individueel patiëntniveau plaats. Daarmee kan een seh-bezoek ook niet ten laste komen van de individuele patiënt en kan het eigen risico niet aangesproken worden specifiek voor het seh-bezoek.

Bij een lumpsum financiering zal er eenmalig 50 euro ten laste van het verplichte eigen risico komen. Dit komt door de declaratie van de geopende- of al lopende dbc-zorgproduct.

3.4.2 Eigen risico 2027 onder de huidige systematiek

Zoals hiervoor beschreven, zal ongeacht de financieringsvorm het ziekenhuis bij een seh-bezoek een nieuw zorgtraject starten (of een bestaande voortzetten) waarbij het seh-bezoek zal worden geregistreerd als zorgactiviteit (mits wordt voldaan aan de voorwaarden hiervoor). De dbc die uiteindelijk uit dit zorgtraject voortkomt zal de zorgverzekeraar verrekenen met het eigen risico.

In de huidige systematiek van het eigen risico zal een ozp een mogelijke verandering in de afrekening van het eigen risico betekenen. De introductie van het ozp – naast declaratie van de reguliere dbc met een iets lager tarief – betekent namelijk dat ook het ozp verrekend wordt met het eigen risico. De patiënt zal dan tweemaal verrekening hebben met het eigen risico: door de declaratie van de reguliere dbc (met een iets lager tarief) en door de declaratie van het nieuwe ozp.

Bij een lumpsum financiering geldt dat doordat het dbc-tarief lager wordt dit een gering effect heeft op het eigen risico. Wanneer het tarief immers lager wordt dan het verplicht (en vrijwillig) eigen risico, zal dit een neerwaarts effect hebben op de inkomsten voor de zorgverzekeraar van het eigen risico op die dbc's. Echter, we verwachten dat door de schoning de bijstelling van de dbc-tarieven gering is. Daarmee is het effect op het eigen risico ook gering.

3.5 Risicoverevening

Voor de uitwerking van dit uitvoeringsvraagstuk hebben we contact gehad met het ministerie van VWS en met het Zorginstituut. We vatten de uitkomsten van deze gesprekken hieronder samen.

Ministerie van VWS en Zorginstituut

Zorgverzekeraars zijn risicodragend over de uitgaven in de Zvw. Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat voor de budgetbekostiging voor de seh hierop geen uitzondering geldt. Dit betekent dat zorgverzekeraars de kosten in de variabele kosten van de risicoverevening dienen op te nemen.

De risicoverevening is gebaseerd op de schadelast per verzekerde. Voor zowel financiering via lumpsum als op basis van een ozp verwacht het ministerie van VWS dat de kosten voldoende adequaat kunnen worden meegenomen in de risicoverevening. Het Zorginstituut geeft aan dat een uniforme en eenduidige registratie cruciaal is voor de risicoverevening. Een lumpsum financiering gaat ten koste van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel. Hoe specifiekere kosten toegewezen kunnen worden aan verzekerden, hoe beter de risico's verevend kunnen worden. Hieruit volgt dat voor de risicoverevening financiering met een ozp de voorkeur geniet boven een lumpsum financiering waarbij zorgverzekeraars een individuele verdeelsleutel kunnen hanteren.

Het ministerie van VWS merkt hierbij op dat wijzigingen in registratie van zorgkosten en/of -gebruik in algemene zin gevolgen kunnen hebben voor de risicovereveningskenmerken. Door het Zorginstituut en ministerie van VWS wordt dan ook voorzien in jaarlijks onderhoud van vereveningskenmerken en in periodiek groot onderhoud van deze kenmerken.

Tot slot geldt voor alle bekostigingswijzigingen (dus ook voor deze) dat er regulier jaarlijks in een werkgroep gekeken wordt of die zouden moeten leiden tot een data-correctie om de historische onderzoeksdata die gebruikt worden bij de berekeningen voor de risicoverevening, beter representatief te maken voor de situatie in het vereveningsjaar. Dit betekent concreet: berekeningen voor 2027 gebeuren met kostendata 2024, en de vraag is of het nodig/opportuun is om die data over 2024 van een correctie te voorzien vanwege een verandering die per 2027 in gaat. Dit gebeurt jaarlijks in de Werkgroep Beleid Risicoverevening, waar naast het ministerie van VWS en Zorginstituut ook de belangrijkste dataleveranciers, onderzoekers en belanghebbenden in zitten. Dit is een regulier onderdeel van het proces voor de risicoverevening.

Gevolgen voor zorgverzekeraars

Een uitdaging voor zorgverzekeraars bij een lumpsum financiering is het toerekenen van de kosten aan individuele patiënten voor de risicoverevening. Er zijn dan immers geen patiëntvolgende prestaties. Zij hebben dan een verdeelsleutel nodig om de kosten goed te kunnen verdelen over patiënten of verzekerden. Hoewel er momenteel al een registratie van een zorgactiviteit voor een seh-bezoek bestaat (190015, 'Spoedeisende hulp contact op de seh-afdeling'), en deze wordt ook meegestuurd met facturatie, is dit geen zorgproduct waarmee de inbreng in de risicoverevening direct mogelijk is.

Een ozp helpt zorgverzekeraars in het eenduidig en uniform toerekenen van kosten in de risicoverevening. Daarom is dit voor hen de meest pragmatische en uitvoerbare en transparante manier van financiering.

3.6 Dubbele bekostiging voorkomen: schoning en gevolgen beschikbaarheidbijdrage en mogelijk overgangsrecht

3.6.1 Eenmalige schoning msz-bekostiging

Om dubbele bekostiging in de bekostigingssystemen van de NZa te voorkomen, dienen wij het gereguleerde gedeelte van de msz-bekostiging te schonen. Wij zullen het gereguleerde segment dan ook schonen naar rato voor de hoogte van de in te voeren seh-budgetbekostiging. We schrijven hier naar rato, want de NZa voert dit uit voor het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) van de msz-bekostiging en de zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een rol als het gaat om het schonen van het vrije segment (ook wel B-segment genoemd) in de msz-bekostiging (zie hiervoor ook 3.11).

Het gaat om een eenmalige schoning bij invoering van de budgetsystematiek per 2027. In de jaren hieropvolgend werkt deze schoning structureel door. Voor zowel het gereguleerde als het vrije segment zal de NZa de kosten voor de seh en bijbehorende zorgproduct-aantallen in de zomer van 2025 uitvragen bij de instellingen. We zullen op een later moment onderzoeken of een correctie passend is gegeven de overloop van dbc's tussen 2026 en 2027, en kans op dubbele bekostiging.

De NZa zal in haar schoning rekening houden met budgetten voor ziekenhuizen die geen 24/7 geopende seh hebben. Deze ziekenhuizen zullen niet het volledige budget ontvangen. Dat betekent dat we ziekenhuizen zonder 24/7 opening van de seh ook in de schoning een lager budget toerekenen.

Ook met ziekenhuizen die momenteel de beschikbaarheidsbijdrage seh ontvangen houden we rekening in de schoning. Doordat zij momenteel een beschikbaarheidsbijdrage voor de seh ontvangen betekent dit dat zij dit bedrag momenteel niet via de reguliere msz-bekostiging vergoed krijgen. Hun gereguleerde tarieven en hun contracteringsafspraken zijn dus al lager dan wanneer zij geen financiering vanuit de beschikbaarheidsbijdrage zouden krijgen. Met andere woorden, de ziekenhuizen die momenteel een beschikbaarheidsbijdrage seh ontvangen zijn dus in feite in hun zorgproducten hier al voor geschoond. Ziekenhuizen die reeds een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen worden daarom bij de invoering van de budgetbekostiging niet geschoond voor het bedrag ter hoogte van hun huidige beschikbaarheidsbijdrage. Voor deze ziekenhuizen geldt dat de schoning dus lager is. Net zoals dit ook voor de ziekenhuizen geldt die geen 24/7 opening van de seh hebben.

Schoning gereguleerd segment

Voor het gereguleerde segment (ook wel A-segment genoemd) zal de NZa de kostprijsmethodiek van de zorgproducten toepassen bij de schoning van de tarieven. Hier ligt geen beleidskeuze aan ten grondslag, maar deze methodiek is een gevolg van de msz kostprijsystematiek van de NZa.

Voor de schoning in het gereguleerde segment geldt dat de NZa de individuele kostprijzen per ziekenhuis van de dbc-zorgproducten gebruikt. Deze individuele kostprijzen zal de NZa vervolgens schonen. Hiervoor gebruikt de NZa een verdeelsleutel op basis van seh-contactmomenten als kostendrager.

Deze methode bestaat uit drie stappen:

1. Bepalen verdeelsleutel seh-contactmomenten
2. Schoning individuele kostprijzen per zorgproduct
3. Berekening landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per zorgproduct

1. Bepalen verdeelsleutel seh-contactmomenten

Eerst bepalen we op basis van de kostenregistratie welk gedeelte van de huidige seh-contactmomenten is geregistreerd in welk dbc-zorgproduct. Het budget van de seh wordt vervolgens verdeeld over deze contactmomenten naar rato van de kosten seh. Het aandeel van het dbc-zorgproduct bepalen we door de volgende formule:

$$\text{Aandeel zorgproduct } X = \frac{\sum \text{Aantal zorgproducten } X \text{ met hoogte SEH kosten zorgproduct } X}{\sum \text{Aantal zorgproducten met totale SEH kosten}}$$

2. Schoning individuele kostprijzen per zorgproduct

Deze verdeelsleutel gebruiken we vervolgens om de individuele kostprijs per zorgproduct te schonen. We verminderen de individuele kostprijs per dbc-zorgproduct met de hoogte van het budget vermenigvuldigd met het aandeel van de seh-kosten uit de verdeelsleutel, gedeeld op de productie van dit betreffende dbc-zorgproduct. Hierbij salderen we het bedrag dat instellingen op dit moment ontvangen als beschikbaarheidsbijdrage.

$$\text{Schoning zorgproduct } X_{inst} = \text{gem. kosten zorgproduct } X_{inst} -$$

$$\frac{((Budget\ seh_{inst} - huidige\ beschikbaarheidsbijdrage(1)_{inst}) * aandeel\ zorgproduct\ X_{inst})}{\sum Aantal\ zorgproduct\ X_{inst}}$$

gem.=gemiddelde

inst=instelling

(1) Indien instelling momenteel een beschikbaarheidsbijdrage seh ontvangt. Het gaat om de netto beschikbaarheidsbijdrage seh.

Stel dat een instelling op dit moment nog geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangt en zorgproduct X en Y hebben elk één contactmoment en de bijbehorende kosten-seh zijn respectievelijk 3% versus 6% dan is de afslag in zorgproduct Y twee keer zo groot als in zorgproduct X. De afslag wordt groter voor product X als ook het aantal contactmomenten toeneemt.

Op deze manier wordt het budget dus geschoond uit de individuele kostprijzen van de zorgproducten naar rato van het aandeel seh-contactmomenten. Als verdeelsleutel voor de hoogte van het budget houden we rekening met de hoogte van de seh-kosten per zorgproduct.

3. Berekening landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per zorgproduct

Na deze schoning op individueel kostprijsniveau per zorgproduct per ziekenhuis, berekenen we vervolgens de landelijk gewogen gemiddelde kostprijs per dbc-zorgproduct. Deze landelijke gewogen gemiddelde kostprijzen zijn de basis voor de landelijk uniforme zorgproduct-tarieven.

$$Kostprijs\ per\ zorgproduct\ X = \frac{\sum (geschoonde\ kostprijs\ per\ instelling * aantal\ per\ instelling)}{\sum aantal\ zorgproduct\ X\ alle\ instellingen}$$

Vanwege de systematiek van kostprijsberekening in de msz, kent deze schoning een herverdelingseffect tussen ziekenhuizen. Dit betekent: hoe groter het volume dat een ziekenhuis levert van een bepaalde zorgproduct, hoe groter het absolute effect op de totale zorgproduct-productie dat het ziekenhuis ervaart van een bepaalde procentuele stijging/daling van een tarief. Dit leidt tot een herverdeling van opbrengsten van ziekenhuizen met een relatief grote omzet naar ziekenhuizen met een relatief kleine omzet. Dit is inherent aan de manier van het berekenen van de landelijk gewogen kostprijzen en tarieven.

3.6.2 Gevolgen voor beschikbaarheidsbijdrage seh en mogelijk overgangsrecht

De Minister heeft als uitgangspunt meegegeven dat de in te voeren budgetbekostiging seh de beschikbaarheidsbijdrage seh vervangt. Hiervoor zal de Minister het Besluit Beschikbaarheidsbijdrage Wmg moeten wijzigen.

We verwachten ten aanzien van de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh, dat een overgangsregime niet nodig is, want de afbakening voor de budgetbekostiging zal gelijk zijn aan die van de huidige beschikbaarheidsbijdrage.

Verder geldt dat de gevoelige ziekenhuizen niet langer een beschikbaarheidsbijdrage kunnen aanvragen bij de NZa voor het jaar 2027 en de jaren daaropvolgend. Wel geldt voor hen – net zoals voor de niet-gevoelige ziekenhuizen – dat zij gezamenlijk met de representerende zorgverzekeraar(s) een budgetaanvraag in kunnen dienen bij de NZa voor de budgetbekostiging seh. De NZa heeft hiervoor nodig dat zij uiterlijk in maart 2026 een juridische grondslag van het ministerie van VWS ontvangt.

3.7 Zorgmarkten

De Minister vraagt ons wat de voorgestelde budgetbekostiging en inkoop in representatie betekent voor de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Ook vraagt de Minister ons naar de gevolgen voor het contracteerproces van de zorgverzekeraars.

3.7.1 Zorgverleningsmarkt

Voor de zorgverleningsmarkt is met name het effect op de bereikbaarheid van de seh van belang. Vanuit dit opzicht zal budgetbekostiging in geringe mate het risico op sluiting van een seh verkleinen. Voor de zorgverleningsmarkt geldt – zoals we ook in deel 1 van ons advies aangaven – dat de seh in potentie minder gemakkelijk sluit om financiële redenen, omdat er sprake gaat zijn van een vaste financiële budgetafpraak. Echter, de meeste recente sluitingen hadden geen financiële redenen maar kwamen meestal door een tekort aan personeel. Een budgetbekostiging garandeert dus niet dat er geen seh's sluiten, maar het risico op sluiting is iets kleiner.

3.7.2 Zorgverzekeringsmarkt

We verwachten beperkt effect op de zorgverzekeringsmarkt. We verwachten immers niet dat de zorgverzekeraars hun aanbod van verzekeringen of polissen wijzigen. We verwachten ook niet dat de inhoud van polissen hierdoor wijzigen.

Het te verwachte effect dat sowieso aanwezig is, komt door het laten vervallen van de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh. Namelijk door de overheveling van de totale hoogte van de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh naar de middelen waarmee zorgverzekeraars zorg inkopen.

Dit effect komt niet zozeer door de invoering van budgetbekostiging maar door het stopzetten van de beschikbaarheidsbijdrage seh en deze kosten in plaats daarvan te laten financieren door zorgverzekeraars. Dit effect komt doordat de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh een andere financieringsbron heeft (overheidssubsidie) dan de budgetbekostiging seh per 2027 (zorgverzekeraars).

De inschatting van de te verwachte effecten kunnen we niet kwantificeren. Dit hangt af van:

- De verdeling van de kosten van het vervallen van de beschikbaarheidsbijdrage en overheveling van deze kosten naar de zorgverzekeraars;
- De wijze van schoning in het vrije segment;
- De wijze waarop zorgverzekeraars de kosten van verzekerden voor de seh inbrengen in de risicoverevening en de werking van de risicoverevening;
- De nadere invulling van de financiering van het budget en de verdeling van het budget over zorgverzekeraars.

Het totaal van bovenstaande effecten kan van invloed zijn op de premiestelling van zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben hierbij aangegeven dat de impact nader onderzocht moet worden.

3.7.3 Zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt is de grootste verandering te verwachten. Zorgverzekeraars zullen immers de seh op een andere manier inkopen vanaf 2027, terwijl deze momenteel nog een integraal onderdeel is van de ziekenhuis-contractering (uitgezonderd de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh).

Naast dat het concurrentieel inkopen wegvalt en vervangen wordt door een deel van de seh in te kopen in representatie, zal ook aan de reguliere in- en verkoopkant van ziekenhuiszorg rekening gehouden moeten worden met het seh-budget.

De hoogte van het seh-budget werkt immers door in de tarieven van andere zorgproducten die voor het budget geschoond worden. Dit betekent dat de zorg buiten de afbakening van de budgetbekostiging nog steeds concurrentieel ingekocht wordt, en dat elke individuele zorgverzekeraar met elk individueel ziekenhuis afspraken dient te maken, mogelijk gegeven een landelijke bestuurlijke afspraak over de schoning van het seh-budget in het vrije segment. Zie hiervoor 3.11.

3.8 Administratieve lasten

Bij vrijwel elke verandering in bekostiging zal er in ieder geval een tijdelijke toename zijn van administratieve lasten. Daarnaast kan een verandering in de bekostiging ook een structureel effect hebben op de administratieve lasten. Als we de budgetbekostiging invoeren zal dat effect hebben op de werkzaamheden op drie niveaus. We onderscheiden hierbij de veranderingen in de werkzaamheden voor de zorgaanbieder, voor de zorgverlener en die voor de zorgverzekeraar. Daarnaast onderscheiden we werkzaamheden ten behoeve van de implementatie en de structurele werkzaamheden die anders zijn dan zonder budgetbekostiging.

	Implementatie-gerelateerde werkzaamheden	Structurele werkzaamheden
Zorgaanbieder	• Schonen van vrije segment met de zorgverzekeraar in tarieven en contract. • Informatie verstrekken in het kader van het kostprijsonderzoek • ICT-systeem wijzigen n.a.v. nieuwe bekostiging en invoering ozp. • Aanpassen interne bedrijfsvoering en verrekeningen tussen afdelingen.	• Uitvoeren budgetcyclus – hoewel deze voor de bekostiging per 2027 beperkt zal zijn.
Zorgverlener	• Op voorhand zien we geen implementatie-gerelateerde werkzaamheden voor de zorgverleners.	• Op voorhand zien we geen verandering in de structurele werkzaamheden voor de zorgverleners.
Zorgverzekeraar	• Schonen van vrije segment met de zorgaanbieder in tarieven en contract. • Mogelijk ICT-systeem wijzigen n.a.v. nieuwe declaratiestroom met ziekenhuizen t.b.v. seh-budget. • Mogelijke werkzaamheden in het kader van de risicovereeniging.	• Uitvoeren budgetcyclus – hoewel deze voor de bekostiging per 2027 beperkt zal zijn.

Waar de seh op dit moment maar beperkt en wisselend onderwerp van gesprek is binnen de

inkoopgesprekken, zal dat bij de nieuwe manier van bekostigen wel het geval zijn. Dit is volgens ons noodzakelijk om budgetbekostiging te laten functioneren, en gemeenschappelijk een aanvraag te kunnen doen voor het budget. Daarnaast zien we dat financiering van de budgetbekostiging seh met een ozp extra administratieve lasten met zich mee brengt vanwege de mogelijke voor- en nacalculatie en opbrengstverrekeningen. Dit is echter wel noodzakelijk bij inkoop in representatie en om de afrekening van het budget te garanderen. De intentie van alle partijen is om deze lasten zo laag mogelijk te houden.

Ook het bijhouden van kpi's voor evaluatie, en mogelijk ook voor contractafspraken, kunnen zorgen voor extra werkzaamheden. Welke (administratieve) handelingen er precies bijkomen en voor wie, hangt af van de uitkomsten en dient gezamenlijk te worden vastgesteld.

Uit de evaluatie op de invoering van de budgetbekostiging voor de acute ggz blijkt dat op verschillende vlakken de administratieve last is toegenomen. Deze extra lasten ontstonden enerzijds uit de budgetsysteematiek zelf, maar ook door gelijktijdige implementatie van normen, andere organisatie van zorg (invoering van Generieke Module Acute Psychiatrie) en verschillende financieringsstromen die bij elkaar kwamen (Zvw, Jeugdwet). Dit zijn specifieke oorzaken die voor de seh naar verwachting per 2027 niet van toepassing zullen zijn zoals het bestaan van meerdere methoden om tot een budget te komen. Mogelijk ontstaan wel vergelijkbare vraagstukken wanneer vorm wordt gegeven aan het groeipad.

NZa

Daarnaast vraagt de uitvoering van een budgetcyclus naast de eenmalige introductie ook een structurele inspanning van de NZa. Wanneer we rekening houden met het wegvallen van de uitvoering van de beschikbaarheidsbijdrage en de capaciteit die hieruit vrijvalt verwachten we structureel 1 fte extra in te moeten zetten.

	Implementatie-gerelateerde werkzaamheden	Structurele werkzaamheden
NZa	- Vormgeving regelgeving - Schoning gereguleerde segment - Informatieproducten opleveren vrije segment - Budgetsystematiek in technische systemen verwerken	- Uitvoeren budgetcyclus: vaststellen beschikkingen. - Casuïstiek - Onderhoud regelgeving

3.9 Impact ziekenhuis

De Minister vraagt ons een inschatting te maken welk effect budgetbekostiging seh heeft op de noodzakelijke capaciteit en continuïteit van andere delen in het ziekenhuis. We verwachten niet dat de capaciteit of continuïteit van de andere delen van het ziekenhuis veranderen door een bekostigingswijziging met de huidige afbakening. Tenslotte gaat de nieuwe bekostiging per 2027 niet uit van een wijziging in de organisatie van zorg. Wel verwachten we dat in de onderlinge verrekeningen impact te merken is.

De invoering van de budgetbekostiging betekent een schoning in de zorgproducten van het ziekenhuis. Dit zullen de andere afdelingen ervaren. Mogelijke effecten hiervan zijn:

- De tarieven van zorgproducten van andere afdelingen worden geschoond en zullen hierdoor lager zijn. Dit betekent een klein neerwaarts effect op de tarieven voor de zorgproducten.
- De schoning heeft mogelijk impact op de onderlinge verrekensystematiek tussen afdelingen.
- Hetzelfde geldt ook voor het seh-budget, maar deze beweging is de andere kant op: in het seh-budget zit een stukje achterwacht. Dat moet mogelijk weer terugvloeien naar de andere afdelingen.
- Door de invoering van de budgetbekostiging heeft de seh een eigen inkomstenstroom en daardoor leggen zij een kleiner beslag op middelen van het ziekenhuis die momenteel verdeeld zijn over de zorgproducten en andere afdelingen.

Inzet van andere zorgverleners op de seh - buiten de formatie op de voorwacht en achterwacht tijdens avond, nacht en weekenden - blijft met de invoering van budget-bekostiging voor de seh nog steeds mogelijk. Zij kunnen ook nog steeds een zorgproduct openen, dan wel zorgactiviteiten registreren op een al openstaand dbc-zorgproduct.

We verwachten niet dat er per saldo een verschuiving plaatsvindt van middelen van de rest van het ziekenhuis naar de seh. Omdat het om een afbakening gaat die voor geen enkel ziekenhuis de daadwerkelijke totale kosten van de seh overstijgt, is er geen sprake van een toewijzing van middelen die op dit moment nog niet gerealiseerd worden. Hierdoor wordt er geen organisatieverandering gestimuleerd. Dit zou anders liggen als het seh-budget de huidige kosten overstijgt. In dat geval zou er een verschuiving van middelen van de rest van het ziekenhuis naar de seh plaatsvinden, gegeven een budgettair neutrale invoering. Dit is met de huidige afbakening dus niet het geval.

De invoering van de budgetbekostiging voor de seh vindt per 2027 beleidsarm plaats. Er ligt geen transformatie van de zorg of het zorglandschap ten grondslag aan de budgetbekostiging. Daarmee verwachten we dat – naast bovenstaande mogelijke effecten – de effecten voor de andere zorg in het ziekenhuis beperkt zijn. We verwachten bovendien niet dat de patiënt iets zal merken van de invoering van een seh-budget op het ontvangen van andere zorg in het ziekenhuis.

Wel kunnen door de schoning in het vrije segment ten behoeve van de budgettair neutrale invoering van de budgetbekostiging effecten ontstaan in de tarieven van ziekenhuizen. Dit kan betekenen dat voor bepaalde zorgproducten de onderlinge tariefverschillen tussen ziekenhuizen groter worden. Dit effect is nu nog niet goed in te schatten, omdat eerst duidelijk moet zijn hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders het vrije segment zullen gaan corrigeren in hun contractonderhandeling.

3.10 Arbeidsmarkt

Wij verwachten niet dat de budgetbekostiging voor de seh effect heeft op de inzet van zorgprofessionals en daarmee het tegengaan van personeelstekorten. Zoals we in ons eerste deel ook schreven, draagt een budgetbekostiging op zichzelf niet bij aan een betere inzet van personeel.

Het vastzetten van de huidige beschikbaarheid van seh's kan zelfs een negatief effect hebben op optimale inzet van schaars personeel. Dat budgetbekostiging financiële zekerheid geeft en daarmee personeel behoudt, hoeft niet op te gaan. Tegengestelde geluiden horen we ook: wanneer de kwaliteit van de zorglevering onder druk staat vanwege schaars personeel, maar een afdeling seh moet openblijven, kan dat ook aanleiding zijn voor verdere uitstroom van personeel.

Voor optimale inzet van schaars personeel in de acute zorg is een transitie en verandering van het aanbod van zorg nodig. Dit is een belangrijk vertrekpunt waarmee tijdens het groeipad een slag gemaakt dient te worden.

3.11 Budgettaire effecten

Het ministerie van VWS heeft ons als randvoorwaarde bij de invoering voor de budgetbekostiging per 2027 meegeven dat dit budgettair neutraal ingevoerd dient te worden. Voor een deel kan de NZa dit borgen door de door ons gereguleerde tarieven in de msz te schonen voor (een deel van) de hoogte van het seh-budget. Voor het andere deel geldt dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan zet zijn om een budgettair neutrale invoering mogelijk te maken.

We schetsen hieronder eerst de verwachte verschuiving binnen het macrokader. Dan beschouwen we in hoeverre een herverdeling tussen ziekenhuizen gerechtvaardigd is, waarbij we concluderen dat een herverdeling tussen ziekenhuizen een groot risico vormt voor de budgettair neutrale invoering van budgetbekostiging. We beschrijven daarna hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de lokale onderhandelingen de budgettair neutrale invoering kunnen borgen en aan welke schoningsopties er gedacht kan worden.

We benadrukken dat de NZa geen borging kan bieden voor de budgettair neutrale invoering van de budgetbekostiging.

3.11.1 Verschuiving binnen het macrokader

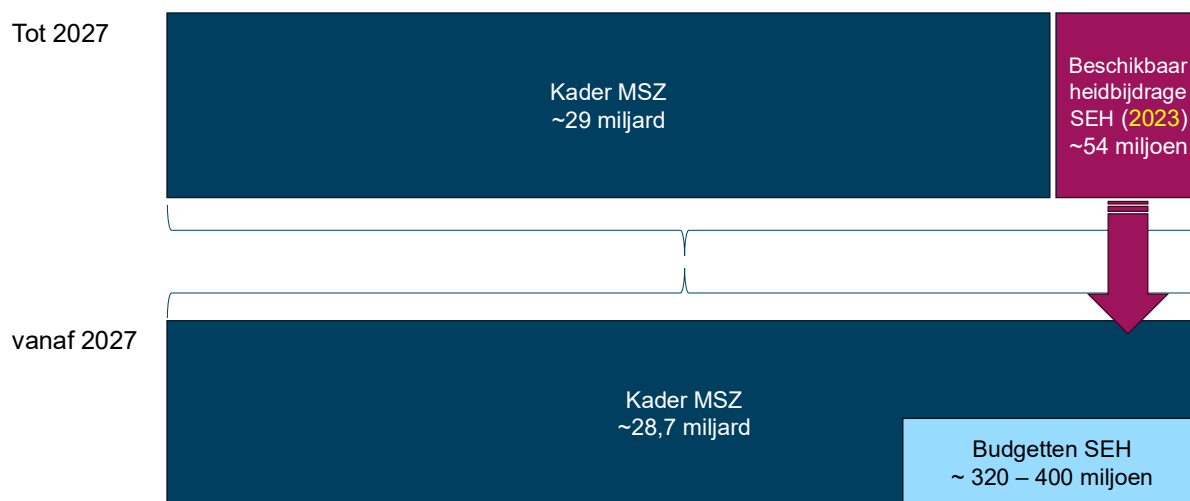
In onderstaand figuur hebben we een raming opgenomen van de verschuiving die nodig is binnen het macrokader voor een budgettair neutrale invoering van de budgetbekostiging voor de seh's.

Let op, deze raming is gebaseerd op een aantal aannames, daarom hebben we de bedragen afgerond. De exacte bedragen en verschuivingen zijn beter te schatten na de informatie uit ons kostprijsonderzoek.

In de figuur gaan we uit van 4 tot 5 miljoen euro budget per spoedeisende hulpafdeling in Nederland. We zijn hierbij o.b.v. de meest recente bereikbaarheidsanalyse van het RIVM⁷ uitgegaan van 77 locaties die 24/7 open zijn, en vier locaties die nachtsluitingen hebben en daardoor niet de volledige 4-5 miljoen euro budget zullen ontvangen.

⁷ Overzicht locaties 24/7-uurs basis-SEH's en locaties acute verloskunde 2024 | Volksgezondheid en Zorg

Figuur 1: Raming verschuiving middelen binnen het macrokader



Een deel van deze verschuiving in het macrokader is een gevolg van aanpassingen die de NZa zelf doorvoert. Dit doen we door de schoning in het gereguleerde segment vorm te geven zoals beschreven in 3.6.1. Het ministerie van VWS draagt zorg voor de verschuiving van de beschikbaarheidbijdrage, waarna wij niet langer hiervoor de beschikbaarheidbijdrage seh vaststellen.

De zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn aan zet als het gaat om de schoning van het vrije segment in de ziekenhuiszorg en daarmee verantwoordelijk voor hun aandeel in de budgettaire neutrale invoering van de budgetbekostiging. De NZa kan partijen hierbij ondersteunen door informatie te verstrekken.

3.11.2 Verschuiving financiële middelen tussen ziekenhuizen?

De opdracht van de Minister geeft aan dat de budgetbekostiging budgettair neutraal ingevoerd dient te worden. Theoretisch gezien is er binnen dit uitgangspunt ruimte voor een schoning die resulteert in een herverdeling van middelen tussen ziekenhuizen. Tegelijkertijd is dit geen primair beleidsdoel dan wel uitgangspunt van de invoering van de budgetbekostiging, en vergroot een herverdeling tussen ziekenhuizen de risico's op complexe onderhandelingen en daarmee het risico dat een budgettair neutrale invoering niet lukt.

Bij een herverdelingseffect zullen het de ziekenhuizen met hogere omzetten zijn die op basis van dat hogere volume meer geld zouden moeten inleveren dan zij aan seh budget zullen ontvangen. Dit is omdat ziekenhuizen met een hoger volume in absolute zin harder de effecten van een gemiddelde tariefdaling ervaren. Andersom zullen de ziekenhuizen met lagere omzetten minder inleveren aan de ziekenhuiskant dan zij zullen ontvangen aan seh-budget. Dit leidt tot een herverdeling van opbrengsten van ziekenhuizen met een relatief grote omzet naar ziekenhuizen met een relatief kleine omzet. De kleinere ziekenhuizen zouden er daarmee dus financieel op vooruit gaan. Grotere ziekenhuizen kunnen door het inleveren van middelen financieel in de knel komen.

Tegelijkertijd hebben ziekenhuizen met hogere omzetten vaak een sterkere onderhandelingspositie tegenover zorgverzekeraars. Hierdoor is het onzeker of zorgverzekeraars in staat zijn om met name de

besparing bij ziekenhuizen met een sterke onderhandelingspositie te realiseren in de contractering. Dit geeft een risico voor budgettair neutrale invoering van de budgetsystematiek.

Door de snelle invoering van de budgetbekostiging en de daardoor beperkte tijd voor het veld om zich daarop voor te bereiden hecht de NZa veel waarde aan eenvoud. Lokale discussies over herverdelingen van middelen tussen ziekenhuizen als gevolg van de schoning passen hier niet bij en brengen het uitgangspunt van een budgettair neutrale invoering van budgetbekostiging in gevaar. Het legt bovendien een zware last op het contracteerproces tussen ziekenhuizen en verzekeraars.

De NZa ziet daarom op dit moment een budgettair neutrale invoering niet haalbaar wanneer hier een herverdeling tussen ziekenhuizen aan gekoppeld wordt.

Invoering van budgetbekostiging voor de seh zonder herverdelingseffecten betekent dat de individuele omzetplafonds inclusief het seh-budget hetzelfde blijven als het bedrag dat een ziekenhuis in de huidige situatie aan omzet inclusief eventuele beschikbaarheidsbijdrage ontvangt. Invoering van budgetbekostiging heeft daarmee geen financiële impact.

Bij de doorontwikkeling van de bekostiging en het vormgeven van het groeipad zou een herverdeling mogelijk wel gerechtvaardigd zijn, maar dit hangt af van de invulling van het groeipad. We adviseren hier te zijner tijd vooraf expliciet uitgangspunten voor vast te stellen.

Naast eventuele herverdelingseffecten tussen ziekenhuizen, heeft de invoering van budgetbekostiging effect op herverdeling tussen zorgverzekeraars. Zoals we in paragraaf 3.7.2 hebben beschreven, hangt het precieze effect van veel factoren af.

3.11.3 Faciliteren van schoning in de contractering

We zien een viertal schoningsopties voor het vrije segment.

Het gaat om de volgende vier schoningsopties:

- Met ververdelingseffecten tussen ziekenhuizen
 - I. Schoningspercentage per zorgproduct
 - II. Schoningspercentage per zorgproduct
 - III. Schoningspercentage per segment
- Zonder herverdelingseffecten tussen ziekenhuizen
 - V. Landelijk generiek percentage

De laatste optie (IV) heeft naar onze inschatting de meeste kans van slagen aan de contracteringstafel tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars ten behoeve van de budgettair neutrale invoering van budgetbekostiging. Op basis van de gesprekken met partijen lijkt deze optie tot de minste weerstand te leiden in de contractering, omdat hierbij geen sprake is van een herverdeling van middelen tussen ziekenhuizen.

We benadrukken dat de NZa geen bevoegdheden heeft in het vrije segment waarmee zij een schoningsoptie kan afdwingen. Voor het vrije segment dienen zorgverzekeraars en de ziekenhuizen in de contractering rekening te houden met de voorwaarde van budgetneutrale invoering van de nieuwe seh-bekostiging. We verwachten dat de contracterende partijen gebaat zijn bij een landelijke uniforme afspraak over de schoning. Het is daarom belangrijk dat partijen hierover (bestuurlijke) afspraken

maken. We verwachten dan ook dat de sector onderling afspraken maakt om de schoning goed vorm te geven. De NZa kan ondersteunend zijn aan deze afspraken en helpen met een informatieproduct. We gaan in paragraaf 3.11.5 nader in op de verschillende schoningsopties.

3.11.4 Is een overschrijding van het macrokader te verwachten?

In theorie kunnen alle schoningsopties in het vrije segment leiden tot een budgettair neutrale invoering van budgetbekostiging. We verwachten in de praktijk dat wanneer individuele zorgaanbieders en individuele zorgverzekeraars gezamenlijk dezelfde methode hanteren, dat elk van die opties kan bijdragen aan de budgetneutrale invoering. Wanneer schoning voor het ene ziekenhuis gebeurt op basis van de ene optie en bij een ander ziekenhuis via een andere optie, kan dit meer complexiteit in de onderhandeling geven en daarmee meer risico opleveren voor het budgettair neutraal invoeren van budgetbekostiging.

We verwachten dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de contractering de invoering van de seh bekostiging budgettair neutraal verwerken in hun afspraken. Daarbij kunnen veldpartijen de onderhandeling vergemakkelijken door hierover landelijke afspraken te maken die vervolgens gevolgd kunnen worden in de lokale onderhandelingsstafel ten behoeve van de budgettair neutrale invoering. De NZa ondersteunt hierbij met een informatieproduct.

Wij verwachten niet dat het macro-effect dat ontstond bij de invoering van de budgetsystematiek voor de acute ggz ook zal optreden bij de invoering voor de seh. Uit gesprekken met het veld over de voorwaarde van budgettair neutrale invoering wordt regelmatig de invoering van de budgetbekostiging voor de acute ggz aangehaald. Het verschil met de acute ggz en de seh, is echter dat bij de acute ggz ook de implementatie van de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) gelijktijdig plaatsvond. De invoering van de budgetbekostiging in de acute ggz ging dus gepaard met een beleidsmatige wijziging wat leidde tot een transformatie in de levering van zorg. Voor de seh is hier per 2027 geen sprake van. Daarom verwacht de NZa geen toename van de kosten als gevolg van de implementatie van de seh-budgetten, mits een landelijke afspraak gemaakt wordt over optie IV.

3.11.5 Schoningsopties voor het vrije segment (informatieproduct NZa)

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders dienen het vrije segment te schonen voor een deel van de seh-budgetten. Het gaat om het resterende deel van het budget wat de NZa niet uit het gereguleerde segment heeft geschoond. We zien hiervoor een aantal schoningsopties. We werken voor het vrije segment de opties uit, gegeven dat we het gereguleerde segment schonen op de wijze zoals beschreven in 3.6.1.

Een aantal opties die we hieronder beschrijven, hebben als gevolg dat er op ziekenhuisniveau budgettair neutraal geschoond wordt. Een aantal andere opties hebben dit gevolg niet, wat betekent dat er wel (afhankelijk van het succesvol implementeren van de optie) landelijk/macro budgettair neutraal geschoond kan worden, maar dat er wel herverdelingen zijn tussen ziekenhuizen.

In elk van onderstaande opties houden we rekening met de hoogte van de budgetten van elk van de ziekenhuizen, en indien momenteel sprake is van een beschikbaarheidsbijdrage seh houden we hier ook rekening mee.

Opties die herverdelingseffecten met zich mee brengen

I. Schoningspercentage per zorgproduct

Met deze schoningsoptie leveren we landelijke informatie op waarmee het ziekenhuis en de zorgverzekeraars specifiek de zorgproducten die seh-kosten bevatten, kunnen schonen voor het vrije segment. We verstrekken deze informatie via een informatieproduct.

Bij deze schoningsoptie worden de dbc-zorgproducten geteld waar een spoedeisend hulp-contactmoment in is geregistreerd, en vervolgens wordt het totale budget daarover geschoond. Dit betekent dat alle zorgproducten uit beide segmenten worden geteld en daarmee geïdentificeerd als kostendrager voor de spoedeisende hulp. Dit is dezelfde manier waarop we het gereguleerde segment schonen. Het informatieproduct is dan een afslagpercentage tussen de nieuwe geschoonde kostprijs minus het ongeschoonde kostprijs en dit bedrag delen door de ongeschoonde kostprijs.

Het nadeel van deze methode is dat het ver af staat van de wijze van contratering door zorgverzekeraars. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars maken immers doorgaans eerst afspraken op het totale contract, dan deelafspraken en daaruit volgen dan de afspraken over de tarieven. Daardoor is de uitvoering complex. Daarentegen sluit het wel goed aan op de gangbare methodiek van de tariefopbouw van de gereguleerde zorgproducten.

Bij deze vorm van schoning vindt een herverdelingseffect plaats tussen instellingen. De kostprijzen van zorgproducten die seh-zorg bevatten zullen verlaagd worden. Dat betekent dat zorgaanbieders die deze zorgproducten veel leveren, daardoor in absolute zin meer geschoond worden dan zij aan inkomsten krijgen via het seh-budget. Andersom geldt dat zorgaanbieders die weinig van deze zorgproducten leveren juist meer inkomsten (dan hun schoning) ontvangen via het seh-budget.

II. Schoningspercentage per segment

Deze methode komt neer op bovenstaande methode alleen wordt het effect niet per zorgproduct weergegeven maar op totaalniveau voor het hele vrije (B-)segment. We bepalen eerst het verhouding seh-contacten tussen het A- en het B-segment. Vervolgens verdelen we de hoogte van het seh-budget conform de verhouding tussen A- en B-segment. De hoogte van de omzet in het B-segment wordt vervolgens afgeschaald met dit bedrag. Het nieuwe bedrag delen we door het oude bedrag en dit geeft het percentage per instelling.

In dit scenario verwachten we dezelfde herverdelingseffecten als in de eerstgenoemde methode. Een schoningspercentage per instelling als informatieproduct sluit echter meer aan bij de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en zal daardoor minder complex zijn.

III. Landelijk generiek percentage

Deze optie bestaat uit een hoog-over schoning voor alle aanbieders, waarbij het vrije segment voor elk ziekenhuis met hetzelfde percentage geschoond wordt.

Het generieke percentage berekenen we door eerst het gereguleerde segment te schonen. Daarna maken we inzichtelijk hoeveel er landelijk al uit het gereguleerde segment is geschoond en welk percentage (afgezet tegen de landelijke opbrengsten uit het vrije segment) er generiek nog van de andere zorgproducten geschoond moet worden om het vrije segment te corrigeren ten behoeve van de budgettaire neutrale invoering.

Dit is een eenvoudige oplossing, maar betekent wel de grootste herverdeling tussen zorgaanbieders. Deze methodiek wijkt af van de methodiek van tarieven bepaling in het gereguleerde segment, maar sluit daarentegen weer beter aan bij de wijze van contractering.

Optie die geen herverdelingseffecten met zich mee brengt

IV. Percentage per ziekenhuis

In deze optie geven we een percentage per ziekenhuis waarvoor het vrije segment geschoond kan worden. Dit doen we op basis van de kostprijsgegevens en productie-aantallen. We houden hierbij rekening met wat naar verwachting geschoond gaat worden via het gereguleerde segment. Dit betekent dat we niet uitgaan van de schoning in het kostprijsmodel voor de individuele zorgaanbieder, maar dat we rekening houden met de verwachte schoning op basis van de landelijke gewogen tarieven.

Met deze raming kunnen we inschatten welk bedrag van het totale seh-budget per zorgaanbieder nog geschoond dient te worden uit het vrije segment. Daarmee ontstaat per zorgaanbieder een bedrag waarmee we rekening hebben gehouden met de herverdeling afkomstig uit de schoning van het gereguleerde segment.

Dit betekent dat ziekenhuizen die in het gereguleerde segment al meer hebben geschoond, in het vrije segment hiervoor gecompenseerd worden, en vice versa. Een ziekenhuis dat in haar gereguleerde segment al een schoning heeft gehad van bijvoorbeeld 3 miljoen doordat zij veel zorg levert in dit segment, zal in het vrije segment nog maar geschoond worden voor de totale hoogte van het budgetbesteding seh minus de 3 miljoen. De herverdeling afkomstig door de schoning in het gereguleerde segment wordt hiermee teniet gedaan. Er is hierdoor geen sprake meer van een herverdeling tussen ziekenhuizen.

Dit bedrag (schoningsbedrag voor het vrije segment per ziekenhuis) drukken we per zorgaanbieder uit in een percentage ten opzicht van de omzet in het vrije segment. Dit percentage kan vervolgens in de contractering door elke zorgverzekeraar in mindering gebracht op de contractering voor de rest van het ziekenhuis.

Deze optie sluit aan bij de manier van contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders: Zij maken namelijk eerst afspraken over de totale omzet, dan maken zij deelafspraken en daarna pas afspraken op zorgproduct-tarieven niveau.

Bij deze optie zullen er wel tariefverschillen (in het vrije segment) ontstaan tussen ziekenhuizen met een hoge omzet (in het gereguleerde segment) die relatief (en absoluut) minder hoeven te schonen in het vrije segment, en ziekenhuizen met een lage omzet (in het gereguleerde segment) die relatief (en absoluut) meer moeten schonen in het vrije segment. We merken hierbij op dat niet op voorhand een negatief effect is voor de kleine ziekenhuizen. Lagere tarieven kunnen namelijk ook hun concurrentiepositie verbeteren.

3.12 Draagvlak en consultatie

Bij de totstandkoming van dit rapport – specifiek voor het onderdeel seh – geldt dat we de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra), NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en NVSHA (Nederlandse Vereniging van

Spoeedeisende Hulp Artsen) hebben geraadpleegd. Zo hebben we onder andere zes gezamenlijke werksessies gehouden waarbij we input bij deze partijen hebben opgehaald. Daarnaast hebben we ook input van de FMS (Federatie Medisch Specialisten) ontvangen voor de inschatting van de impact op het ziekenhuis en verwerkt in het rapport. Uiteraard hebben we ook gesproken met de IGJ, het Zorginstituut, en het ministerie van VWS.

De consultatieronde van dit rapport liep van 29 mei – 12 juni 2025. De consultatiereacties van de NFU, NVZ, NVSHA, ZN en de FMS zijn integraal onderdeel van dit advies en te vinden in de bijlage. We hebben hun reacties op de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp op hoofdlijnen weergegeven in 3.14.3.

Voor de schets van de budgetbekostiging en bij het beantwoorden van de uitvoeringsvraagstukken zijn we uitgegaan van de uitgangspunten die we van het ministerie van VWS hebben meegekregen. Deze hebben we dan ook als gegeven aangenomen tijdens de werksessies met partijen. In de werksessies hebben we de veldpartijen gevraagd te redeneren vanuit deze uitgangspunten en scenario's. Dit betekent niet dat veldpartijen het altijd eens waren met deze uitgangspunten.

3.13 Fraude- en handhavingstoets

De Minister van VWS heeft de NZa ook gevraagd om een fraude- en handhavingstoets uit te voeren met betrekking tot de invulling van de budgetbekostiging voor alle afdelingen van Nederland. Dit om de frauderisico's bij de wijziging van deze bekostiging voldoende te kunnen afwegen. Ten behoeve hiervan verzoekt zij de onderstaande vijf vragen te beantwoorden.

Een fraudetoets van de NZa ziet over het algemeen op voorgenomen (nationale) wetgeving (die door het ministerie van VWS is opgesteld). Het voorliggende uitvoeringsadvies is echter nog minder concreet. Ook staat nog niet vast of en in welke mate het advies wordt opgevolgd en hoe dit precies zijn weerslag vindt in de regels. In onderhavige fraudetoets geven wij daarom op een aantal onderdelen aan dat beantwoording van de vragen afhankelijk is van verdere uitwerking in nadere regels. Dit geldt onder andere voor de optie die zal worden gekozen voor de manier waarop de tarieven zullen worden geschoond, welke instantie het budget zal controleren en hoe die controle eruit zal komen te zien. Pas als hierover duidelijkheid is, kunnen hierover uitspraken in het kader van de fraude- handhavingstoets worden gedaan.

1. Zijn de gehanteerde definities voor de ondertoezichtstaanden en handhavende organisaties eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke niet?

De gehanteerde definities voor de ondertoezichtstaanden en handhavende organisaties zijn eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend, omdat met de keuze voor (het in het eerste deel van dit uitvoeringsadvies geschetste) scenario 1 de huidige afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage voor de spoedeisende hulp wordt gehanteerd voor de afbakening van de budgetbekostiging. Dit betekent dat het budget geldt voor alle afdelingen spoedeisende hulp in Nederland die voldoen aan de begripsomschrijving die het RIVM in zijn bereikbaarheidsanalyse hanteert voor een spoedeisende hulp.⁸

⁸ Voor de SEH leidt de inventarisatie van het zorgaanbod, met het Kwaliteitskader Spoedzorgketen als referentie, tot het vaststellen van een basis-SEH. Hoewel het kwaliteitskader vijftien seh-normen omvat, zijn voor de bereikbaarheidsanalyse vier criteria als zwaarwegend

Het RIVM publiceert elk jaar een lijst met alle seh-locaties in Nederland die hieraan voldoen. Deze lijst verschijnt echter niet aan het begin van het jaar. Het is noodzakelijk dat deze lijst voorafgaand aan elk kalenderjaar wordt gepubliceerd. Daarnaast is het noodzakelijk dat expliciet is gecontroleerd en vastgesteld dat de betreffende seh-locaties aan de genoemde begripsomschrijving voldoen, zodat op tijd bekend is welke locaties voldoen en dus budget zullen ontvangen.

De afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage heeft de minister van VWS beschreven op 28 oktober 2021 in een aanwijzing (hierna: de aanwijzing) aan de NZa.⁹ Met deze afbakening wordt al enkele jaren gewerkt. Hierdoor is het voor alle partijen duidelijk waaruit de structurele beschikbaarheid van alle spoedeisende hulpafdelingen in Nederland moet bestaan en welke zorgverleners voor het vaste budget aanwezig (de voorwacht) en bereikbaar (de achterwacht) moeten zijn.¹⁰ Als op een spoedeisende hulpafdeling meer personeel aanwezig en/of beschikbaar is, vallen deze kosten buiten het vaste budget. Deze kosten worden gefinancierd via de op dit moment in de medisch-specialistische zorg geldende prestatiebekostiging, te weten de dbc-systematiek. Met de voorgestelde wijziging blijft dit zo. Daarover wordt dan op nu al gebruikelijke manier – met concurrentiële inkoop – door zorgverzekeraars met de ziekenhuizen onderhandeld.

2. Welke mogelijkheden op fouten en fraude biedt de wijziging in de bekostiging?

Met de voorgestelde wijziging in de bekostiging krijgt elke spoedeisende hulpafdeling in Nederland een vast budget om 7 dagen per week, 24 uur per dag een seh-arts of arts seh en een seh-verpleegkundige beschikbaar te hebben (de voorwacht). Daarnaast moet een aantal andere zorgverleners (beschreven in artikel 3, eerste lid, aanhef en onder b, van de Aanwijzing) bereikbaar zijn gedurende de avond- nacht- en weekenduren (de achterwacht). Dit is grotendeels in lijn met het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, zie ook onder 2.2.1 en 3.3.

Er bestaat een risico dat de spoedeisende hulpen niet (altijd) de volledige formatie op orde hebben die is vereist voor het ontvangen van het budget, terwijl het ziekenhuis hiervoor wel budget ontvangt. Op dit moment heeft de NZa de mogelijkheden om hiermee om te gaan (zoals bijvoorbeeld een korting van het budget als de formatie niet op orde is) nog niet uitgewerkt. De komende periode zal de NZa nadere regelgeving opstellen om de verantwoording van het budget vorm te geven. Wanneer de seh van een ziekenhuis bijvoorbeeld geen 24/7 openstelling heeft, zal de hoogte van het budget daarop worden aangepast zodat deze aansluit bij de beperktere openingstijden. Dit zal vanwege de lagere kosten voor o.a. bezetting van personeel resulteren in een lager budget. In de nadere uitwerking zal moeten worden ingegaan op de manier waarop die aanpassing in de hoogte van het budget dan wordt gemaakt en of deze taak komt te liggen bij de NZa of bijvoorbeeld bij de representerende zorgverzekeraar.

beschouwd. Deze vier, zie onderstaand, dienen als uitgangspunt voor het opnemen van een seh in de beschikbaarheidsanalyse. Ziekenhuizen met een basisniveau seh voldoen aan vier kenmerken:

- tijdens openingstijden van de SEH is een gediplomeerde seh-verpleegkundige aanwezig;
- een gediplomeerde seh-verpleegkundige met specifieke training in de opvang van traumapatiënten aanwezig;
- een gediplomeerde seh-verpleegkundige met specifieke training in de opvang van ernstig zieke kinderen aanwezig, en
- een seh-arts (KNMG-geregistreerd), een arts-assistent (aios, anios) of medisch specialist op de seh.

Zie: Hulshof, T. A., Reckman, P., Brukx, S., Kemper, P., Bereikbaarheidsanalyse seh's en acute verloskunde 2024, Bilthoven (2024).

⁹ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 oktober 2021, kenmerk 3266624-1017495-PZO, inzake de aanpassing van de afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp, Staatscourant 2021, nr. 45392.

¹⁰ Zie artikel 3 van de Aanwijzing.

Een ander risico van de invoering van de budgetbekostiging met beperkte afbakening naast het voortbestaan van de reguliere msz-bekostiging, is dat er twee bekostigingssystemen voor de seh zullen bestaan. Dit maakt het systeem complexer, wat risico's op fouten en fraude meebrengt.

Overig aandachtspunt

Tot slot benoemen wij als aandachtspunt dat deze wijziging in de bekostiging – mede vanwege de snelle doorvoering daarvan en belangenverschillen bij partijen – kan leiden tot vertraging in het contracteerproces. De NZa benoemt dit als aandachtspunt met het oog op het belang dat de consument heeft bij een soepel verlopend contracteerproces. De NZa hecht daarom zeer veel waarde aan het tijdig rondkomen van de contractering. Sinds 2010 heeft de NZa diverse publicaties¹¹ uitgebracht met aanbevelingen en richtsnoeren om het zorginkoopproces soepel en sneller te laten verlopen. Wij verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij zich hiervoor maximaal inspannen. Echter, wijzigingen in de regelgeving van de NZa en wijzigingen in het budgettair kader van het ministerie van VWS zijn externe factoren waarop zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen invloed hebben. Het is daarom van belang dat zowel het ministerie van VWS als de NZa tijdig communiceren over de veranderingen. Hetzelfde geldt voor het tijdig opleveren van het informatieproduct zoals beschreven in 3.11.5.

Wanneer dit in het uitzonderlijke geval betekent dat zorgverzekeraars hun eerder (op 1 april) bekendgemaakte inkoopbeleid moeten wijzigen dan is het van belang dat zij wijzigingen tijdig, gemotiveerd en op dezelfde wijze bekend maken als waarop de eerdere informatie bekend is gemaakt. Zie (de toelichting bij) artikel 8 van Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw - TH/NR-034. Verder is het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende transparant zijn, zowel voorafgaand aan als tijdens de overstapperiode. Dit is extra van belang wanneer er tijdens de overstapperiode (nog) geen contract is afgesloten en patiënten een deel van de zorg (mogelijk) niet vergoed krijgen. Het gaat dan onder meer over informatie over de contractstatus en wat dat betekent voor de vergoeding van de verzekerden. Voor zorgverzekeraars is dit verplicht vanuit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Voor zorgaanbieders is vanuit de Regeling transparantie zorgaanbieders - TH/NR-035 (zie onder meer artikel 4 lid 5) verplicht om 'actief en aantoonbaar' te communiceren over de contractstatus en de consument voor informatie over de hoogte van de vergoeding te verwijzen naar diens zorgverzekeraar.

3. Hoe groot schat u de kans in dat de mogelijkheden op fouten en fraude zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact? (risico = laag/middel/hoog)

De NZa schat – gebaseerd op de informatie en kennis die de NZa nu heeft over de sector – het risico dat de onder 2 genoemde fouten en fraude zich in de praktijk gaan voordoen als laag in. Echter, het voorstel is op dit moment nog onvoldoende uitgewerkt om een goed onderbouwde inschatting te maken. Relevant is bijvoorbeeld ook welke risicobeheersmaatregelen en handhavingsmogelijkheden de verschillende partijen krijgen. De NZa heeft daarom nu onvoldoende informatie om in te schatten wat de ruimte is dat fouten en fraude zich voordoen. Om die reden kunnen wij de impact hiervan niet bepalen.

¹¹ Informatiekaart Overzicht regelgeving en richtsnoeren Handvatten contractering - Nederlandse Zorgautoriteit.

4. Welke beheersmaatregelen zijn volgens u mogelijk ten aanzien van het voorkomen en bestrijden van de geïdentificeerde mogelijkheden op fouten en fraude?

Ten aanzien van de genoemde risico's ziet de NZa de volgende beheersmaatregelen:

Controle op inzet van het budget

Het budget is een vaste vergoeding voor de voorwacht en achterwacht, waarbij de NZa er – conform de uitgangspunten van de Minister – van uitgaat dat deze geldt voor alle afdelingen van seh waarvan het RIVM het aanbod in kaart brengt via haar bereikbaarheidsanalyse seh. Wanneer de seh van een ziekenhuis geen 24/7 openstelling heeft, zal de hoogte van het budget daarop worden aangepast zodat deze aansluit bij de beperktere openingstijden. Dit zal vanwege de lagere kosten voor o.a. bezetting van personeel resulteren in een lager budget. Zoals hierboven beschreven moet op dit moment nog worden uitgewerkt hoe de controle van de inzet van het budget zal worden ingevuld en of deze taak komt te liggen bij de NZa of bijvoorbeeld bij de representerende zorgverzekeraars.

Controles door de zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars sluiten contracten met de ziekenhuizen waarin zij kwaliteitscriteria en prestaties afspreken. Indien er voldoende aanleiding is, kunnen zorgverzekeraars middels het uitvoeren van materiële controles en fraudeonderzoeken controleren of de zorg waarvoor is betaald echt is geleverd. Zoals hierboven aangegeven zou ervoor kunnen worden gekozen de (representerende) zorgverzekeraars een rol te geven bij de controle van het op orde zijn van de vereiste formatie waarvoor ziekenhuizen budget krijgen. Dit is niet iets wat de zorgverzekeraars op dit moment al (kunnen) doen. Hiervoor moeten zij in dat geval dus expliciet een grondslag/bevoegdheid krijgen. Dit zal moeten worden uitgewerkt in de nadere regelgeving.

Toezicht op kwaliteit

Doordat een deel van de kwaliteitseisen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen overlapt met de bezetting van de beoogde afbakening van het seh-budget, kunnen de hierboven onder punt 2 geïdentificeerde mogelijkheden op fouten en fraude onder andere worden voorkomen en bestreden door toezicht te houden op de kwaliteit van de zorg. Zoals hierboven onder 3.3 beschreven houdt de IGJ hier primair toezicht op.

Effectieve samenwerking tussen de IGJ, zorgverzekeraars en NZa is belangrijk om fraude met het budget effectief aan te pakken. De komende periode zal de NZa nadere regelgeving opstellen om de verantwoording van het budget vorm te geven. Het is daarom op dit moment onvoldoende duidelijk wat ieders taken en bevoegdheden worden in het voorkomen en waar nodig herstellen van fouten en fraude.

5. Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van, het toezicht op en de handhaving van deze wijze van bekostigen voldoende controle- en handhavingsmogelijkheden zoals sancties en maatregelen? Zijn er lacunes zoals gegevensuitwisseling die niet mogelijk zijn op grond van (privacy)wetgeving? Zo ja, welke?

Zoals hierboven bij de beantwoording van vraag 2 is beschreven, heeft de NZa op dit moment geen toezichtinstrumenten om te controleren hoe het budget wordt ingezet/of de formatie op de seh op orde is. Wel kan de NZa via een nadere regel zorgaanbieders verplichten jaarlijks informatie te verstrekken ter onderbouwing van hun budgetaanvraag. Wanneer de budgetbekostiging doorgang vindt, zal de NZa haar beleidsregel en nadere regel(s) opstellen en hier rekening mee houden.

De NZa heeft enkel een toezichtrol ten aanzien van de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. In het kader van dit toezicht kan worden gekeken naar de controles die de zorgverzekeraars hebben uitgevoerd (zie onder punt 4). Indirect kan de NZa – door het aanspreken van de zorgverzekeraar op de gedane controles – invloed uitoefenen op het voorkomen van het niet op orde hebben van de vereiste formatie. Om fouten en fraude met het budget van de seh te voorkomen en te bestrijden is noodzakelijk dat de NZa en/of de representerende zorgverzekeraar de expliciete bevoegdheid krijgt om ziekenhuizen te korten op het vaste budget wanneer zij de formatie niet op orde hebben en/of geen 24/7 openstelling hebben van de seh.

3.14 Tot slot

Dit rapport betreft deel 2 van ons uitvoeringsadvies voor de invoering van de budgetbekostiging voor de seh per 2027. Dit advies is tot stand gekomen met de uitgangspunten die het ministerie van VWS ons heeft meegegeven. Zoals we in 3.12 hebben aangegeven, bleek uit de gesprekken met veldpartijen dat zij bepaalde uitgangspunten ter discussie stellen. Zo is regelmatig aangegeven dat bepaalde beleidsmatige uitgangspunten voor hen niet voldoende duidelijk zijn of voor hen niet voldoende beargumenteerd zijn.

De NZa geeft met deel 1 en deel 2 uitvoering aan de opdracht van de Minister van VWS. Daarmee geven we invulling aan het verzoek tot een uitvoeringstoets voor de invoering van de budgetbekostiging voor de afdelingen spoedeisende hulp.

3.14.1 Nadere uitwerking bekostiging en NZa-regels

In dit tweede deel van het uitvoeringsadvies hebben we een duidelijker beeld geschetst van hoe de bekostiging eruit gaat zien voor de seh. Dat betekent niet dat alles al helemaal helder en besloten is. De komende tijd zullen wij samen met partijen verschillende vraagstukken verder uitwerken voor het vormgeven van onze beleidsregels en nadere regels. Daar zal tenminste aan bod komen:

- Hoe gaan de NZa en zorgverzekeraars om met ziekenhuizen die wel een seh hebben, maar niet 24/7 open zijn?
- Welke verantwoording hoort hierbij en bij het aanvragen van een budget?
- Welke andere verantwoordingslast hoort bij een budget, zowel vanuit de zorgverzekeraars als vanuit de zorgaanbieders?
- Hoe zien de exacte tijdslijnen eruit van een budgetscyclus voor de seh's?
- Hoe verdelen we eventuele opbrengstverschillen tussen de zorgverzekeraars?

3.14.2 Groeipad

De Minister heeft aangegeven naast deze snelle start met de invoering van de budgetten per 2027 op basis van een beperkte afbakening, ook in te willen zetten op het groeipad. In het groeipad is er meer ruimte voor differentiatie en maatwerk voor seh's binnen een budgetbekostiging. We realiseren ons dat de focus van dit rapport ligt op implementatie van budgetbekostiging voor de seh per 2027. Bij de overwegingen ten behoeve van de implementatie per 2027 hebben we het groeipad in ons achterhoofd meegenomen. Dat betekent dat we vooralsnog keuzes hebben gemaakt die het groeipad niet in de weg staan.

Veel van de uitvoeringsvraagstukken zoals de rol van de zorgverzekeraar, de risicoverevening en schoning, zullen bij het groeipad wel opnieuw geanalyseerd moeten worden. Wanneer er gedifferentieerde budgetten komen die beter aansluiten op de lokale verschillen in het zorgaanbod, en

een vrije marge om te onderhandelen over het budget, zien wij ook meer maatschappelijke baten van de invoering van de budgetbekostiging. Dit vraagt echter wel dat aan de voorkant inhoudelijke keuzes worden gemaakt over een toekomstbestendige inrichting van het acute zorglandschap.

Met de invoering van de budgetbekostiging met de afbakening van de beschikbaarheidsbijdrage maken we weliswaar een start met budgetbekostiging van de seh, maar zijn de daadwerkelijke veranderingen en daarmee baten beperkt. Met de doorontwikkeling via het groeipad zoals wij in het eerste deel van ons advies hebben opgenomen, zal naar verwachting de ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken binnen de budgetbekostiging van de seh toenemen. Hiermee kan meer recht worden gedaan aan de lokale omstandigheden.

We adviseren om op korte termijn stappen te zetten voor de planvorming van het groeipad, zodat samen met de sector hier over nagedacht kan worden, dit vormgegeven kan worden, en we vervolgens de budgetbekostiging kunnen vormgeven die hier ondersteunend aan is.

De invoering van een budgetbekostiging voor de seh en daarmee het verwijderen van deze kosten uit de reguliere msz bekostiging is een grote operatie waarbij er veel van partijen gevraagd wordt. Om hier van te leren zal de NZa deze invoering dan ook evalueren zodat de lessen hieruit gebruikt kunnen worden bij het groeipad en voor de budgetbekostiging van andere zorgonderdelen.

3.14.3 Reacties veldpartijen

De NFU, ZN en de FMS zijn geen voorstander van invoering van budgetbekostiging per 2027 als eerste tussentijdse stap richting een groeipad. De NFU en ZN zetten liever de stap naar een budgetbekostiging in één keer, gezien de complexiteit van de bekostigingswijziging. ZN gaat aan de slag met een tussentijdse alternatieve uitwerking waarmee ook een betekenisvolle stap gezet kan worden. De NFU is voor een passende bekostiging op basis van zorginhoudelijke keuzes. De FMS pleit voor een bredere budgetbekostiging dan de afbakening zoals deze nu geldt voor de beschikbaarheidsbijdrage seh.

De NVZ is voorstander van invoering van een budgetbekostiging per 2027. Waarbij de NVZ wel benadrukt dat dit een eerste stap is in het geheel richting een toekomstige budgetbekostiging met gedeeld normenkader en ruimte voor gedifferentieerde budgetten. De NVSHA ziet de invoering van de budgetbekostiging per 2027 graag gepaard met een herverdeling van financiële middelen naar de regionale ziekenhuizen zodat hun financiële positie versterkt kan worden. Daarbij zien ze de budgetbekostiging als kans om de seh's hun kwaliteit te laten verbeteren.

De reacties van bovenstaande vijf veldpartijen zijn integraal opgenomen als bijlagen achteraan rapport. Voor de argumentatie verwijzen we dan ook naar hun reactie op de consultatieversie van dit rapport.

4 Conclusie

Met de invoering van de budgetbekostiging seh heeft de Minister een tweetal doelstellingen:

- De samenwerking tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en andere schakels in de keten van acute zorg te versterken en;
- Ziekenhuizen meer financiële zekerheid te geven, waardoor financiële problemen geen reden kunnen zijn om de spoedeisende hulp te sluiten.

Daarnaast wil de Minister werken aan de doelstelling uit het regeerprogramma van het Kabinet-Schoof en snelheid maken met het uit de marktwerking halen van de acute zorg. Ze vindt het daarbij belangrijk, gezien ook de reacties van ziekenhuizen en zorgverzekeraars, zorgvuldig te handelen om tot een zo optimaal mogelijke budgetbekostiging te komen.

Tegen deze achtergrond heeft het Kabinet-Schoof voorgenomen, conform het advies deel 1 van de NZa, via een groeipad toe te werken naar een afbakening met ruimte voor differentiatie en met een door alle betrokken partijen gedeeld normenkader voor de seh. Een zorgvuldig traject kost echter tijd. Om voortgang te boeken, zet de Minister een eerste stap naar budgetbekostiging. De Minister heeft de NZa gevraagd om aanvullend op het groeimodel, het door de NZa geschetste scenario 1 (uit het uitvoeringsadvies deel 1) te volgen en budgetbekostiging per 2027 in te voeren voor alle afdelingen seh, op basis van de afbakening die thans voor de beschikbaarheidsbijdrage seh wordt gehanteerd.

Vormgeving budgetbekostiging

Voor de vormgeving van de budgetbekostiging gaan we uit van de parameters die we gebruiken vanuit de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh. Deze zullen we herijken en vormen de hoogte van het budget. De twee representerende zorgverzekeraars zullen vervolgens budgetafspraken maken met het betreffende ziekenhuis. Zorgverzekeraars Nederland geeft vorm aan het representatiemodel hiervoor.

Binnen de individuele budgetafspraken per 2027 zien wij geen ruimte voor maatwerk. Tegelijkertijd zien wij wel dat er een noodzaak is voor de zorgverzekeraars om (een gedeelte van) het budget terug te kunnen vorderen van wanneer zorg (in dit geval capaciteit) niet geleverd is, bijvoorbeeld als een ziekenhuis besluit om een seh-locatie te sluiten. Dit zal de NZa nog nader uitwerken in haar regelingen.

Hoewel er geen ruimte is voor maatwerk per 2027, zien we die ruimte bij de doorontwikkeling van de bekostiging wel. Daarnaast vinden we het belangrijk dat er alvast afspraken gemaakt worden over uitkomsten van zorg, zodat deze uitkomsten straks beschikbaar zijn bij de verdere vormgeving van de bekostiging tijdens de doorontwikkeling. Het is daarom van belang dat er op korte termijn al stappen worden gezet richting een landelijke set van uitkomsten.

Verder is het voor de invoering van budgetbekostiging nodig dat per 1 juli van het voorgaande jaar duidelijk is welke ziekenhuislocaties in aanmerking komen voor een budget voor de seh.

Belangrijkste conclusies uitvoeringsvraagstukken

Uitvoeringsvraagstuk	Belangrijkste conclusie
Bekostiging	Het budget is niet kostendekkend voor de gehele seh maar slechts voor een beperkte formatie van het seh-personeel en achterwacht. Per 2027 is geen ruimte voor maatwerk of aanvullende afspraken.
Kwaliteit	De budgetten zijn niet gekoppeld aan het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Wel aan de afbakening die hoort bij het budget.
Eigen risico	Zonder expliciete uitsluiting van het eigen risico voor een seh-bezoek is dit het effect van de nieuwe budgetbekostiging: Bij een ozp: tweemaal afrekening van het eigen risico.
Risicoverevening	Hoe specifiekere kosten toegewezen kunnen worden aan verzekerden, hoe beter de risico's verevend kunnen worden. Een lumpsum financiering gaat ten koste van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel. Financiering met een prestatie sluit beter aan op de risicoverevening.
Dubbele bekostiging voorkomen (schoning)	De NZa zal de dbc's uit het gereguleerde segment schonen voor een gedeelte van de hoogte van het seh-budget. Dit resulteert in lagere tarieven voor de dbc's. Hierbij houden we in de schoning rekening met de huidige beschikbaarheidsbijdrage en locaties die geen 24/7 openstelling van de seh hebben.
Beschikbaarheidsbijdrage	De huidige beschikbaarheidsbijdrage zal komen te vervallen. We verwachten dat hier geen overgangsregime voor noodzakelijk is. Hiervoor is een aanpassing van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg nodig.
Zorgmarkten	We verwachten geen tot zeer beperkte effecten van de invoering van de budgetbekostiging op de <i>zorgverleningsmarkt</i> . Op de <i>zorgverzekeringsmarkt</i> hangt het precieze effect af van veel factoren. Dit kan van invloed zijn op de premiestelling. We verwachten effect op de <i>zorginkoopmarkt</i> : zorgverzekeraars kopen per 2027 de seh in representatie in. Ook binnen de reguliere bekostiging van het ziekenhuis zal men voor een budgettair neutrale invoering rekening moeten houden met dat (een deel van) de seh een eigen bekostiging kent.
Administratieve lasten	De hoeveelheid werkzaamheden nemen toe voor de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dit bestaat onder andere uit incidentele lasten (aanpassing bedrijfsvoering, technische systemen, schoning) en structurele lasten (budgetcyclus). We zien momenteel geen toename qua administratieve lasten voor de zorgverleners. De werkzaamheden voor de NZa nemen ook toe.
Impact ziekenhuis	We verwachten niet dat de capaciteit of continuïteit van de andere delen van het ziekenhuis veranderen. Wel kunnen geldstromen binnen het ziekenhuis veranderen.
Arbeidsmarkt	We verwachten geen effect op de arbeidsmarkt. Een budgetbekostiging wordt soms ten onrechte gezien als een middel om lastige keuzes over de inzet van schaarse middelen (geld, personeel, etc.) niet te hoeven maken. Echter leidt een budgetbekostiging niet tot een toename van beschikbare middelen. Daarmee is het geen oplossing voor de schaarste aan zorgpersoneel of andere middelen.
Budgettaire effecten	Naast de schoning van het gereguleerde segment door de NZa, zal ook het vrije segment geschoond moeten. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een budgettair neutrale invoering via het vrije segment. De NZa heeft geen wettelijke bevoegdheid tot het verplichten van de manier van schonen. Een landelijk bestuurlijk afgesproken schoningsmethode zonder financiële verschuivingen tussen ziekenhuizen is het meest kansrijk voor de budgettair neutrale invoering van budgetbekostiging.
Draagvlak en consultatie	We hebben verschillende werksessies gehouden met de NFU, NVSHA, NVZ en ZN om input te verzamelen. De FMS heeft daarnaast input geleverd op <i>impact ziekenhuis</i> .
Fraude- en handhavingstoets	Het antwoord op de gestelde vragen hangt dan ook erg af van verdere uitwerking in nadere regels. We zien een aantal beperkte risico's op fouten en fraude. Komende periode wordt gebruikt voor nadere uitwerking waarbij de risico's gemitigeerd kunnen worden.

Advies NZa uitvoeringsadvies deel 2

Zoals wij in ons eerste deel van het uitvoeringsadvies hebben geconcludeerd kan een budgetbekostiging een aantal doelstellingen behalen.

- Het *kan* tot financiële zekerheid leiden waarmee ziekenhuizen de inrichting van hun seh op de langere termijn kunnen plannen en vormgeven.
- Daarnaast is voor de samenwerkingsverbanden in de acute zorgketen helder welk budget hier voor beschikbaar is vanuit het ziekenhuis, ongeacht het aantal patiënten.
- En de productieprijken vanuit een prestatiebekostiging vervallen en de budgetbekostiging voor de seh is gelijkgericht aan de bekostiging van de ambulancezorg en huisartsenposten.
- Daarnaast beoogt de Minister een deel van de acute zorg uit de marktwerking te halen. Een budgetbekostiging met inkoop in representatie grijpt in op de reguliere inkooprol van zorgverzekeraars binnen het stelsel. Zorgverzekeraars zullen een deel van de seh niet langer inkopen via concurrentiële inkoop tussen zorgverzekeraars.
- Tot slot kan een budgetbekostiging helpen de acute zorg in de regio toekomstbestendig vorm te geven, als door de betrokkenen hier op basis van inhoud vorm aan gegeven wordt.

Een nieuwe systematiek biedt hiervoor kansen, maar leidt niet vanzelfsprekend tot toegankelijke acute zorg. Tenslotte zijn de redenen van sluitingen van de seh's te vinden in personele problemen. Een budgetbekostiging lost deze problemen niet op. Naast een budgetbekostiging is een meerjarige inhoudelijke agenda nodig om de acute zorg in de regio toekomst bestendig vorm te geven.

Zoals we in ons eerste deel van het advies ook concludeerden, draagt een invoering van budgetbekostiging met een beperkte afbakening zoals deze geldt voor de huidige beschikbaarheidsbijdrage seh maar zeer gering bij aan deze doelstellingen. Om die reden adviseerde de NZa in haar eerste deel van het advies in te zetten op een groeipad mét gedeeld normenkader en met ruimte voor differentiatie binnen de budgetten. De invoering van een budgetbekostiging per 2027 met een beperkte afbakening vormt hierbij een eerste stap.

Het tweede deel van ons advies focust daarom op invoering van budgetbekostiging per 2027. Maar ons rapport legt ook de impact voor partijen en de complexiteit bloot van deze eerste stap. Bovendien vraagt de transitie van de acute zorg om de ontwikkeling van een gedeeld normenkader met inhoudelijke keuzes over de organisatie van de acute zorg. Gegeven de impact van de invoering van de budgetbekostiging per 2027 zien we de invoering onlosmakelijk verbonden aan de benodigde transitie. Pas dan zullen baten zoals samenwerking, financiële zekerheid en toegankelijke acute zorg gerealiseerd kunnen worden. De doorontwikkeling van de budgetbekostiging zal dan beter aansluiten bij de variatie in het seh-landschap en kan dan bijdragen aan de doelstellingen.

Dit onderstreept het belang om de uitwerking van het groeipad snel ter hand te nemen. Wij adviseren om hiervoor in ieder geval een plan van aanpak op te stellen waarin de tijdlijnen om het groeipad uit te werken concreet zijn ingevuld.

Bijlage consultatiereacties

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. mevrouw G. Engwirda, voorzitter RvB
via mail: gengwirda@nza.nl

cc. NZa -

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Datum 13 juni 2025
Contactpersoon
Ons kenmerk ZN-25-014053
Uw kenmerk -
Onderwerp Reactie ZN op NZa uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH

Geachte mevrouw Engwirda,

Hierbij ontvangt u de reactie van Zorgverzekeraars Nederland op het NZa uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH. Onze reactie bestaat uit vier delen:

1. Voorstel om – gezien de gewijzigde politieke context – een pas op de plaats te maken;
2. Alternatief model voor budgetbekostiging;
3. De inhoudelijke reactie op het conceptadvies; en
4. Visie ZN op het vervolgproces.

Vanuit Zorgverzekeraars Nederland zien wij zowel inhoudelijk als procesmatig nog veel risico's ten aanzien van budgetbekostiging SEH. Deze hebben we beschreven in onze reactie en toegelicht in het Bestuurlijk Overleg van 12 juni 2025.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en wachten uw definitief advies af.

Met vriendelijk groet,

Drs. W.J. Adema RA MBA
Directeur Zorg

1. Kernboodschap: pas op de plaats en anders in één keer goed

Achtergrond

In lijn met het hoofdlijnenakkoord van Schoof 1 heeft de Minister van VWS in haar brief van 25 november 2024 de NZa opdracht gegeven om een uitvoerbaarheids- en handhavingstoets uit te brengen inzake een toekomstige budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp en acute verloskunde.

De NZa heeft de afgelopen periode, in nauwe afstemming met de veldpartijen, gewerkt aan het tweede deel van het advies over de technische aspecten van budgetbekostiging SEH met als deadline 1 juli as. Het conceptadvies ligt thans voor ter consultatie. Voor budgetbekostiging acute verloskunde werkt de NZa ook aan een eerste deel van het advies, in nauwe afstemming met de veldpartijen. Zowel de NZa als de betrokken veldpartijen hebben per brief aan VWS aangegeven dat de deadline van 1 juli as. te krap is om een zorgvuldig proces te doorlopen en uitstel gevraagd tot 1 oktober as. VWS heeft daarop de deadline hiervoor is verplaatst naar 1 september as.

Daarnaast is de NZa in de opstartfase voor een advies over budgetbekostiging voor de IC. Hiervoor zijn voor de zomer wekelijks werksessies gepland door de NZa. Partijen hebben reeds bij de NZa aangegeven deze niet te kunnen bemensen. Voor de IC loopt er parallel een verkenning vanuit het Zorginstituut over de beschikbaarheid van IC-capaciteit. De conclusie van het Zorginstituut is dat zij het vaststellen van de basiscapaciteit niet kunnen uitvoeren.

Nieuwe situatie door val van het Kabinet

Door de val van Schoof I en de demissionaire status van het kabinet is de verwachting dat er op korte termijn geen politieke besluiten worden genomen inzake budgetbekostiging. Dit biedt ruimte om opnieuw stil te staan bij de drie bovengenoemde trajecten, die onder grote tijdsdruk zijn ingezet, en met elkaar het gesprek te voeren wat een effectieve en werkbare aanpak is voor de komende periode.

Kernboodschap: pas op de plaats en anders in één keer goed

In onze reactie van 27 januari jl. op deel 1 van het NZa-advies heeft ZN aangegeven dat wij zowel inhoudelijk als procesmatig nog veel risico's ten aanzien van budgetbekostiging acute zorg en dat wij niet overtuigd zijn of en in hoeverre dit de geschetste problemen oplost. Sterker nog, we maken ons zorgen dat deze mogelijk zelfs verergeren. Wij denken dat bestuurlijke afspraken een veel effectiever middel zijn om te borgen dat er geen acute zorgvoorzieningen hoeven te sluiten omwille van financiële redenen.

Indien VWS besluit om ondanks onze bezwaren in afwachting van een nieuw kabinet verdere stappen wil zetten richting de invoering van budgetbekostiging, dan is de oproep om daarvoor de route van het groeipad te kiezen, zoals dat beschreven staat in het NZa-advies. In de reactie van 27 januari jl. hebben NVZ, NFU en ZN hiervoor gepleit, daarbij hebben we dit als volgt verwoord:

Behoeft aan duidelijk eindplaatje, geen tijdelijke scenario's:

De voorgestelde bekostiging is complex en heeft potentieel vergaande consequenties en risico's in zich. NVZ, NFU en ZN vinden het daarom belangrijk om toe te werken naar "een duidelijk eindplaatje".

Onze voorkeur heeft het om het in één keer goed te doen. Dit voorkomt veel administratieve lasten die gepaard gaan met invoering van andere vormen van bekostiging. Tijdelijke scenario's voor het invoeren van budgetbekostiging zijn wat ons betreft niet geschikt als tussenstap richting het groeipad.

Zorgverzekeraars zien het belang van afspraken over het borgen van toegankelijke en toekomstbestendige acute zorg. We willen dan ook nadrukkelijk niet vertragen, maar een andere route naar dit einddoel. In dat kader pleiten wij ervoor om de periode tot de installatie van een nieuw kabinet te gebruiken om het groeipad helemaal uit te werken. Op die manier zorgen we dat een nieuw kabinet op het moment van aantreden over alle inhoudelijke informatie beschikt die nodig is om voortvarend besluiten te nemen teneinde in één keer de stap te zetten naar de nieuwe situatie.

Dat betekent dat we alle energie richten op het groeipad¹ in plaats van op de tijdelijke tussenstap die het vorige kabinet wilde, maar waarvan het NZa-advies duidelijk laat zien dat deze in de praktijk weinig tot geen verschil zal maken voor zorginstellingen (er is sprake van vestzak-broekzak) en wel grote administratieve gevolgen betekent. Zorgverzekeraars zijn bereid om harde bestuurlijke afspraken te maken om te garanderen dat er geen acute zorgvoorzieningen hoeven te sluiten omwille van financiële redenen.

2. Alternatief model voor budgetbekostiging

Op 12 juni heeft een BO plaatsgevonden met VWS, NZa, NFU, NVZ, NVSHA en ZN over budgetbekostiging SEH. In dit BO heeft VWS aangegeven om, in afwachting van een nieuw kabinet, stappen te willen zetten op de ingeslagen weg. Het maken van bestuurlijke afspraken is voor VWS niet afdoende. VWS wil een concrete tussenstap richting budgetbekostiging zetten per 1 januari 2027 om het momentum vast te houden en als stok achter de deur dat er iets gaat veranderen in het borgen van de acute zorg.

Alle partijen gaven in het BO aan dat als deze tussenstap wordt gezet, er moet worden gekozen voor een zo eenvoudig mogelijk model. In het BO heeft VWS aangegeven er ruimte is voor een alternatief model, mits daarmee een betekenisvolle stap kan worden gezet en de complexiteit en administratieve lasten kunnen worden beperkt. ZN beraadt zich op de mogelijkheid om dit alternatief model aan te dragen aan VWS, NZa en de andere veldpartijen.

3. Inhoudelijke aandachtspunten conceptadvies vanuit ZN

Ervan uitgaande dat de NZa zijn advies inhoudelijk wil afronden voor 1 juli conform opdracht van VWS, gaan we in deze reactie ook in op de inhoud van het conceptadvies. Onze inbreng richt zich op acht inhoudelijke aandachtspunten:

1. **Financiering:** De NZa kiest voor een variant van budgetbekostiging op basis van prestaties in combinatie met een ozp. Deze variant is wat ZN betreft te prefereren boven lumpsumfinanciering. De Zvw wordt gefinancierd door prestaties die voor verzekerden worden gedeclareerd bij zorgverzekeraars en waarvoor veelal een eigen risico geldt. Voor het gebruik van de SEH, gaat het om direct patiëntgebonden kosten en die horen samen te hangen met een prestatie. Dat is ook de systematiek die geldt bij de budgetbekostiging van bijvoorbeeld ambulancevervoer. Daarnaast geeft een lumpsum geen transparantie over de inzet, dat doet de ozp wel.
2. **Kwaliteit:** Voorwaarde voor budgetbekostiging is dat SEH's moeten voldoen aan het gehele Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Dit moet vooraf worden getoetst door RIVM en transparant worden

¹ Zie onze brief: ZN-25-001967 ZN-reactie op NZa-advies uitvoeringstoets budgetbekostiging seh - av

gemaakt; dit is geen rol voor zorgverzekeraars of de IGJ. De vraag is ook of het juridisch kan dat budgetbekostiging wordt toegestaan aan instellingen die niet aan de vereisten voldoen. ZN is van mening dat het Kwaliteitskader Spoedzorgketen moet worden doorontwikkeld met differentiatie voor verschillende vormen van acute zorg in ziekenhuizen, in lijn met de afspraken zoals geformuleerd in het concept AZWA, zodat het meer recht doet aan de praktijk en geen eisen stelt waar een deel van de ziekenhuizen niet aan kan voldoen.

Verder vinden wij het belangrijk om te benadrukken dat het niet de bedoeling kan zijn dat partijen (bijvoorbeeld ZBC's) een nieuwe seh gaan openen, als er budgetbekostiging komt zonder instemming van zorgverzekeraars.

3. **Risicoverevening:** Zorgverzekeraars zijn van mening dat de consequenties voor de risicoverevening onvoldoende zijn onderzocht. Zorgverzekeraars hebben in de voorgestelde inrichting van de budgetbekostiging geen invloed op de hoogte van de budgetten, deze staat vast. Daarnaast is het niet mogelijk om in de normbedragen van de risicoverevening deze kosten zodanig te verwerken dat deze gelijk is aan het neerslaan van de kosten bij verzekeraars om de niet beïnvloedbare verschillen te compenseren en een level playing field te realiseren. Daarom moeten deze kosten vooralsnog aangemerkt worden als vaste kosten. De veronderstelling van de NZa en van VWS dat er geen knelpunten ontstaan binnen de risicoverevening door deze bekostigingsaanpassing delen zorgverzekeraars niet; we zullen hierover eerst nader het gesprek moeten voeren met elkaar.
4. **Schoning van het vrije segment (prijzen en contracten):** Voorwaarde is dat de NZa hier regulerend in moet zijn, want anders verstoort dit in ernstige mate de contractonderhandelingen en kan het leiden tot dubbele bekostiging en verstoring van het level playing field tussen zorgverzekeraars. Dit blijkt ook uit eerdere jaren waarin er geschoond moest worden vanwege de beschikbaarheidsbijdrage gevoelige ziekenhuizen en andere schoningsvraagstukken. Alleen een informatieproduct vanuit de NZa volstaat dus niet wat ZN betreft.
5. **Eigen risico:** Zorgverzekeraars vinden het van belang om het eigen risico voor patiënten op de SEH te handhaven. Dit om te zorgen dat het minder aantrekkelijk is om direct naar de SEH te gaan en de voorkeursroute via de huisartsenpost of andere schakel lager in de acute zorgketen wordt gevolgd. Wat zorgverzekeraars betreft mag invoering van budgetbekostiging niet leiden tot grote verschillen voor het eigen risico. Punt van aandacht is de beeldvorming die kan ontstaan als patiënten twee keer eigen risico moeten betalen: voor de dbc en het ozp. De vraag is ook welk effect de val van het kabinet heeft op invoering van tranchering en verlaging van het eigen risico.
6. **Budgetneutraliteit:** De NZa kiest in zijn advies voor budgetneutraliteit op ziekenhuisniveau (variant / optie 4). Budgetneutraliteit op ziekenhuisniveau is volgens zorgverzekeraars de enige manier om macrobudgetneutrale invoering te garanderen. Als budgetbekostiging niet onder deze voorwaarde wordt uitgevoerd komen bepaalde (grote) ziekenhuizen financieel in de knel en deze zullen hiervoor compensatie vragen. De suggestie die de NZa lijkt te doen om in de individuele contractering aanvullende afspraken te maken als er financiële knelpunten ontstaan, is geen acceptabele optie. De impact van de verschillende opties voor o.a. tarieven en concurrentiepositie ontbreekt in het advies. Voor alle varianten geldt dat het wenselijk is dat er een goede doorrekening komt.
7. **Startdatum impact:** bij de inwerkingtreding van budgetbekostiging in 2027 moet rekening worden gehouden met 'overlooppromblematiek'. De dbc's die gestart zijn in 2026 en waarbij in 2027 een SEH bezoek plaatsvindt, gaat dit leiden tot dubbele bekostiging. Dit betekent dat er in 2026 al geschoond dient te worden.

8. **Perverse prikkels:** In de keuze voor de huidige afbakening is het risico op perverse prikkels beperkt, echter als deze afbakening wordt verbreed bestaat het risico op de perverse prikkel om bepaalde zorg buiten de financiering van de SEH te gaan leveren omdat het budget van de seh gegarandeerd is. Dit geldt voor elk model van budgetbekostiging. Om deze perverse prikkel waar nodig aan de kaak te kunnen stellen, is inzicht in de prestaties op de seh van groot belang. Dit pleit ervoor om te kiezen voor financiering op basis van prestaties in combinatie met een ozp en niet voor lumpsumfinanciering (zie aandachtspunt 1).

4. Visie ZN op het vervolgproces

Ten aanzien van het vervolgproces, wil ZN, het bovenstaande in overweging nemend, het volgende voorstellen:

- **Advies budgetbekostiging SEH:** Wij kunnen ons voorstellen dat de NZa zijn advies deel 2 over budgetbekostiging SEH wil opleveren voor 1 juli. Deze uitwerking kan vervolgens mee worden genomen als onderdeel van het groeipad; we vragen de NZa om daarover een reflectie toe te voegen aan zijn advies.
- **Advies budgetbekostiging AV:** Wij kunnen ons voorstellen dat de NZa zijn advies deel 1 over budgetbekostiging AV wil opleveren. VWS heeft daarop de deadline verplaatst naar 1 september as. Wij verzoeken u om, nu het Kabinet gevallen is, deze alsnog te verplaatsen naar 1 oktober. Want in de zomerperiode zijn bureaumedewerkers en bestuurders onvoldoende beschikbaar om dit proces zorgvuldig af te ronden. Deze uitwerking kan vervolgens mee worden genomen als onderdeel van het groeipad; we vragen de NZa om daarover een reflectie toe te voegen aan zijn advies.
- **Advies IC:** ZN pleit ervoor dat de besluitvorming over beschikbare capaciteit IC en uitwerking van de bekostiging in het verlengde van elkaar worden opgepakt, in plaats van dat de bekostiging is uitgewerkt voordat duidelijk is wat er bekostigd moet worden (zorg of overcapaciteit). Ook vragen we VWS om de deadline van het advies van de NZa naar achteren te schuiven om te zorgen dat deze volgorde mogelijk is. Veldpartijen hebben VWS gevraagd om op korte termijn opdracht te geven om met elkaar in gesprek te gaan over de gewenste organisatie van IC zorg bij verhoogde zorgvraag en eventueel daarvoor benodigde basiscapaciteit.
- **Groeipad:** In uw advies van 12 december 2023 geeft u aan dat beschikbaarheidsbekostiging geen doel is, maar als middel kan bijdragen aan de gewenste doelen en uitkomsten van de visie op de acute zorg. Voorts geeft u aan dat daarvoor is wel een duidelijk kader met normen voor de beschikbaarheid van acute zorg vereist en dat dit kader ontbreekt nog momenteel. ZN ziet dat er op dit moment wel verschillende stappen worden gezet door de NZa op basis van strakke deadlines door VWS, maar dat er vanuit VWS nog geen zichtbare stappen zijn gezet ten aanzien van de inhoudelijke kant. Wij willen u vragen om in uw advies het belang hiervan te benadrukken en roepen via u VWS op om nog voor de zomer met een procesvoorstel te komen om op inhoud stappen te zetten voor zowel seh, acute verloskunde als IC en zo een start te maken met het groeipad.

Reactie NVZ tweede adviesrapport invoeren budgetbekostiging

Algemene reactie invoeren eerste stap budgetbekostiging

De NVZ ondersteunt de wens van het kabinet om de acute zorg uit de marktwerking te halen en te bekostigen middels budgetbekostiging. De acute zorg kent een belangrijke beschikbaarheidscomponent. Bekostiging op basis van beschikbaarheid is voor dit type zorg daarom beter passend dan een bekostiging die op productie gebaseerd is. Het sluit daarmee ook beter aan op hoe de acute zorg binnen andere sectoren, zoals de hap en de ambulance zorg is gefinancierd, waardoor het de samenwerking tussen aanbieders kan bevorderen.

Complexiteit voorkomen

Het invoeren van budgetbekostiging is complex en heeft veel impact voor ziekenhuizen. De NVZ heeft in haar reactie op het eerste adviesrapport van de NZa daarom aangegeven dat het niet wenselijk is een dergelijke grote wijziging twee keer door te voeren.

De NVZ houdt vast aan het standpunt dat focus op het eindplaatje van budgetbekostiging belangrijk is. Het implementeren van tussentijdse stappen en het (dubbel) uitvoeren van complexe uitvoeringsvraagstukken moet worden voorkomen. De NVZ merkt daarbij op dat het voorstel van de NZa voor de lange termijn, namelijk via een groeipad komen tot een eindplaatje van budgetbekostiging, complex is en veel tijd in beslag neemt. Tegelijkertijd biedt het voorstel van de demissionair minister van VWS om per 2027 budgetbekostiging volgens de scope van de huidige beschikbaarheidsbijdrage in te voeren de mogelijkheid om al op korte termijn een stap in de richting te zetten die aansluit bij het inrichten van passende bekostiging, namelijk bekostiging van de acute zorg op basis van beschikbaarheid en inkoop in representatie door verzekeraars.

Deze eerste stap heeft alleen meerwaarde als deze zo simpel mogelijk wordt ingericht én ruimte biedt om een vervolgstap op een zo eenvoudige manier te kunnen maken. Het is daarom een randvoorwaarde om de eerste stap zo eenvoudig en pragmatisch mogelijk in te richten, waarbij de voordelen voor ziekenhuizen merkbaar zijn en de administratieve last zo laag mogelijk wordt gehouden. Daarbij moet worden geborgd dat de eerste stap een verder vervolg naar een bredere vorm van budgetbekostiging niet in de weg staat en ook niet onnodig ingewikkeld maakt. De NVZ zal dit als uitgangspunt hanteren in haar reactie op het rapport.

Onderstaand treft u de inhoudelijke reactie van de NVZ op het adviesrapport van de NZa over de implementatie van de eerste stap richting budgetbekostiging aan. Vooraf merkt de NVZ twee zaken op:

1. Het is nodig dat er op korte termijn duidelijkheid komt wat de val van het kabinet betekent voor de invoering van de budgetbekostiging voor de acute zorg per 2027.



Vooruitlopend daarop reageren we zo goed als mogelijk op de inhoudelijke voorstellen zoals die nu in het rapport van de NZa beschreven zijn. De NVZ heeft haar reactie geformuleerd langs bovenbeschreven uitgangspunt, namelijk dat de eerste stap enkel moet worden gezet zolang deze zo pragmatisch en eenvoudig mogelijk wordt ingericht.

2/5

2. De NVZ merkt daarbij op dat er bij het inrichten van de eerste stap en de opdracht aan de NZa al enkele keuzes zijn gemaakt die een pragmatische implementatie in de weg staan. Eén van de belangrijkste elementen hierin is het besluit van VWS om de middelen voor het vaste budget te laten meelopen in de risicoverevening. Volgens de NVZ is dit (voor deze eerste stap) een principieel onjuiste beslissing. De risico-verevening vraagt erom dat kosten kunnen worden toegerekend aan individuele patiënten. Dit is onnodig – ieder ziekenhuis ontvangt immers een vast bedrag ongeacht het aantal patiënten dat wordt gezien- en maakt eenvoudige financiering via een lumpsum onmogelijk. Voor de implementatie van de eerste stap van de budgetbekostiging is het voor de NVZ een absolute randvoorwaarde dat de budgetkosten van de seh niet risicodragend door de risicoverevening heenlopen.

Bekostiging

De NVZ deelt de opmerking van de NZa dat het budget dat ziekenhuizen via de budgetbekostiging per 2027 ontvangen niet kostendekkend is voor de gehele seh. Vrijwel alle ziekenhuizen maken om hun seh open te houden hogere kosten dan de bijdrage die zij via het vaste budget volgens de scope van de beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. Het al dan niet (24/7) beschikbaar kunnen houden van seh-voorzieningen is bovendien van veel meer factoren afhankelijk dan enkel het beschikbare budget. Hierin speelt de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel een belangrijke rol.

Om deze redenen kan middels het invoeren van budgetbekostiging geen garantie worden gegeven dat alle seh-locaties 24/7 openblijven. Wel mag van locaties worden verwacht dat zij de elementen die binnen de scope van het budget vallen (24/7 beschikbaarheid van een seh-arts KNMG of arts seh¹, 24/7 beschikbaarheid van een seh-verpleegkundige en achterwacht tijdens avond, nacht en weekenden, voor de SEH) door het ontvangen van het vaste budget beschikbaar kunnen houden.

Financiering

Financiering op basis van een lumpsum is volgens de NVZ de meest wenselijke financieringsoptie. Dit houdt de administratieve last voor aanbieders zo beperkt mogelijk. De NZa beschrijft dat deze financieringsoptie vanwege het uitgangspunt dat de middelen meelopen in de risicoverevening niet mogelijk is. Reden hiervoor is dat vanwege de

¹ SEH-arts KNMG wordt genoemd in de opdracht aan de NZa, maar is een verouderd begrip is. We gaan ervan uit dat in de voorgenomen aanwijzing door het ministerie van VWS hier rekening mee gehouden wordt.



risicoverevening het vaste budget gekoppeld moet kunnen worden aan individuele verzekerden.

3/5

Volgens de NVZ staat dit haaks op het doel van de invoering van de budgetbekostiging, namelijk het uit de marktwerking halen van de acute zorg. Ziekenhuizen ontvangen daarbij een vast bedrag onafhankelijk van het aantal patiënten dat zij zien. Deze 'brandweerfunctie' laat zich niet koppelen aan individuele patiënten. Bovendien lijkt een eenvoudige werkwijze om deze kosten aan individuele verzekerden te koppelen in het systeem niet mogelijk. Om de acute zorg uit de marktwerking te halen met zo weinig mogelijk administratieve lasten, is het noodzakelijk dat de budgetkosten van de seh voor 100% als vaste kosten door de risicoverevening heenlopen.

Op deze manier worden relatief eenvoudige financieringsopties zoals een lumpsum beter mogelijk. Indien verzekeraars geen risico lopen over dit budget hoeft er bovendien geen ingewikkelde verrekening tussen de financier (marktleider verzekeraar) en overige verzekeraars op basis van aantallen patiënten plaats te vinden. Ook zal de verdere doorontwikkeling veel eenvoudiger zijn, omdat er een helder, transparant en eenduidige basis gebruikt is in de eerste stap met een lumpsumafspraken. Het is wenselijk om verder te verkennen welke technische aanpassingen aan het systeem noodzakelijk zijn om een lumpsumfinanciering mogelijk te maken. Hier lijkt nog geen eenduidig beeld over te bestaan.

Financiering middels een OZP is volgens de NVZ niet wenselijk omdat dit de administratieve- en verantwoordingslast aanzienlijk vergroot.

Schoning – uitgangspunten

Landelijke afspraak

De NVZ onderschrijft het standpunt van de NZa dat partijen gebaat zijn bij een landelijke uniforme afspraak over schoning. Er wordt landelijk bepaald dat er een eerste stap richting budgetbekostiging komt. De scope en hoogte van het budget worden daarbij landelijk vastgesteld. Het ligt in de rede dat er ook landelijk afspraken worden gemaakt hoe deze stap te implementeren. Schoning is hier onderdeel van. Het is noodzakelijk te komen tot een afspraak die erop toeziet dat de schoning zo eenvoudig mogelijk kan worden uitgevoerd, waarbij de reguliere contractonderhandelingen zo min mogelijk verstoord worden.

Het volledig overlaten van de schoning aan de lokale onderhandeling (dus geen landelijke afspraak) is volgens de NVZ niet wenselijk, omdat de uitkomst van de schoning dan te veel afhankelijk is van de lokale onderhandelingspositie van verzekeraar en ziekenhuis. Partijen met een sterkere onderhandelingspositie zullen een gunstigere afspraak weten te realiseren dan partijen met een minder sterke onderhandelingspositie.

Ziekenhuizen die nu beschikbaarheidsbijdrage ontvangen

De NVZ deelt de conclusie van de NZa dat ziekenhuizen die nu al een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen dit bedrag momenteel niet via de reguliere msz-bekostiging vergoed krijgen. Deze ziekenhuizen hoeven het bedrag ter hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage dan ook niet opnieuw te schonen.

Referentiejaar

4/5

Het is van belang dat voor het bepalen van de aanpassing van de prijs ten behoeve van de schoning een zo representatief mogelijk inschatting van de productie wordt gemaakt. Het is belangrijk om daarvoor niet één referentiejaar als uitgangspunt te hanteren. De productie van ziekenhuizen kan over de jaren verschillen. Hierdoor bestaat het risico dat één referentiejaar geen representatief beeld geeft van de gemiddelde productie van een ziekenhuis. Indien ten behoeve van de schoning de prijzen van het ziekenhuis op basis van de productie van dit jaar worden aangepast bestaat het risico dat het ziekenhuis te veel of te weinig wordt geschoond. Bovendien werken deze effecten door indien de productie van het ziekenhuis in de jaren erna weer toe of afneemt. Door uit te gaan van gemiddelde productie over meerdere jaren wordt dit risico verkleind.

Schonon vrij segment – technische uitwerking

Om budgetbekostiging te kunnen invoeren is het volgens de NZa noodzakelijk dat de tarieven worden gecorrigeerd voor het te ontvangen vaste budget. De NZa beschrijft in haar rapport verschillende opties om deze schoning te realiseren. Alle opties kennen volgens de NVZ enkele belangrijke nadelen of bijeffecten. Om een pragmatische en eenvoudige invoering van de eerste stap van budgetbekostiging te kunnen realiseren moet hier een oplossing voor worden gevonden.

Variant optie 4

De werkwijze zoals beschreven in schoningsoptie 4 is voor ziekenhuizen het meest neutraal en kan relatief eenvoudig worden uitgevoerd in de contractering. De optie leidt niet tot een verschuiving van budgetten tussen aanbieders met meer of minder productie. Daarbij ontstaat ook geen verschuiving van budgetten tussen ziekenhuizen met meer of minder A-segment, omdat er in de schoning van het vrije segment rekening wordt gehouden met het reeds geschoonde bedrag uit het gereguleerde A-segment. Om deze redenen is optie 4 van alle opties uit het rapport van de NZa volgens de NVZ relatief de beste optie.

De NZa beschrijft in haar rapport terecht een belangrijk nadeel van deze methodiek, namelijk dat er tariefverschillen (in het vrije segment) ontstaan tussen ziekenhuizen met een hoge omzet en ziekenhuizen met een lage omzet. Ziekenhuizen met een lage omzet zullen hun prijzen in het vrije segment immers verder naar beneden moeten bijstellen dan grote ziekenhuizen. Dit leidt tot prijsverschillen waar ziekenhuizen ook in de jaren na de



schoning hinder van kunnen ondervinden. Zeker als de productie van het betreffende ziekenhuis in de jaren erna verschuift, door bijvoorbeeld transformatie- afspraken of afspraken over spreiding en concentratie. Bovendien worden grote ziekenhuizen door de schoning op het hele B-segment enkele procenten duurder ten opzichte van kleine(re) ziekenhuizen. Dit prijsverschil wordt zichtbaar in benchmarks. Grote ziekenhuizen ondervinden hier in de contractonderhandelingen in de jaren na de schoning nadeel van.

5/5

Het ontstaan van prijsverschillen tussen ziekenhuizen kan ondervangen worden door een alternatieve methodiek voor de schoning toe te passen. Ziekenhuizen hebben in dit geval de mogelijkheid hebben om de schoning voor het gereguleerde segment niet uit te drukken in een afslagpercentage op de DBC-prijs, maar in een absoluut bedrag dat in mindering wordt gebracht op het contract met de (marktleider) verzekeraar(s). Nadeel van dit alternatief is dat ziekenhuizen in de jaren na invoering dit bedrag ook in mindering moeten brengen op hun contracten, totdat de budgetbekostiging breder wordt geïmplementeerd.

Het is volgens de NVZ onwenselijk dat er door de schoning prijsverschillen tussen ziekenhuizen ontstaan. In het vervolg dient uitgewerkt te worden hoe dit probleem te ondervangen. Bovenbeschreven alternatief dient daarin meegenomen te worden.

Overige opties

De NVZ ziet voor de lange termijn ook een mogelijkheid om te kiezen voor een schoningsmethodiek die leidt tot (enige) verschuiving van budgetten tussen ziekenhuizen. Op deze manier dragen aanbieders in de MSZ meer evenredig bij aan het in stand houden van de noodzakelijk acute zorgvoorzieningen in de regio. Dit leidt tot een gelijk speelveld tussen aanbieders. Hoewel schoningsoptie 3 hierin voorziet leidt deze optie op dit moment tot een verschuiving van budgetten tussen ziekenhuizen die buiten-proportioneel is voor deze eerste stap. Voor het inrichten van budgetbekostiging op de lange termijn zou daarom gekeken moeten worden naar een vergelijkbare systematiek, waarbij de positieve- en negatieve effecten voor ziekenhuizen enigszins worden afgevlakt. Op deze manier betalen grote ziekenhuizen niet té veel en gaan kleine ziekenhuizen er niet te veel op vooruit.

Optie I en II hebben volgens de NVZ niet de voorkeur. Deze methodiek richt zich op het zo nauwkeurig mogelijk corrigeren van de (kost)prijs van zorgproducten die seh-kosten bevatten. Welk bedrag er uiteindelijk per ziekenhuis wordt geschoond, wordt bepaald door vermenigvuldiging van de aangepaste prijs van deze zorgproducten maal het volume dat de betreffende instelling op deze zorgproducten levert. Zowel methodiek resulteert in een herverdeling tussen ziekenhuizen. Het is niet te overzien in welke mate de productie op de betreffende zorgproducten (uit zowel A- als B-segment) in verhouding staan met de totale productie van het ziekenhuis. Dit maakt de wijze waarop de herverdeling uitpakt onvoorspelbaar. De NVZ beschouwt schoningsoptie I en II daarom als onwenselijk.



Geachte NZa,

Dank voor het volharden in de koers en het bewaken van het plan budgetbekostiging, samen met VWS. Het huidige plan is echter budgetbekostiging *in name only*. Zonder een verschuiving van financiële middelen naar de regionale ziekenhuizen zal er geen fundamentele verandering komen.

Personele tekorten en financiële onzekerheid zijn sterk aan elkaar gelinkt. Budgetbekostiging zal de grootste impact hebben als er sprake is van meer financiële zekerheid voor algemene en regionale ziekenhuizen. Dit is te bewerkstelligen via een verschuiving van gelden naar de algemene en regionale ziekenhuizen. Dit is ook wat de Tweede Kamer in hele grote meerderheid heeft gevraagd, o.a. via de motie Claassen, en wat de minister via een positieve appreciatie heeft toegezegd. Het huidige voorstel beoogt ook op instellingsniveau het beleid budgetneutraal in te voeren. Hiermee wordt niet voorzien in de vraag vanuit de politiek voor een regionale herverdeling. Op deze manier kan budgetbekostiging bijdragen aan een verbetering van kwaliteit van zorg; ziekenhuizen krijgen zo de financiële middelen om te voldoen aan een basiskwaliteit op de SEH zoals beschreven in dit rapport en het kwaliteitskader spoedzorgketen.

We zijn het eens met ZN dat één moment van ingrijpen beter is dan meerdere momenten van aanpassing op basis van een groeipad. Wij denken dat het moment van ingrijpen 2027 moet zijn. Er wordt inmiddels al veel te lang gesproken over budgetbekostiging, de afgelopen maanden heel intensief. Er wordt gezocht naar draagvlak bij zorgverzekeraars en academische ziekenhuizen door middel van steeds complexere oplossingen. Wat ons betreft is het nu een kwestie van kiezen en vooral doen.

1. Financiële verschuiving naar de regio

1.1 De NVSHA zet zich in voor een **versterking van de financiële positie van regionale ziekenhuizen**. Het rapport geeft nu onvoldoende aandacht aan een financiële verschuiving naar de regio. Alleen met deze verschuiving zullen de kleine(re) regionale ziekenhuizen baat hebben bij budgetfinanciering. Dit betekent dat de budgetbekostiging niet instellingsneutraal kan worden ingevoerd. Een versterkte financiële positie draagt bij aan de spreiding en het behoud van SEH's. We doen dit met het oog op capaciteit in de acute keten en omdat schaalvergroting (zo blijkt uit nationaal en internationaal onderzoek) vaak niet goed heeft uitpakt m.b.t kwaliteit en efficiëntie van de acute zorg en druk op de huisartsen. Om de zorg voor de toekomst zo optimaal mogelijk in te kleden is het noodzakelijk om patiënten zoveel mogelijk in eigen regio te behandelen. Door lokale afspraken, waar zorgverleners elkaar en hun patiënten kennen is er een grotere kans dat minder patiënten acute zorg nodig zullen hebben.

1.2 We vinden het daarbij belangrijk om de financiële prikkels die er nu zijn voor schaalvergroting te mitigeren, alsook te voorkomen dat inzet van personeel onderhevig is aan marktdynamiek in plaats van de beste zorg. Gelet op het budgetneutrale karakter van de huidige opdracht is deze versterking alleen mogelijk via

een financiële verschuiving naar de regio, waarbij grote ziekenhuizen en ziekenhuizen met een grote financiële zekerheid de ziekenhuizen met lagere volumes enigszins gaan steunen.

1.3 Risicovereffening draagt bij aan marktwerking. Daarnaast is de lumpsum optie niet goed mogelijk in combinatie met risicovereffening. De optie lumpsum is onvoldoende uitgewerkt door de NZa. In onze optiek zal een lumpsum helpen om zaken overzichtelijk te houden en recht te doen aan de opdracht van VWS en het beoogde doel van de Tweede Kamer: **financiële zekerheid voor regionale ziekenhuizen**. We stellen voor dat de keuze aan de besluitvormers wordt gelaten en dat voor risicoverevening de voor- en nadelen op een rijtje worden gezet. Het lijkt ons in strijd met de politieke opdracht dat de burger zal bij moeten dragen aan deze bekostiging door bijvoorbeeld verhoging van het eigen risico voor een SEH bezoek. Wij adviseren de bewoording zorgvuldig te kiezen zodat deze interpretatie niet meer mogelijk is.

1.4 Waar het rapport vaak zaken tot achter de komma wil regelen, wordt "herverdeling" of "financiële impact" met een beroep op eenvoud terzijde geschoven. De invoering moet zelfs **instellingsneutraal** gebeuren. Het groeipad wordt daarbij in het rapport naar onze mening te vaak als excuus gebruikt om nu een weinig ambitieus of suboptimaal plan neer te leggen bij de minister. Daarbij wordt onvoldoende rekening gehouden met de vertraging die de budgetfinanciering al heeft opgelopen sinds de eerste aangenomen moties in de Tweede Kamer. Het eindpunt van het groeipad is onduidelijk.

2. Locatiegebondenheid

2.1 Wij vinden het belangrijk dat het budget **locatiegebonden** is, zodat ziekenhuizen met meerdere locaties hier de gepaste vergoeding voor krijgen. Het is daarbij van groot belang dat al deze locaties dan ook voldoen aan de bestaande kwaliteitskaders waarbij de budgetbekostiging zorg draagt dat dit niet alleen adequaat wordt gefinancierd, maar ook geborgd.

3. Kwaliteit

3.1 Wij denken met de NZa dat **NEED** een belangrijke bijdrage kan leveren om **kwaliteit van SEH-zorg te monitoren** en om het effect van budgetbekostiging op kwaliteit van zorg te meten.

3.2 Ook vinden we het een goed idee dat financiering wordt gekoppeld aan **24/7 bezetting**. Wij willen hierbij echter de kanttekening maken dat de basis Fte zoals nu beschreven, geen reëel getal is. omdat er geen rekening wordt gehouden met o.a. ziekte, zwangerschap, administratie, duurzame inzetbaarheid en overige neventaken. Zowel voor artsen als verpleegkundigen zijn, om 24/7 een basisbezetting te garanderen meer Fte nodig.

3.3 Budgetfinanciering alleen leidt niet tot optimalisatie van personeel, het is een prikkel waarmee ziekenhuizen en verzekeraars op verschillende wijzen kunnen omgaan, bijvoorbeeld door het gebruik van personeel wat flexibel inzetbaar is, op verschillende afdelingen. De NZa beschrijft in dit licht dat het niet duidelijk is

of personeel echt de zorg verlaat bij het sluiten van een ziekenhuis/SEH. Maar internationaal onderzoek, alsook de casus Zutphen, laten zien dat **verpleegkundigen de acute/ziekenhuiszorg verlaten bij het sluiten** van een ziekenhuis in de directe omgeving. Het IZA verwees hier eerder ook al naar.

3.4 Budgetfinanciering alleen is bovendien nooit voldoende om een SEH open te houden. Een SEH moet naar onze mening **voldoen aan het kwaliteitskader spoedzorgketen**. Daarbij is er binnen het kwaliteitskader ook ruimte om personeel flexibel in te zetten. Dat laat ook de casus van de Noordwest Ziekenhuisgroep met hun invulling van de acute zorg op hun locatie in Den Helder zien. Als dit niet mogelijk is, door bijvoorbeeld personele tekorten, dan volgen ziekenhuis en zorgverzekeraar de onlangs aangepaste AMVB Acute Zorg.

4. Procedure

4.1 Er wordt in het rapport vermeld dat de consultatiereacties van de NFU, NVZ, ZN en de FMS zijn meegenomen bij het opstellen van dit advies. De NVSHA wordt hier niet bij genoemd. We stellen het zeer op prijs als u melding maakt van onze eerdere schriftelijke inbreng, en dit stuk en ons voorgaande stuk als bijlagen opneemt bij het rapport.

4.2 We waarderen het bovendien erg als de term SEH-arts wordt gebruikt i.p.v. de term SEH-arts (KNMG). Sinds de erkenning van de SEH-arts als medisch specialist bestaat deze term niet meer. De huidige voetnoot zorgt niet voor verduidelijking.

4.3 Gelet op de politieke belangstelling voor dit rapport vragen we bovendien om alle keuzes die voorliggen aan minister en politiek te expliciteren, met het oog op de geplande aanwijzing en de genoemde deadlines van zorgverzekeraars.

Met vriendelijke groet,

Dr. Y. L. Basta, Voorzitter NVSHA,

namens



NFU-reactie op concept uitvoeringsadvies bekostiging SEH deel II

Aan

Van

13-6-2025

Datum 25.01008/H.

Ons kenmerk

Algemeen

De NFU heeft met interesse het concept-uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp deel II gelezen. Ondanks de korte termijn, waarderen wij de mogelijkheid om te kunnen reageren op het conceptadvies. In deze notitie treft u eerst een algemene beschouwing en waardering van de NFU aan op uw advies vervolgens gaan we wat meer in detail in op een aantal punten. Zoals besproken in de bestuurlijke overleggen op 12 juni 2025 gaan we graag nader met u in gesprek over de vervolgstappen.

Procesmatig

Het is onzes inziens onmogelijk om voor een dergelijke omvangrijke aanpassing in het bekostigingsmodel binnen de korte tijd die hiervoor gegeven is, een gedegen advies uit te brengen. Het is door de demissionaire status van het Kabinet de vraag of op korte termijn politieke besluiten worden genomen over budgetbekostiging. De NFU roept op de extra tijd die hierdoor beschikbaar komt te benutten om met de branchepartijen gezamenlijk tot een plan te komen.

Inhoudelijk

De NFU wil zich hard maken voor zorginhoudelijke keuzes. Budgetbekostiging is daarbij geen doel op zich. Naar mening van de NFU is voor aanpassing richting budgetbekostiging eerst een gedegen probleemanalyse nodig, op basis waarvan een toekomstvisie op het acute zorglandschap kan worden gegeven. Vervolgens kan worden bepaald welke stappen moeten worden genomen om daar te komen en pas daarna kan worden gekozen voor een daarbij passend bekostigingsmodel, waarbij het goed denkbaar is dat dit een andere vorm kan zijn dan budgetbekostiging. De NFU pleit ervoor om deze volgorde aan te houden zodat we samen met een juiste basis een toekomstbestendig zorgmodel kunnen vormgeven.

Onze vraagtekens over tussentijdse aanpassingen in de bekostiging MSZ hebben we eerder geuit, zowel in de reactie in aanloop op het Advies Bekostiging Acute zorg uit december 2023 als in de reactie op het concept-uitvoeringsadvies deel I. Wij achten de kans reëel dat de aanpassing van het model zoals deze nu in verschillende opties voorligt, op termijn moet worden teruggedraaid.

Eerder al, in reactie op deel I van de budgetbekostiging SEH, heeft de NFU benoemd dat een visie op een toekomstbestendig zorglandschap voor de langere termijn noodzakelijk is voor het vormgeven van een passende bekostiging. Als NFU hebben we dan ook eerder al onze voorkeur aangegeven voor het scenario van het groeipad richting een toekomstbestendig zorglandschap. Ook heeft de NFU in reactie op dat advies een sterke afkeur gegeven voor scenario 1, het scenario dat in het voorliggende advies verder is uitgewerkt.

De NFU ziet geen voordelen van de voorgestelde budgetbekostiging voor de SEH. Het biedt niet meer financiële zekerheid voor de kleine ziekenhuizen dan in de huidige situatie, het zal de samenwerking in de keten niet verbeteren en het zal niet leiden tot meer toegankelijke acute zorg in

de regio. Wel voorziet de NFU dat het forse kosten en inspanningen met zich meebrengt. Dit staat haaks op het streven van VWS om de administratieve lasten te verminderen.

Wij verwachten dat de invoering van budgetbekostiging in de vorm zoals deze nu wordt voorgesteld, tijdrovend en daarmee belastend is voor de zorgsector. Voor de umc's geldt dat een groot deel van de SEH-bekostiging zal blijven lopen via de reguliere bekostiging aangezien de SEH's van de umc's fors groter zijn dan de minimale basisformatie (het uitgangspunt voor de budgetbekostiging). Dat wil zeggen dat er na invoering twee bekostigingsvormen naast elkaar gaan bestaan voor dezelfde zorg. De exacte mate waarin de administratieve lasten toenemen, zowel eenmalig bij de invoering als structureel, is op basis van het voorliggende advies niet in te schatten. Daarvoor zijn er nog te veel openstaande punten. Dit zien wij als een groot risico.

Budgetbekostiging lost de onderliggende problemen in de acute zorg niet op, zoals personeelstekorten en de samenwerking tussen SEH, OK, en IC. In tegendeel, het in stand houden van de beschikbaarheidsfunctie, leidt tot sub-optimalisatie van de schaarse personele capaciteit. Bovendien kan het openhouden van een SEH waar eigenlijk een personeelstekort is, schadelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg in de acute keten en mogelijk leiden tot verdere uitstroom van personeel (zie p.25 van het advies).

De NFU is van mening dat in het advies te weinig aandacht is voor bovengenoemde nadelige effecten van de invoering van voorgestelde budgetbekostiging. Om de problemen op te kunnen lossen, moet worden gefocust op een bredere, integrale benadering van de acute zorgketen vanuit een zorginhoudelijke invalshoek. Waarbij, indien dit daadwerkelijk bestaande problematieken oplost, gekeken kan worden naar eventuele aanpassingen in de bekostiging.

In onderstaande paragraaf gaan we meer in detail in op het advies.

Effect

De NFU mist in het rapport enerzijds een kwantitatieve schets van scenario's, die een inschatting geven van welke omvang aan financiering verschuift, hoeveel instellingen dit raakt, en wat dit in de praktijk gaat betekenen. Anderzijds ontbreekt een analyse van het te verwachten effect op gedrag van de prikkels die met budgetbekostiging worden ingebouwd. Hierdoor is het lastig, zo niet onmogelijk, om een totaalbeeld te krijgen van de gevolgen van de keuzes die voorliggen.

Sterker nog, een vorm van budgetbekostiging werkt vermoedelijk remmend op de beoogde transitie van het acute zorglandschap, doordat vanuit de budgetbekostiging een zeker 'bestaansrecht' geclaimd kan worden voor SEH-locaties. Daar waar de zorg wellicht effectiever en toegankelijker wordt als het acute zorglandschap wordt heringericht.

Afbakening

De voorgestelde afbakening van de budgetbekostiging roept veel vragen op. Er is sprake van grote variatie in schaal, functie, achtervang en regionale inbedding. De benadering gaat uit van enkelvoudige medisch specialistische bezetting van de SEH, hetgeen niet aansluit bij de praktijk van hoogcomplexiteit zorg, waarbij patiënten juist al op de SEH worden behandeld door multidisciplinaire medisch specialistische teams. Ten behoeve van de patiënt (maar ook de lokale inrichting van de acute keten) is het essentieel om flexibiliteit in de optimale samenstelling van betrokken medisch specialismen te behouden. De knip die door de voorgestelde vorm van budgetbekostiging binnen de SEH's wordt gelegd, bestaat alleen op papier. Vanuit de zienswijze van de NFU moet in de bekostiging juist de zorginhoudelijke kant leidend zijn.

Schoning

Voor de invoering van budgetbekostiging is schoning noodzakelijk en schoning leidt in de meeste, door de NZa geschetste gevallen tot herverdeling. De NFU is van mening dat een keuze voor een financieel beleid in geen geval mag leiden tot herverdeling omdat aan herverdeling zorginhoudelijke keuzes ten grondslag moeten liggen. Het scenario wat per saldo geen herverdeling tot gevolg heeft, is scenario 4. Dat is dan ook in de ogen van NFU het enige optionele scenario.

Het risico bestaat dat de schoning van segment B leidt tot discussies omdat dit niet kan worden afgedwongen door de NZa. Hier zullen dus heldere afspraken over moeten worden gemaakt.

Contractering

Door de invoering van voorgestelde budgetbekostiging bij de SEH wordt zorginkoop gefragmenteerd. Parallel aan de reguliere contractering wordt ook een contracterings-cyclus SEH met inkoop in representatie gestart. Dit is tijdrovend.

Met budgetbekostiging is er sprake van een vast budget. Er kunnen geen/beperkt afspraken gemaakt worden over inkoop/verkoop en verantwoording. In het voorliggende voorstel heeft inkoop geen betekenis meer.

Financiering

De financieringsopties moeten nader uitgewerkt worden, zoals nu voorliggend heeft de NFU een voorkeur voor een lumpsum. Deze is het eenvoudigst uitvoerbaar met de minste extra administratieve lasten, het geeft stabiele, voorspelbare inkomsten en het past bij de aard van budgetbekostiging: het financieren van beschikbaarheid i.p.v. productie. Financiering via prestaties leiden tot hoge administratieve lasten en (ICT)kosten.

Lumpsumbetalingen zijn administratief veel minder ingewikkeld voor ziekenhuizen. Een OZP betekent 1) extra registratie op de SEH; 2) financiële administratie aan de ziekenhuiskant; 3) afrekeningen die moeten worden opgesteld door de NZa en per verzekeraar en per ziekenhuis moeten worden uitgevoerd.

Als ervoor wordt gekozen om de OZP van de SEH uit het eigen risico te houden voorzien wij dat dit zal leiden tot vragen en klachten van patiënten.

Beoordelingscriteria

Een belangrijk beoordelingscriterium is of het scenario bijdraagt aan het doel: optimaal beschikbaar houden van de spoedeisende zorg voor alle inwoners van Nederland. Er bestaat al een instrument dat kan worden ingezet voor streekziekenhuizen: de beschikbaarheidsbijdrage voor een vaste basisinfrastructuur. Die is er voor (kleine) SEH's, deze kan worden geëvalueerd en wellicht worden aangepast waar nodig. De noodzaak van een model met vaste bekostiging voor alle ziekenhuizen wordt onvoldoende onderbouwd.

Een tweede criterium is de inspanning die nodig is voor de uitvoering. De invoering van de voorgestelde vorm van budgetbekostiging vraagt grote inspanning van ziekenhuizen (dit kost veel tijd van bestuurders, strategisch adviseurs, financiële afdelingen, medewerkers contractering, de zorgadministratie en van zorgverzekeraars. Deze inspanning staat niet in verhouding tot de zeer beperkte positieve gevolgen van de voorgestelde vorm budgetbekostiging (als deze er al zijn).

Graag gaan wij nader met u in gesprek over de eventuele vervolgstappen.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Aan: Nederlandse Zorgautoriteit
Mw. , directie regulering Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Mercatorlaan 1200
Postbus 20057
3502 LB Utrecht
(088) 505 34 34

Datum: 12 juni 2025

Onze referentie: KH/BvdL/zr/20250612

Uw referentie:

Onderwerp Reactie op conceptdocument Uitvoeringsadvies
Budgetbekostiging Spoedeisendehulp

www.demedischspecialist.nl
info@demedischspecialist.nl

KvK nummer 40483480

Geachte mevrouw, beste

Op 27 mei heeft de NZa het conceptdocument Uitvoeringsadvies Budgetbekostiging Spoedeisendehulp ter consultatie voorgelegd aan de Federatie Medisch Specialisten. Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om op dit advies te reageren. De Federatie is zich ervan bewust dat de NZa een opdracht heeft van het ministerie van VWS om tot een uitvoeringsadvies over de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisendehulp (SEH) te komen.

Doel budgetbekostiging

Wij hechten eraan om ook in deze fase van dit proces aan te geven dat wij wel de visie en de doelstelling voor het passend maken van het financieringsmodel aan de beschikbaarheid van kwalitatief goede acute zorgvoorzieningen steunen, maar grote bezwaren hebben tegen het invoeren van budgetbekostiging zoals dat nu voorligt. Het invoeren van budgetbekostiging gaat niet bijdragen aan het toegankelijk houden van acute zorg in de regio en betere samenwerking tussen ziekenhuizen en overige ketenpartners. Budgetbekostiging zal ook niet leiden tot betere beschikbaarheid van personeel op de SEH – juist een van de grootste problemen voor de beschikbaarheid van acute zorg in het ziekenhuis. Budgetbekostiging voor de SEH in de voorgestelde vorm, draagt ook niet bij aan het ontwikkelen en implementeren van alternatieve vormen van acute zorg in de tweedelijns zoals bijvoorbeeld de spoedpoli en subacute zorgstraten die de Federatie beschrijft in het nieuwe Visiedocument Acute zorg. Met budgetbekostiging wordt nu alleen de SEH deels bekostigd als plek waar acute zorg wordt geleverd: passende acute zorg voor specifieke patiëntgroepen op een andere plek en in een andere vorm binnen het ziekenhuis, wordt op die manier lastiger te realiseren. Wij pleiten er voor om budgetbekostiging breder op acute zorgvoorzieningen in te richten.

Wij kunnen ons voorstellen dat budgetbekostiging meer financiële zekerheid kan bieden aan kleinere ziekenhuizen om de SEH open te houden. De vraag is in hoeverre budgetbekostiging voor deze kleine SEH's dan doelmatig is (weinig patiënten, hoge kosten), of de maatregel proportioneel is en of de kwaliteit van zorg voldoende geborgd is. Het is jammer dat gekozen is voor deze aanpak - de invoering van budgetbekostiging betreft (slechts) een wijziging in de financieringssystematiek en gaat voorbij aan de problematiek in de acute zorg, namelijk tekort aan personeel en toenemende zorgvraag. De Federatie en de wetenschappelijke verenigingen missen een bredere visie op een toekomstbestendig acute zorglandschap en een hierbij passende bekostiging. Dat wordt wellicht in

het groeipad voorzien, maar deze tussenstap gaat hieraan niet bijdragen. Uitgangspunt moet zijn 'vorm volgt inhoud'.

Aandachtspunten

Naast de bovenstaande algemene bespiegeling, de volgende meer inhoudelijke opmerkingen:

- Budgetbekostiging wordt ingevoerd voor de financiering van een minimale personele bezetting van SEH-afdelingen. In de toelichting op de kernbegrippen mist een nadere beschrijving van het begrip 'spoedeisendehulp'. De verwijzing naar het begrippenkader zoals het RIVM deze hanteert in de bereikbaarheidsanalyse is niet toereikend: daarin staat een opsomming van de *beschikbaarheid* van specifieke zorgprofessionals benoemd als voorwaarde om een voorziening als SEH op te nemen in de bereikbaarheidsanalyse (RIVM beschikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde 2024 – pagina 2/3 en pagina 9 van het conceptadvies). De gekozen definitie wijkt af van die in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, waarin een minimale basisbezetting is gedefinieerd. Beide definities zijn ons inziens niet toereikend.
- Niet alle patiënten met een acute zorgvraag worden op de SEH ontvangen: er zijn ook andere 'ingangen' in het ziekenhuis voor een acute zorgvraag, bijvoorbeeld ook een EersteHartHulp of een spoedkamer gynaecologie op de verlosafdeling. Er is een vraag over de afbakening van de afdelingen waarover dit advies gaat.
- Met de erkenning van spoedeisende geneeskunde als medisch specialisme is het advies om in het rapport te spreken over SEH-arts of medisch specialist op de SEH in plaats van de verwarrende term 'arts-SEH'. Het is van belang te onderstrepen dat naast SEH-artsen er ook andere medisch specialisten op de SEH werkzaam zijn.
- De voorgestelde vorm van budgetbekostiging gaat voorbij aan de diversiteit waarin SEH's zijn georganiseerd: een level-1 traumacentrum en ook andere grote SEH's hebben een andere personele inzet en beschikbaarheidsvereisten dan een basis-SEH in een level-3 ziekenhuis. Een one-size-fits-all benadering is niet passend op de diversiteit van acute zorg in ziekenhuizen zoals die nu bestaat – dat het budget niet als kostendekkend voor de SEH bedoeld is, doet daar geen afbreuk aan.
- Kinderartsen en andere poortspecialisten zien, afhankelijk van de organisatie van de SEH en lokale werkafspraken, in veel situaties zélf als eerste een kind/patiënt met een acute zorgvraag op de SEH en zijn niet alleen maar 'achterwacht'. Een kinderarts is bijvoorbeeld zowel aanwezig voor de acute kindergeneeskunde als voor de acute geboortezorg. Die beschikbaarheid heeft naast organisatorische- ook financiële aspecten. De samenhang van dit uitvoeringsadvies met het nog nader uit te werken uitvoeringsadvies voor budgetbekostiging van acute verloskunde is daarom essentieel.

- In de opsomming van de achterwachtfuncties ontbreken een aantal specialismen:
 - o Gynaecologie: mogelijk met de veronderstelling dat de inzet/achterwachtfunctie voor de gynaecologie alleen verankerd hoeft te zijn in de budgetbekostiging voor de acute verloskunde. Maar de gynaecoloog ziet ook andere acute zorgvragen op de SEH die niet gerelateerd zijn aan verloskunde.
 - o Neurochirurgie heeft ook een achterwachtfunctie.
 - o MDL-artsen hebben, afhankelijk van lokale afspraken, ook een achterwachtfunctie.
 - o De interventie radioloog heeft naast de diagnostisch radioloog ook een achterwachtfunctie, net zoals er meerdere gedifferentieerde chirurgen (vaatchirurg, GE chirurg, traumatoloog) en andere specialisten achterwacht hebben.

De opsomming van achterwachtfuncties in het achterliggende document *“Bijlage 1 bij Adviesbrief aan VWS Beschikbaarheidsbijdrage SEH- Rapport Kostenonderzoek beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp t.b.v. marktverstoringstoets 2021”* heeft een oorsprong die nog van voor 2020 dateert en klopt niet met de huidige achterwachtbezetting.

- Beschikbaarheid van uitkomsten van zorg is een randvoorwaarde voor de invoering van budgetbekostiging. Hiertoe wordt de kwaliteitsregistratie NEED voorgesteld als een bron voor informatie over uitkomsten. Er zijn ook andere registraties die gebruikt kunnen worden zoals de kwaliteitsregistratie DRAIM (Dutch Registry Acute and Internal Medicine) die multidisciplinair wordt doorontwikkeld wat gezien de aard van de zorg op een SEH, de voorkeur heeft. Kwaliteitsregistraties kunnen inzicht bieden in de uitkomsten van zorg op een SEH, maar kunnen niet gebruikt worden als basis voor berekening van een budget. In de keuze voor het opstellen en implementeren van nieuwe indicatoren dient tevens rekening gehouden te worden met de impact op administratieve lasten.
- Voor de financiering van de budgetbekostiging geeft de NZa aan dat het formuleren van een nieuwe prestatie OZP met een (individueel) vast tarief de voorkeur heeft. Los van de technische details, kan implementatie van budgetbekostiging, waarbij specifiek budget voor SEH gealloceerd wordt, bij verdergaande schoning van DBC wellicht leiden tot ontwikkeling van SEH's met een zogenaamd closet format, wat de Federatie ongewenst vindt.
- De Federatie heeft vragen over de uitwerking en uitvoerbaarheid van de voorgestelde schoning van de DBC's. Wij vragen ons af of de benodigde data en parameters daadwerkelijk voorhanden zijn en of e.e.a. budgetneutraal kan worden ingevoerd. Ons lijkt dat juist wel een behoorlijke impact te verwachten is, maar dat is nog onvoldoende in te schatten. Ook is de impact voor ondersteunende specialismen niet helder. Duidelijk is wel dat schoning een neerwaarts effect heeft op de tarieven van de electieve zorg.
- De schoning zal niet alleen voor ziekenhuizen maar óók voor zorgprofessionals tot administratieve lasten leiden bijvoorbeeld omdat kostprijsinformatie aangeleverd moet worden en hiervoor de vakgroepen ook nodig zijn. Als de beoogde tijdlijn van invoering 2027 is, dan is de vraag of schoning tijdig uitgevoerd kan worden en of de (herverdelings-)effecten duidelijk zijn. Kunnen we waarborgen dat ondersteunende specialismen (zoals de anesthesiologie) niet onbedoeld financieel benadeeld worden.



Vervolgtraject

De Federatie wil nadrukkelijker betrokken worden bij de totstandkoming van het uitvoeringsadvies dan tot nu toe het geval is geweest. Dit deel II van het Uitvoeringsadvies is weliswaar een financieel technisch te beschouwen uitwerking van budgetbekostiging maar raakt direct aan aspecten van zorg en bedrijfsvoering die ook de medisch specialisten en de vakgroepen in de ziekenhuizen aangaan. Een ingrijpende wijziging van de bekostiging van acute zorg in het ziekenhuis kan niet zonder directe betrokkenheid van alle medisch specialismen verder uitgewerkt worden: wij trekken hiertoe graag op met de koepels van de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en met de SEH-artsen. De input die in de laatste fase van het proces nog door de Federatie is aangereikt voor het document dat nu voorligt, wordt niet herkend in dit nu voorliggende concept.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Karel Hulsewé
Bestuurslid Federatie Medisch Specialisten



Newtonlaan 1-41 • 3584 BX Utrecht • Postbus 3017 • 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 • E info@nza.nl • www.nza.nl