



BUDGETBEKOSTIGING SPOEDEISENDE HULP PER 2027 BIEDT GEEN SOELAAS

- De minister van vws wil per 2027 budgetbekostiging voor de seh invoeren. Het gaat op dit moment om een beperkte invoering: elk ziekenhuis krijgt EUR 4,6 mln per seh-locatie, waarbij datzelfde bedrag wordt geschoond uit de huidige contractafspraken. Daarmee is deze invoering budgetneutraal. Voor meer context: zie [pagina 2](#) van dit document.
- De voorgestelde vorm van budgetbekostiging draagt niet of nauwelijks bij aan de door het kabinet gestelde doelen voor acute zorg. Op [pagina 3](#) lichten wij dit nader toe.
- Tegelijkertijd levert de invoering van budgetbekostiging veel administratie op voor alle partijen en kan het leiden tot ongewenste effecten voor patiënten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Zowel de NZa als veldpartijen merken op dat budgetbekostiging leidt tot verschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling. De omvang hiervan was echter nog onbekend. Wij brengen dit in kaart: tussen ziekenhuizen op [pagina 5](#) en [6](#) en tussen zorgverzekeraars op [pagina 7](#) en verder.
- Vooral tussen ziekenhuizen kunnen de verschillen groot zijn, en dat merken patiënten. De kosten van een seh-bezoek variëren straks van EUR 100 tot ruim EUR 400, afhankelijk van het ziekenhuis dat je bezoekt.
- Ons advies: beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald.

Meer weten? Lees verder 





Voorkeur van de minister gaat uit naar budgetbekostiging met beperkte afbakening per 2027 als tussenstap naar groeipad

Context

In het regeerprogramma van kabinet-Schoof is afgesproken om de spoedeisende hulp te financieren op basis van een vast budget: de zogenaamde budgetbekostiging. Het kabinet-Schoof beoogt daarmee:

- “meer financiële zekerheid te geven aan kleinere ziekenhuizen;
- de samenwerking tussen ziekenhuizen en overige partners in de keten makkelijker te maken;
- marktwerking in de zorg te verminderen;
- te werken aan toegankelijke acute zorg in de regio.”¹

Op basis van een uitvoeringsadvies van de NZa heeft de minister diens voorkeur uitgesproken voor invoer van **budgetbekostiging met beperkte afbakening per 2027** als eerste en tussentijdse stap richting een groeipad. Beperkte afbakening houdt in dat de budgetbekostiging wordt afgebakend op basis van de huidige beschikbaarheidsbijdrage voor de seh, welke gaat gelden voor alle seh's. Het groeipad houdt in dat in de toekomst (budget-)bekostiging plaatsvindt op basis van een toekomstbestendig normenkader voor acute zorg waarin differentiatie mogelijk is. De NZa concludeert dat de tussenstap uitvoerbaar is, maar ook dat vereiste inspanningen niet proportioneel zijn.

De minister heeft als criterium gesteld dat de invoering van de budgetbekostiging budgetneutraal is voor de ziekenhuizen². Dit vereist **het schonen van de budgetbekostiging uit de tarieven en contracten**. De NZa kan zelf de tarieven van het gereguleerd segment bijstellen, maar het resterende deel moet komen uit het vrije segment. Dit vraagt om het uitdenken van een passende methodiek die zo veel mogelijk ongewenste effecten voorkomt.

Dit onderzoek betreft een **onafhankelijke analyse op basis van openbare bronnen**. De werkelijke effecten kunnen licht afwijken van de getoonde inzichten.



Voorgestelde vorm van budgetbekostiging per 2027 draagt niet of nauwelijks bij aan beoogde oplossing van problemen





Invoering budgetbekostiging kan onwenselijk gevolgen hebben voor patiënt, ziekenhuis en zorgverzekeraar

Mogelijke (onwenselijke) effecten van invoering budgetbekostiging voor...



Patiënten

- Verschil in eigen-risicobijdrage voor seh-bezoek afhankelijk van keuze ziekenhuis (zie [pag. 5](#))
- Lagere eigen-risicobijdrage voor reguliere zorg (niet-seh) die bovendien varieert per ziekenhuis (zie [pag. 6](#))
- Dubbele betaling eigen-risicobijdrage wanneer tranchering eigen risico wordt ingevoerd en deze geldt voor zowel seh-bezoek als DBC
- Eigen-risicobijdrage varieert per verzekeraar en DBC (meer dan reeds het geval; effect klein)



Ziekenhuizen

- Verschil tussen ziekenhuizen in tarief voor seh-bezoek leidt tot prikkels om voor seh-bezoek naar 'goedkoper' ziekenhuis te gaan (zie [pag. 5](#))
- Verschil tussen ziekenhuizen in % schoning van DBC-tarieven waardoor verschillen in concurrentiepositie ontstaan en mogelijk op termijn meer druk op tariefonderhandelingen (zie [pag. 6](#))



Zorgverzekeraars

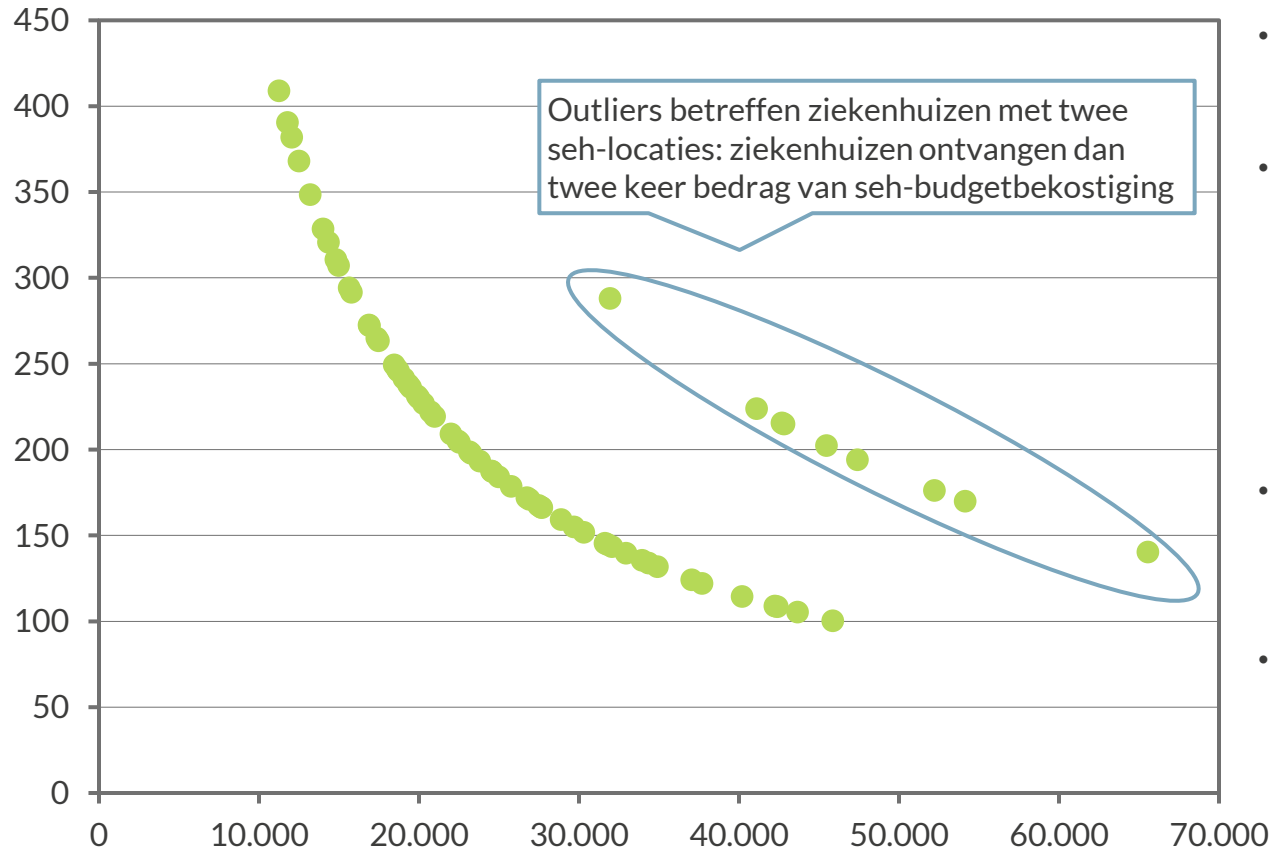
- Niet budgetneutraal als er geen eigen-risicobijdrage geldt voor seh-bezoek
- Tariefverschillen binnen ziekenhuis bij verdeling op basis van landelijke marktaandelen (zie [pag. 7](#))
- Delen vertrouwelijke data noodzakelijk als lokale marktaandelen gebruikt worden
- Concurrentieverschillen ontstaan (en het is niet budgetneutraal) als schoningsmethodiek van DBC-tarieven niet aansluit op vergoeding seh-bezoeken (zie [pag. 9](#))



Kosten voor seh-bezoek variëren straks tussen EUR 100 en ruim EUR 400

Kosten seh-bezoek per ziekenhuis¹

[aantal bezoeken seh (o.b.v. adherentiegebied), EUR, prijspeil 2027]



- In het huidige systeem zijn de kosten van een seh-bezoek versleuteld in DBC-tarieven.
- Vanaf 2027 krijgt iedere seh een vaste bekostiging van EUR 4,6 mln. Als deze vergoeding wordt toegerekend aan individuele seh-bezoeken, leidt dit tot grote prijsverschillen tussen ziekenhuizen: het aantal seh-bezoeken verschilt immers sterk per ziekenhuis (~10.000-70.000 per jaar).
- Dit betekent dat een patiënt die voor een seh-bezoek in een groot ziekenhuis komt, minder betaalt dan een patiënt in een klein ziekenhuis.
- Dit effect wordt enigszins gecompenseerd door de corresponderende tariefdaling van de DBC, maar niet geheel.²

1) Analyse Gupta Strategists o.b.v. adherentiegebieden en kans op seh-bezoek per leeftijdsgroep; geen volledige correctie voor nachtsluitingen en andere locatiespecifieke effecten;

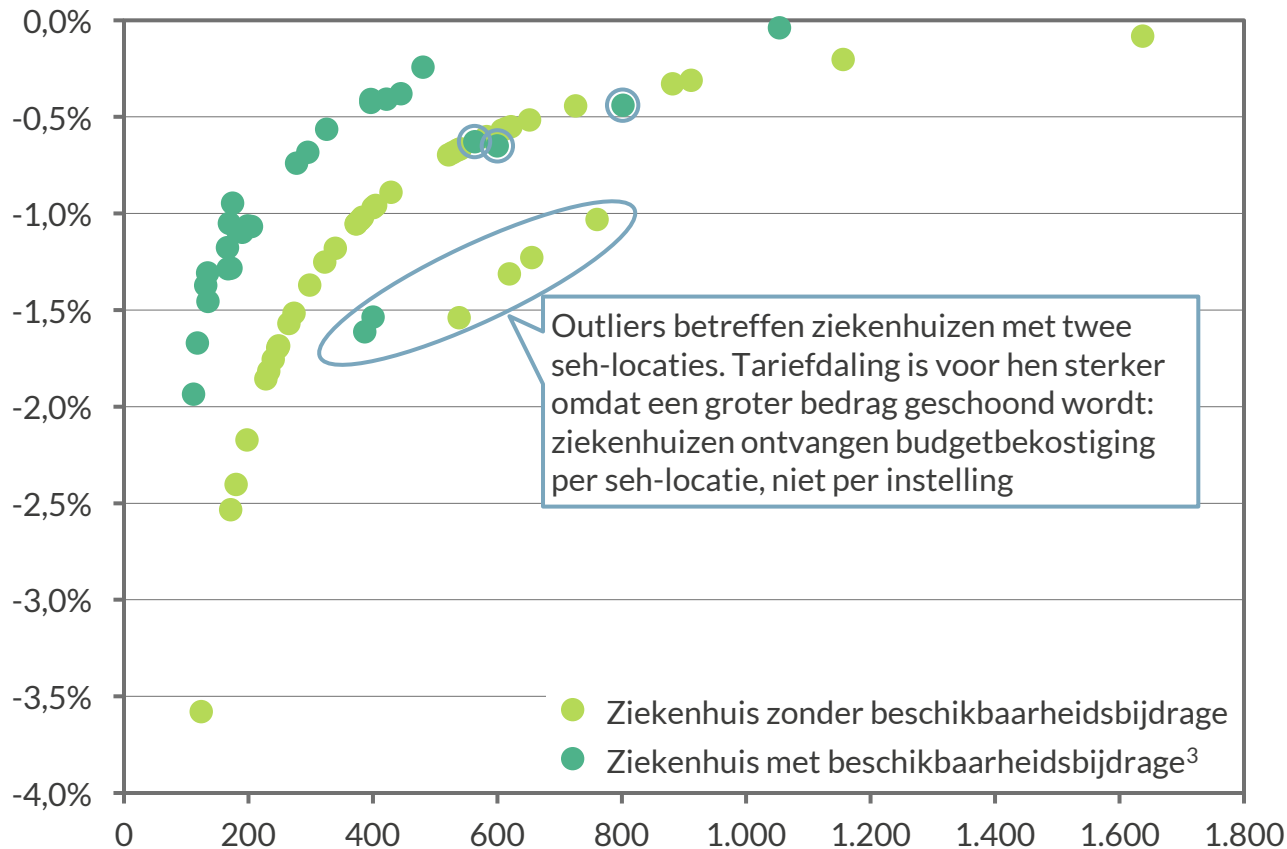
2) De mate waarin hangt af van de schoningsmethodiek. Zelfs bij een productspecifieke schoning (waarbij zorgproducten met relatief veel seh-bezoeken meer geschoond worden) blijft er een effect. Bijv. in een zorgproduct waarvoor 25% van de subtrajecten een seh-bezoek heeft, wordt het verschil 25% kleiner.

Bron: zorgcijfersdatabank.nl, NZa beleidsregels beschikbaarheidbijdrage op aanvraag, jaarverslagen ziekenhuizen, analyse Gupta Strategists.



Bij kleinere ziekenhuizen dalen de tarieven in het vrije segment relatief meer door schoning dan bij grotere ziekenhuizen

Impact per ziekenhuis van budgetbekostiging seh op tarieven in vrij segment¹
[EUR x mln Zvw-omzet 2024, % daling vrij tarief]



- De totale budgetbekostiging is ~EUR 360 mln (~ 1,3% van MSZ-kosten²).
- Voor budgetneutrale invoering van de budgetbekostiging moet ieder ziekenhuis het te ontvangen bedrag schonen uit zijn tarieven.
- Voor kleine ziekenhuizen is dit (vaste) bedrag een relatief groter deel van de omzet dan voor grotere ziekenhuizen; gevolg is dat tarieven van kleinere ziekenhuizen sterker dalen.
- Daling van tarieven is niet per definitie negatief: het kan mogelijk de concurrentiepositie ten opzichte van omliggende ziekenhuizen of ZBC's verbeteren.
- Bij ziekenhuizen met weinig tariefdaling kan in latere jaren meer prijsdruk ontstaan in contractonderhandelingen.

¹) Aangenomen dat het aandeel vrij segment voor ieder ziekenhuis hetzelfde is, namelijk 83% van de Zvw-omzet (o.b.v. landelijke verhouding tussen gereguleerd en vrij segment in 2024 volgens cijfers van zorgcijfersdatabank.nl); doorrekening van Gupta laat zien dat de verhouding in aandeel gereguleerd segment vs. vrij segment weliswaar impact heeft op tariefdaling vrij segment maar dat het effect hiervan zeer beperkt is; omvang van omzet is de dominante factor; ²) Exclusief DGM; ³) Voor ziekenhuizen die op dit moment een beschikbaarheidsbijdrage seh ontvangen is het te schonen bedrag lager, omdat de huidige beschikbaarheidsvergoeding wordt verrekend met de budgetbekostiging.

Bron: zorgcijfersdatabank.nl, NZa beleidsregels beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag, jaarverslagen ziekenhuizen, analyse Gupta Strategists.



Schoning op basis van landelijk marktaandeel kan grote prijsverschillen geven tussen zorgverzekeraars

Impact methodiek 'schoning o.b.v. landelijk marktaandeel' op tariefverschillen tussen zorgverzekeraars
[verschil tussen zorgverzekeraar met resp. hoogste en laagste tariefdaling binnen zelfde ziekenhuis in %-pt]

- Voor het schonen van de tarieven van een ziekenhuis is de eerste vraag: welke deel van de budgetbekostiging (EUR 4,6 mln) schoont elke zorgverzekeraar?
- De meest eenvoudige methodiek is schoning op basis van **landelijke marktaandelen**. Deze informatie is publiek beschikbaar en dus niet concurrentiegevoelig.
- **Echter:** deze methode geeft verschillen in tariefdaling tussen verschillende zorgverzekeraars binnen hetzelfde ziekenhuis. Dit kan leiden tot irreële en onuitlegbare tarieven.
- Een zorgverzekeraar met een hoog lokaal marktaandeel bij een ziekenhuis (ten opzichte van zijn landelijk marktaandeel) schoont een relatief laag percentage, en vice versa.
- Bij de meeste ziekenhuizen geeft dit een verschil van 1%- tot 3%-punt in tariefdaling tussen de zorgverzekeraar die het meest schoont en de zorgverzekeraar die het minst schoont.
- Er zijn uitschieters met grotere verschillen (zie Figuur).





Schoning op lokaal marktaandeel geeft inzicht in vertrouwelijke data en lost niet alle knelpunten op

Reflectie op schoning op lokaal marktaandeel

- Schonen van de tarieven van een zorgverzekeraar bij een ziekenhuis op basis van zijn **lokale marktaandeel** voorkomt de potentieel grote verschillen in tariefdaling tussen zorgverzekeraars zoals bij het werken met landelijke marktaandelen.
- **Echter:** deze lokale marktaandelen zijn vertrouwelijk, een zorgverzekeraar weet zijn marktaandeel bij een ziekenhuis nu *niet*¹.
- Daarbij kunnen er alsnog verschillen tussen zorgverzekeraars ontstaan als de schoningsmethodiek van de DBC-tarieven niet goed aansluit bij de vergoeding van de budgetbekostiging.

Hoe wordt de budgetbekostiging vergoed:

- NZa adviseert bekostiging via een OZP, met een individueel vast tarief²
- Dit tarief wordt per ziekenhuis bepaald op basis van het verwachte aantal seh-bezoeken

?

=

Hoe wordt budgetbekostiging geschoond:

- Schoning vindt plaats op basis van een afslag op de tarieven
- De methodiek hiervoor wordt nog uitgewerkt: bijv. een vast of productspecifiek percentage³

Twee belangrijke risico's⁴:

- OZP-tarief (vergoeding) en tariefafslag (schooning) worden vooraf vastgesteld. Voor daadwerkelijk budgetneutrale invoering is achteraf verrekening nodig op basis van realisatie. Dit betekent **veel administratie** (per ziekenhuis voor alle zorgverzekeraars).
- Indien vergoeding en schoning niet goed aansluiten kunnen **verschillen tussen zorgverzekeraars** ontstaan, bijvoorbeeld doordat marktaandeel van een zorgverzekeraar in seh-bezoeken anders is dan zijn marktaandeel in schadelast (impact lijkt beperkt, zie volgende pagina).

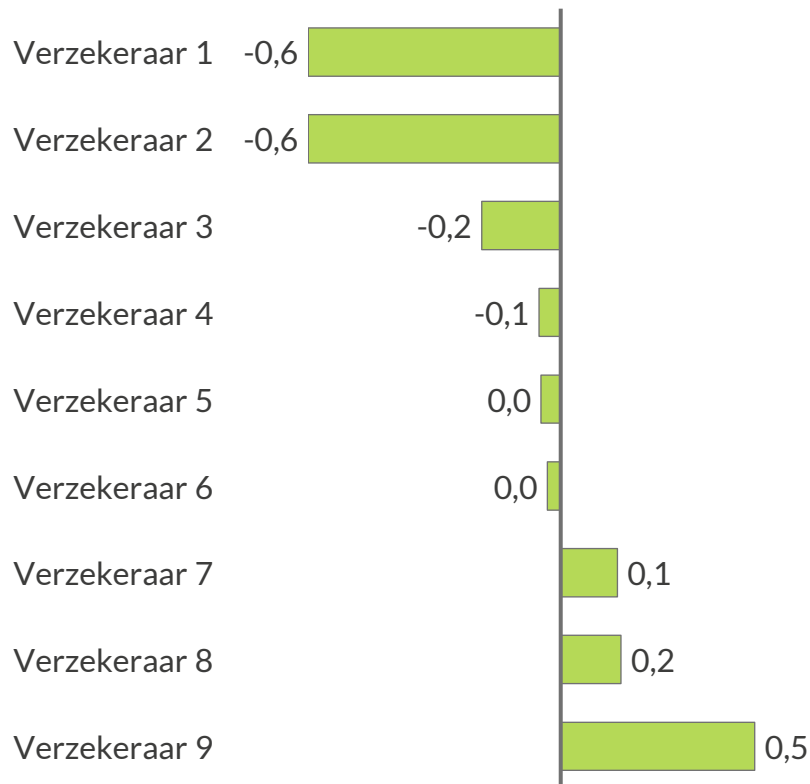
1) Benadering van lokale marktaandelen op basis van jaarverslagen of andere openbare bronnen is beperkt betrouwbaar voor doeleinde van contractonderhandelingen; 2) Dit betekent dat elk ziekenhuis zijn eigen OZP-tarief heeft (op basis van het verwachte aantal seh-bezoeken); OZP = overig zorgproduct; 3) NZa gaat voor gereguleerd segment een productspecifieke schoning toepassen; 4) Deze risico's gelden ook bij schoning op basis van landelijk marktaandeel.

Bron: Uitvoeringsadvies budgetbekostiging spoedeisende hulp – deel 2 (NZa, juli 2025),



Als methode vergoeding seh en schoning DBC's niet aansluit, leidt dit tot verschillen tussen verzekeraars

Resultaat bij vergoeding o.b.v. seh-bezoeken en schoning o.b.v. marktaandeel in schadelast
[EUR/verzekerde; inschatting]



- Indien geen verrekening achteraf plaatsvindt op basis van daadwerkelijke realisatie kunnen er verschillen ontstaan tussen wat een zorgverzekeraar betaalt (aan budgetbekostiging) en wat hij schoont (door tariefafslag).
- NZa adviseert bekostiging via een OZP. We gaan uit van betaling per seh-bezoek.
- Als het te schonen bedrag wordt bepaald op basis van het marktaandeel van een zorgverzekeraar in de schadelast, ontstaan er verschillen:
 - Zorgverzekeraars met een relatief jonge populatie hebben een hoger marktaandeel in seh-bezoeken dan in schadelast.
 - De verschillen zijn niet groot, maar leiden op totaal-niveau tot verschil in resultaat van **EUR 1 / verzekerde** (zie verschil tussen verzekeraar 1 en 9 in Figuur).
- Als het te schonen bedrag wordt bepaald op basis van het aandeel in de seh-bezoeken ontstaan er juist verschillen in %-tariefafslag tussen zorgverzekeraars binnen hetzelfde ziekenhuis (tot ~0.3%-punt¹).



Meer weten? Neem gerust contact op



Dion Coumans

dion.coumans@gupta-strategists.com

06 42168259



Roxanne van Donselaar - Busschers

roxanne.vandonselaar@gupta-strategists.com

06 52295625



Sven Roefs

sven.roefs@gupta-strategists.com

06 39239218