

Als je het doet, doe het dan goed

Analyse nadelen voorgestelde NZa-model SEH-bekostiging en oplossingsrichtingen

18 maart 2026, Adviesbureau SiRM

Aanleiding

De NZa begon eind 2024 op verzoek van de toenmalige minister van VWS met het opzetten van budgetbekostiging voor onder andere SEH's. Het kabinet-Schoof beoogde daarmee (vrij vertaald) om kleinere ziekenhuizen meer financiële zekerheid te geven, samenwerking te vergemakkelijken, marktwerking te verminderen en te werken aan toegankelijke acute zorg in de regio. De budgetbekostiging moet vanaf 2027 voor elke SEH-locatie in Nederland gaan gelden.

De NZa heeft een voorlopig SEH-budgetbekostiging model ontwikkeld dat niet op onverdeeld enthousiasme kan rekenen. Zo stelde Gupta Strategists (17 februari) dat de voorgestelde budgetbekostiging nauwelijks bijdraagt aan de doelen voor acute zorg en veel extra administratie en ongewenste effecten voor patiënten veroorzaakt. SiRM heeft zich, op basis van gesprekken met veldpartijen en onze evaluatie van de beschikbaarheidsbijdrage voor VWS¹, verder verdiept in het voorgestelde NZa-model. Onderstaande notitie betreft onze eigen onafhankelijke argumentatie op basis van gesprekken met veldpartijen, deskresearch en inzichten vanuit onze jarenlange ervaring in de sector.

Hoofdconclusie

Het voorgestelde NZa-model voor budgetbekostiging van de SEH **lost het probleem waarvoor het bedoeld was niet op en kent bovendien zwaarwegende nadelen voor patiënten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Verruimen van de huidige beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's is een meer passende oplossing. Voor een gelijk spelveld kan budgetbekostiging een oplossing zijn, maar dan wel met een zorgvuldiger model.** We lichten deze conclusies hieronder toe.

SiRM pleit ervoor dat, als SEH-budgetbekostiging wordt ingevoerd om een gelijk spelveld te creëren, dit zorgvuldig en doordacht gebeurt. Het voorgestelde NZa-model schiet daarin tekort en zou daarom niet moeten worden geïmplementeerd. In plaats daarvan adviseren wij om vanaf 2027 de bestaande beschikbaarheidsbijdrage te verruimen en tegelijk een weloverwogen model voor budgetbekostiging te ontwikkelen dat de nadelen van het voorgestelde NZa-model wegneemt.

¹ SiRM, Terug naar de bedoeling van het instrument, Evaluatie van het instrument beschikbaarheidsbijdrage, Mei 2025 ([link](#)).

Voorgestelde NZa-model voor SEH-budgetbekostiging lost probleem waarvoor het bedoeld was niet op

Hoewel het doel breder omschreven is², lijkt het belangrijkste doel van acute zorg budgetbekostiging het behouden van SEH's van kleinere regionale ziekenhuizen.

SEH's die als 'gevoelig' aangemerkt zijn, krijgen al een beschikbaarheidsbijdrage.³ De term gevoelig betekent dat door sluiting van de SEH het aantal mensen dat niet binnen 45 minuten naar een SEH kan, stijgt. Het RIVM berekent ieder jaar of een SEH gevoelig is. Het betrof in 2025 29 SEH's.

Er zijn SEH's in dunbevolkte gebieden die niet als gevoelig aangemerkt worden, maar te weinig productie hebben om de vaste kosten voor 24/7 beschikbaarheid te dekken. Wij schatten in dat het **om zes tot acht SEH's gaat**.⁴ Deze zes tot acht ziekenhuizen zouden daarmee de belangrijkste reden zijn voor budgetbekostiging. Het **voorgestelde model treft echter alle SEH's** in Nederland.

Bovendien is het huidige voorstel om de budgetbekostiging **budgetneutraal per ziekenhuis** in te voeren. **Voor ziekenhuizen die nu vanuit financiële overwegingen hun SEH zouden moeten sluiten – de primaire doelgroep – verandert er dus niets.**

Voorgestelde NZa-model kent zwaarwegende nadelen voor patiënten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars

De budgetbekostiging gaat vooralsnog uit van een vaste bekostiging van €4,6 miljoen per SEH. De NZa stelt op basis daarvan per SEH een tarief voor SEH-bezoeken vast dat de ziekenhuizen declareren bij zorgverzekeraars. SEH's met veel bezoeken krijgen dus een lager tarief per bezoek dan SEH's met weinig bezoeken. Aan het einde van het jaar vragen het ziekenhuis en de representerende zorgverzekeraar het definitieve budget bij de NZa aan. Het ziekenhuis ontvangt dan het resterende budget wat zij nog niet gevuld hebben met declaraties. De NZa rekent met de verschillende tarieven om de opbrengstverschillen te minimaliseren en het risico op overschotten of tekorten te beperken.

Hoewel het voorgestelde NZa-model als een eerste stap is bedoeld, leidt implementatie ervan direct tot (zwaarwegende) nadelen voor patiënten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Patiënten

Patiënten uit dunbevolkte regio's met slechts één nabijgelegen, meestal kleiner, ziekenhuis hebben geen keuze. Voor hen is het SEH-bezoek duurder. Deze ziekenhuizen hebben een hoger tarief voor SEH-bezoeken om de €4,6 miljoen vol te declareren. Gupta berekent dat de kosten voor een SEH-bezoek in Nederland ongeveer tussen de €100 en €400 zullen liggen.

² Doelen van kabinet-Schoof (vrijvertaald): om kleinere ziekenhuizen meer financiële zekerheid te geven, samenwerkingen te vergemakkelijken, marktwerking te verminderen en te werken aan toegankelijke acute zorg in de regio.

³ Zie Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag – BR/REG-26119 ([Link](#)).

⁴ We zijn voor deze inschatting uitgegaan van ziekenhuizen met een omzet in de Zvw van minder dan €200 miljoen en een adherentiegebied van minder dan 200.000 inwoners.

In een (dunbevolkte) regio zijn patiënten dus direct hun hele eigen risico kwijt. Terwijl vergelijkbare patiënten in een dichtbevolkte regio, mogelijk⁵ maar een deel van hun eigen risico hoeven te betalen. Inwoners in dunbevolkte gebieden hebben in de afgelopen decennia al voorzieningen zien verdwijnen. De solidariteit binnen het systeem raakt mogelijk onder druk wanneer zij nu bij wijze van spreken zelf moeten betalen voor het openhouden van hun SEH.

Als de plannen van kabinet-Jetten doorgaan (maximaal €150 eigen risico per behandeling) wordt het verschil tussen patiënten uit dun- en dichtbevolkte regio's kleiner. In een dunbevolkte regio betaalt de patiënt dan de volle €150 (want een duurder SEH-bezoek), terwijl dit in een dichtbevolkte regio bijvoorbeeld maar €100 is.

Ziekenhuizen

Voor budgetneutrale invoering van de budgetbekostiging moet ieder ziekenhuis de ~€4,6 miljoen schonen uit zijn dbc-tarieven. Gupta verwacht hierdoor forse **administratieve lasten**, onder andere omdat iedere zorgverzekeraar een ander deel van de ~€4,6 miljoen schoont.

Voor grotere ziekenhuizen leidt het voorgestelde NZa-model bovendien niet tot een volledige scheiding van SEH-kosten van de kosten van de rest van het ziekenhuis. De kosten die grotere ziekenhuizen maken voor hun SEH's zijn immers (veel) hoger dan het nu voorgestelde budget van €4,6 miljoen. Het voorgestelde NZa-model leidt zo bij de **grotere ziekenhuizen tot kunstmatig lage SEH-tarieven met nog steeds (aanzienlijke) SEH-kosten in de dbc-tarieven**.

Kleinere ziekenhuizen die nabij grotere ziekenhuizen gelegen zijn, krijgen mogelijk minder SEH-bezoekers. We verwachten namelijk dat patiënten in gebieden met meerdere ziekenhuizen nabij vaker de grootste SEH met het laagste tarief zullen kiezen. De **verminderde instroom via de SEH voor kleinere ziekenhuizen, kan hun financiële gezondheid verder onder druk zetten**. Daarmee werkt het voorgestelde NZa-model mogelijk zelfs het belangrijkste initiële doel van de budgetbekostiging tegen.

Zorgverzekeraars

Net als voor ziekenhuizen zal het schonen van de dbc-tarieven **veel administratie** opleveren voor zorgverzekeraars.

Bovendien **compliceert de schoning de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen op de zorginkoopmarkt**. Ter illustratie: als de schoning op basis van landelijke marktaandelen zou gebeuren becijfert Gupta dat dit bij de meeste ziekenhuizen een verschil van 1%-tot 3%-punt in tariefdaling geeft tussen de zorgverzekeraar die het meest schoont en de zorgverzekeraar die het minst schoont.

Verruimen van bestaande beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's is meer passende oplossing

We schatten dat er zes tot acht SEH's zijn die niet als gevoelig aangemerkt worden, maar wel te weinig productie hebben om de vaste kosten voor 24/7 beschikbaarheid van hun SEH te dekken.

⁵ Bijvoorbeeld patiënten die via de HAP binnenkomen en geen/nauwelijks vervolgcosten hebben in het ziekenhuis.

Op basis van doelmatig gebruik van mensen en middelen zou je kunnen redeneren dat deze SEH's mogelijk wel niet nodig zijn in het systeem. Patiënten kunnen immers, binnen maatschappelijk acceptabele reistijd (de gevoeligheidsnorm), ergens anders terecht.

Vanuit onze jarenlange ervaring in de ziekenhuissector zien wij echter dat het **voor het behoud van het ziekenhuis belangrijk is om (op minimaal een ziekenhuislocatie) de SEH open te houden**.⁶ De SEH is een belangrijke instroomroute voor het ziekenhuis. Bovendien kan het ziekenhuis zonder SEH een fors deel (voornamelijk beschouwend) van het aanbod niet meer bieden. Dit leidt ertoe dat het ziekenhuis de (vaste) kosten (in de anw) op een gegeven moment niet meer kan dekken.

Theoretisch gezien zou de instroom die wegvalt door SEH-sluiting vervangen kunnen worden door instroom vanuit andere ziekenhuizen in de regio waarvan de SEH wel nog open is. Maar dan vraag je die patiënten dus om niet naar hun dichtstbijzijnde ziekenhuis te gaan. En dat in een dunbevolkt gebied met weinig ziekenhuizen. In de praktijk zien we dan ook nauwelijks voorbeelden van op zichzelf staande ziekenhuizen die geen SEH hebben. Het lijkt dus lastig om adequaat in te spelen op de consequenties van een SEH-sluiting. Uit onderzoek van SiRM naar 18 SEH-sluitingen tussen 2011 en 2022 blijkt dat SEH-sluitingen op ziekenhuislocaties ofwel het gevolg waren van een (bijna-)faillissement van het hele ziekenhuis (5 onderzochte sluitingen), ofwel een profielkeuze van een fusieziekenhuis (13 onderzochte sluitingen).⁷

Daarbij vindt SiRM **heldere SEH-profielen** van belang om de kwaliteit van acute ziekenhuiszorg te waarborgen. Er moeten duidelijke afspraken met verwijzers zoals de ambulancezorg gemaakt worden over welke patiënten (ook in de anw-uren) naar welk ziekenhuis gebracht kunnen worden. Kleinere ziekenhuizen zijn (in de anw-uren) minder geoutilleerd dan grotere ziekenhuizen en kunnen daarom niet iedere werkdiagnose van de ambulance ontvangen. Overigens zijn deze afspraken in veel regio's al gemaakt.

Voor zes tot acht ziekenhuizen is dus bekostiging van de beschikbaarheid van de SEH nodig. We gaan er hierbij vanuit dat het van belang is om deze zes tot acht ziekenhuizen te behouden om de toegankelijkheid van medisch specialistische zorg in de regio te waarborgen.

In plaats van budgetbekostiging voor alle ziekenhuizen, stellen we voor om de bestaande beschikbaarheidsbijdrage regeling te verruimen voor de zes tot acht ziekenhuizen. Dit vraagt uiteraard wel om verruiming/verandering van de criteria die het RIVM hanteert. We schatten in dat de totale budgetimpact van de verruiming van de bestaande beschikbaarheidsbijdrage in de orde grootte van ~€15 miljoen per jaar ligt. De huidige *netto* uitkering voor als gevoelig aangemerkte ziekenhuizen is namelijk ongeveer €2 miljoen per jaar. Het betreft een *bruto* bijdrage van ~€4,3 miljoen waarvan de productie die de SEH gedraaid heeft afgetrokken wordt.⁸

⁶ Naast financiële redenen kan het openhouden van deze SEH's bijdragen aan extra capaciteit bij een pandemie, regionale rampen en/of oorlogssituaties en aan de leefbaarheid van dunbevolkte gebieden in Nederland.

⁷ SiRM, Quickscan redenen SEH-sluitingen 2011-2022 en gevolgen voor bereikbaarheid, augustus 2024 ([link](#)).

⁸ Zie ook Publicatie hoogte beschikbaarheidsbijdrage Zorgfuncties Vaststelling 2023 ([link](#)).

Een ander model voor budgetbekostiging kan mogelijk een oplossing zijn voor een gelijk(er) speelveld

Een ander genoemd voordeel van het scheiden van SEH-bekostiging van de bekostiging van de rest van het ziekenhuis, is het creëren van een **gelijk(er) speelveld** met zbc's en ziekenhuizen onderling. Als er geen SEH-kosten meer in de dbc-tarieven zitten, zijn deze tarieven vergelijkbaarder met zbc's en tussen ziekenhuizen onderling. Op dit moment hebben ziekenhuizen met drukke SEH's een voordeel ten opzichte van ziekenhuizen met rustigere SEH's. Deze laatste moeten de kosten van de SEH over minder dbc's omslaan, wat leidt tot relatief hogere dbc-tarieven. Het ontvlechten van SEH-kosten van de kosten van de rest van het ziekenhuis kan dus bijdragen aan een gelijk(er) speelveld.

Ook kan een eigen budget voor de SEH **samenwerkingen in de acute keten met de huisartsenzorg, vvt en ggz vergemakkelijken**. Deze samenwerking ontstaat niet automatisch door separate SEH-bekostiging, maar kan wel een barrière wegnemen. Voorwaarde daarbij is wel dat de SEH-middelen ook daadwerkelijk aan de SEH gealloceerd worden.

Budgetbekostiging is voor een gelijk(er) speelveld en makkelijkere samenwerking wel een aantrekkelijke mogelijkheid, maar dan zorgvuldiger uitgewerkt dan het voorgestelde NZa-model om de zwaarwegende nadelen te voorkomen.

Op verschillende plekken is in de afgelopen periode nagedacht over alternatieve modellen die de ongewenste effecten van het voorgestelde NZa-model (deels) voorkomen. Bijvoorbeeld een model dat een vergelijkbare methodiek hanteert als de bestaande beschikbaarheidsbijdrage voor gevoelige SEH's: met een vast tarief per SEH-bezoek dat overal in Nederland gelijk is. Naast het vaste tarief per SEH-bezoek ontvangen ziekenhuizen een vergoeding voor de beschikbaarheid van een basis SEH. De hoogte van deze bijdrage hangt af van het verwachte aantal SEH-bezoeken zodat het totaal (declaraties voor SEH-bezoeken plus bijdrage beschikbaarheid basis SEH) voor elke SEH op de afgesproken €4,6 miljoen komt.

Dit alternatieve model lost belangrijke nadelen van het NZa-model voor budgetbekostiging op. Er ontstaat geen verschillend SEH-tarief, waardoor er ook geen verschil ontstaat in eigen risico-bijdrage van de patiënt voor een SEH-bezoek. Bovendien valt de financiële prikkel voor patiënten om naar grotere SEH's te gaan weg, de tarieven zijn immers gelijk.

Een dergelijk model zou **verder uitgewerkt moeten worden zodat het ook voor grotere en meer gespecialiseerde SEH's goed werkt**. Denk aan een dynamisch model dat het benodigde budget voor acute zorg met een oplopende schaal berekent en daarmee de kosten voor grotere SEH's ook goed benadert. Naast het aantal SEH-bezoeken, moet een dergelijk model ook rekening houden met de verschillende SEH-profielen en gespecialiseerd personeel dat daarbij hoort. SiRM heeft eerder samen met de Nederlandse ggz, ZN en de NZa een rekenmodel gemaakt voor de acute psychiatrie waarin aan de hand van meetbare regionale inputparameters een budget wordt berekend per aanbieder van acute ggz.

Er is voldoende tijd nodig om een dergelijk model zorgvuldig uit te werken. Daarnaast moet onderzocht worden hoe complex en (daarmee) haalbaar het is om de huidige dbc-bekostiging te

ontvlechten. En ook of de dbc-systematiek niet breder tegen het licht gehouden moet worden om toe te werken naar een gelijk speelveld.

Concluderend bepleit SiRM om vanaf 2027 de huidige beschikbaarheidsbijdrage te verruimen en parallel daaraan een zorgvuldig model voor SEH-budgetbekostiging te ontwikkelen dat de huidige zwaarwegende nadelen van het voorgestelde NZa-model wegneemt.

Wilt u meer weten? Dan kunt u contact opnemen met Saskia van der Erf, partner bij SiRM.

saskia.vandererf@sirm.nl, 06 – 31 95 94 86 of Thijs Stoop, partner bij SiRM, thijs.stoop@sirm.nl, 06 – 12 98 9281.