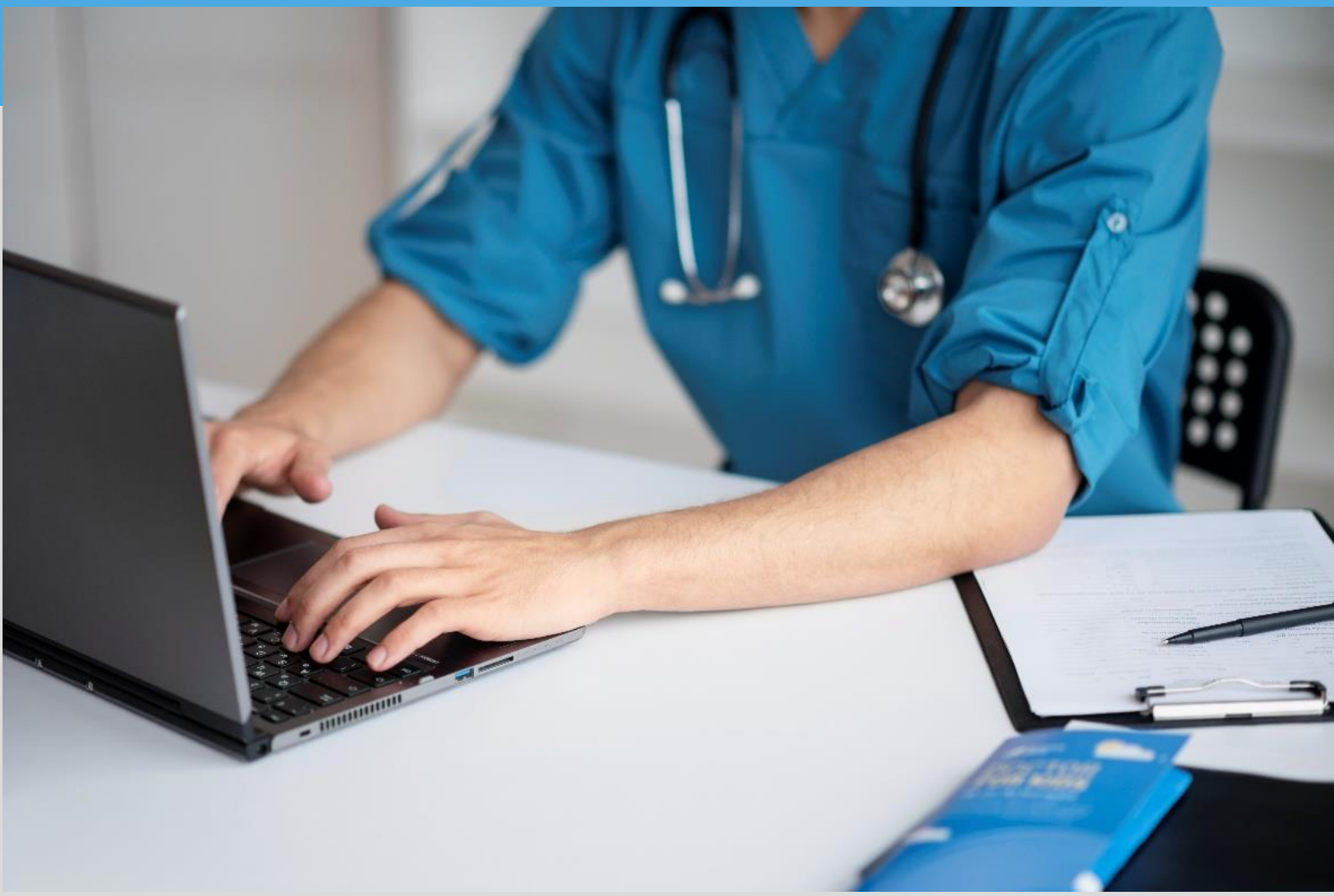
Sira Consulting

Rapport Regeldruk invoering budgetbekostiging voor de Spoedeisende Hulp

Financiële lasten voor zorgprofessionals, ziekenhuizen en zorgverzekeraars



Rapport Regeldruk invoering budgetbekostiging voor de Spoedeisende Hulp

Financiële lasten voor zorgprofessionals, ziekenhuizen en zorgverzekeraars

Sira Consulting
Maart 2026
Versie 2.0

Auteurs
Roxanne van der Puil
Marieke Hollander

Sira Consulting B.V. is inhoudelijk verantwoordelijk voor deze rapportage. De in deze rapportage opgenomen teksten en onderzoeksresultaten mogen uitsluitend worden gebruikt als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken mits de bron duidelijk wordt vermeld. Sira Consulting B.V. aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

BTW NR NL 8109.155.46.B01 **BIC RABONL2U** **IBAN NL25 RABO 0103 2903 46** **KVK 30182559**

Inhoud

1 Inleiding 4
1.1 Inleiding 4
1.2 Aanleiding 4
1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen 4
1.4 Leeswijzer 5

2 Methode en uitgangspunten 6
2.1 Methode 6
2.2 Uitgangspunten 7

3 Processtappen invoering budgetbekostiging 10
3.1 Schoning ten behoeve van een budgettair neutrale invoering 10
3.2 Zorginkoop in representatie 11
3.3 Budgetcyclus 11
3.4 Vervallen van de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH 12

4 Ziekenhuizen en zorgprofessionals 13
4.1 Schoning ten behoeve van een budgettair neutrale invoering 13
4.2 Zorginkoop in representatie 15
4.3 Budgetcyclus 16
4.4 Beschikbaarheidbijdrage 18
4.5 Overige werkzaamheden 19
4.6 Conclusie regeldrukkosten zorgprofessionals en ziekenhuizen 20

5 Zorgverzekeraars 22
5.1 Schoning ten behoeve van een budgettair neutrale invoering 22
5.2 Zorginkoop in representatie 25
5.3 Budgetcyclus 26
5.4 Beschikbaarheidbijdrage 27
5.5 Overige werkzaamheden 28
5.6 Conclusie regeldrukkosten zorgverzekeraars 29

6 Conclusie 31
6.1 Kosten in het nieuwe ten opzichte van het oude proces 31
6.2 Eenmalige regeldrukkosten 31
6.3 Structurele regeldrukkosten 32
6.4 Tot slot 33

1 Inleiding

1.1 Inleiding

De Spoedeisende Hulp (SEH) vervult een cruciale rol in de acute zorg: ziekenhuizen moeten continu de capaciteit beschikbaar hebben om patiënten met spoedeisende klachten op te vangen. In haar advies[1] Bekostiging Passende acute zorg van december 2023 concludeert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat de acute zorgketen 'piept en kraakt' en dat deze een transitie moet doormaken om toekomstbestendiger te worden en aan te sluiten bij de toekomstig zorgvraag.

Het is van belang dat de bekostiging en financiering de transitie naar een toekomstbestendige zorgketen ondersteunen. In het regeerprogramma van 2024 is opgenomen dat de NZa wordt gevraagd om budgetbekostiging mogelijk te maken voor (onder andere) de spoedeisende hulp. Bij budgetbekostiging ontvangen zorgaanbieders een vast bedrag van de zorgverzekeraars voor het beschikbaar houden van de SEH, onafhankelijk van het aantal patiënten. Bij invoering van de budgetbekostiging op 1 januari, 2027 zullen met dit budget de personele voorwacht (één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige), de achterwacht, materiële middelen, overhead en kapitaallasten bekostigd worden[2]. De budgetbekostiging zal na de invoering in 2027 stapsgewijs doorontwikkeld worden in een groeipad.

1.2 Aanleiding

De NZa heeft eerder, op verzoek van het ministerie van VWS, een uitvoeringsadvies[2] uitgebracht over de budgetbekostiging van spoedeisende hulp. In dit advies staat onder andere vermeld dat de (administratieve) lasten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders door de nieuwe bekostiging mogelijk toenemen, met name door eenmalige lasten bij implementatie.

In opdracht van het ministerie van VWS, naar aanleiding van het adviesrapport van de NZa, is Sira Consulting gevraagd onderzoek uit te voeren naar de regeldrukkosten die de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp per 2027 naar verwachting met zich meebrengt voor zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de incidentele en de structurele kosten die de invoering met zich meebrengt. De eenmalige lasten zijn de noodzakelijke handelingen waar zorgprofessionals, ziekenhuizen en zorgverzekeraars alleen eenmalig bij de invoering van de budgetbekostiging mee te maken hebben. Dit betreft in ieder geval de kennisname van de wijzigingen van de regelgeving. De structurele effecten zijn die verplichtingen die periodiek terugkomen voor zorgprofessionals, ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen

Dit onderzoek is gericht op de eenmalige en structurele regeldrukkosten die tot stand komen bij de invoering van de budgetbekostiging op 1 januari 2027. Regeldrukkosten die op een later moment kunnen volgen bij de doorontwikkeling van de budgetbekostiging, zijn dan ook nog niet meegenomen in dit rapport. Een nadere toelichting op wat de invoering van de budgetbekostiging inhoudt en wat er verandert voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars, volgt in Hoofdstuk 3.

[1] https://open.overheid.nl/documenten/b422cdce-1d56-412a-8392-1d60e3f85a3a/file
[2] https://open.overheid.nl/documenten/3a7462f4-2933-45bf-9665-047fa9692471/file

De hoofdvraag van het onderzoek luidt daarmee als volgt: *Wat zijn de regeldrukkosten die de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH met zich meebrengt voor zorgprofessionals, ziekenhuizen en zorgverzekeraars?*

De te beantwoorden hoofdvraag kan opgedeeld worden in drie sub-vragen:

1. Welke eenmalige en structurele handelingen, tijdsbesteding en kosten brengt de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH per 2027 met zich mee voor ziekenhuizen?
2. Welke eenmalige en structurele handelingen, tijdsbesteding en kosten brengt de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH per 2027 met zich mee voor zorgprofessionals?
3. Welke eenmalige en structurele handelingen, tijdsbesteding en kosten brengt de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH in 2027 met zich mee voor zorgverzekeraars?

1.4 Leeswijzer

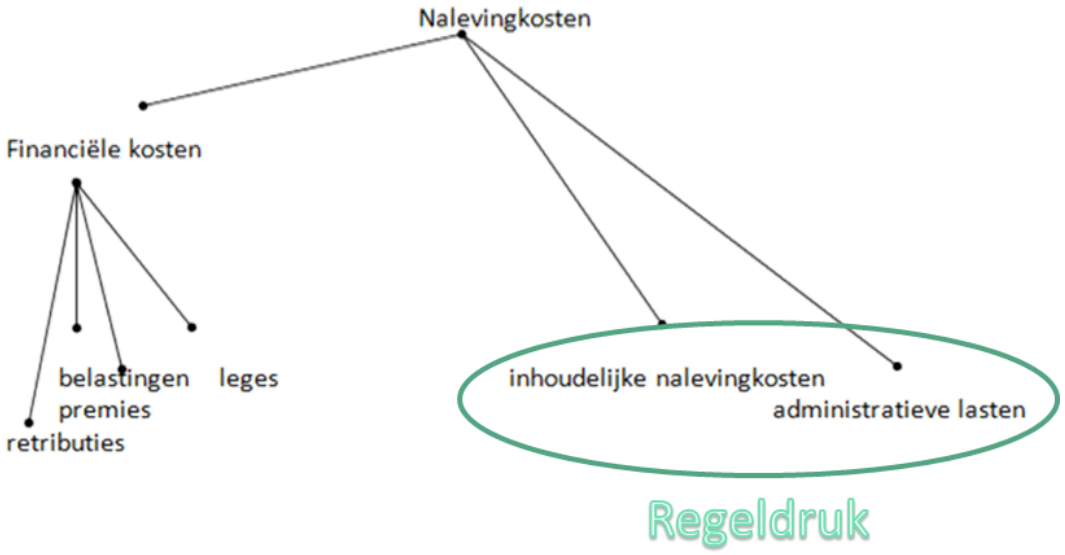
Dit rapport beschrijft de bevindingen van het onderzoek. Hoofdstuk twee geeft een nadere toelichting op de onderzoeksmethode en maakt de uitgangspunten die tijdens het onderzoek zijn gehanteerd expliciet. Hoofdstuk drie beschrijft op hoofdlijnen hoe invulling wordt gegeven aan de invoering van budgetbekostiging van de SEH per 2027. In hoofdstuk vier worden deelvragen 1 en 2 voor ziekenhuizen en zorgprofessionals beantwoord, waarbij de bevindingen zowel kwalitatief als kwantitatief worden gepresenteerd. Hoofdstuk vijf beantwoordt deelvraag 3 door een kwalitatieve en kwantitatieve presentatie van de bevindingen over (representerende) zorgverzekeraars. Tot slot bevat hoofdstuk zes een beknopte conclusie waarin de hoofdvraag van het onderzoek wordt beantwoord.

2 Methode en uitgangspunten

2.1 Methode

Dit onderzoek volgt de landelijke methodiek die is vastgelegd in het *Handboek meting regeldruk*[3] van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK) om regeldruk te berekenen. Regeldruk is in het handboek gedefinieerd als de nalevingskosten die bedrijven (en burgers) ondervinden als direct gevolg van wettelijke verplichtingen. In onderstaande figuur is weergegeven welke kosten wel en niet tot de regeldruk voor bedrijven worden gerekend.

Figuur 1. Welke kosten behoren tot de regeldruk (Handboek meting regeldrukkosten, 2023)



Het standaard kostenmodel (SKM)

Voor het berekenen van regeldruk wordt gebruik gemaakt van het standaard kostenmodel (SKM). Het SKM berekent de regeldruk door de nalevingskosten van het één keer uitvoeren van een handeling (P) te vermenigvuldigen met het aantal handelingen (Q). Vervolgens wordt het aantal handelingen vermenigvuldigd met standaard uurtarieven (zie figuur 2). In navolging van het handboek, wordt bij het berekenen van het regeldruk onderscheid gemaakt tussen incidentele regeldruk, namelijk de lasten die voortkomen uit verplichtingen die eenmalig moeten worden uitgevoerd bij introductie van nieuwe regels of wijziging van bestaande regels, en structurele regeldruk, de lasten die voortkomen uit verplichtingen die regulier worden uitgevoerd om te kunnen voldoen aan de in de regelgeving opgelegde verplichtingen.

Grootte van de kosten

Metingen van regeldruk op basis van het handboek zijn geen statistische onderzoeken. Zij dienen een beeld te geven van de orde van grootte van de kosten die door regelgeving worden veroorzaakt en met name duidelijk te maken welke handelingen en verplichtingen de voornaamste oorzaak zijn van deze regeldruk. In de conclusies worden de resultaten dan ook afgerond op honderdtallen gepresenteerd, om schijnnauwkeurigheid te voorkomen. De exacte afronding is afhankelijk van de omvang van het resultaat.

[3] https://www.adviescollegeregeldruk.nl/documenten/2023/11/29/bijlagen-handboek-meting-regeldrukkosten

Interviews en bureauonderzoek

In aansluiting op het *Handboek Meting Regeldruk* zijn de gegevens voor het SKM hoofdzakelijk verzameld via online interviews. In het kader van dit onderzoek zijn zes ziekenhuizen en vier zorgverzekeraars geïnterviewd. Daarnaast zijn interviews gehouden met de NZa en NVSHA (Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen). Waar mogelijk zijn de gegevens aangevuld met bureauonderzoek. Aanvullingen op basis van bureauonderzoek worden in de tekst transparant gemaakt door middel van een bronvermelding.

Transparantie en herleidbaarheid

Transparantie en herleidbaarheid van onderzoeksgegevens zijn van groot belang om de kwaliteit van de onderzoeksresultaten te borgen. In het SKM wordt daarom de herkomst van alle gebruikte gegevens zorgvuldig en transparant gedocumenteerd. Alle berekeningen zijn daarmee te allen tijde herleidbaar tot de individuele gegevensbronnen. Daar waar data aangevuld is met bureauonderzoek wordt eveneens een bronvermelding gegeven.

2.2 Uitgangspunten

Informatie over de uitvoering van de budgetbekostiging voor de SEH

Het voorliggende onderzoeksrapport omschrijft de regeldrukkosten voor ziekenhuizen, zorgprofessionals en zorgverzekeraars op basis van de informatie die gedurende het onderzoek aan ons beschikbaar is gesteld door het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit. Op het moment dat dit onderzoek uitgevoerd is, zijn er echter nog enkele uitvoeringskeuzes te maken door zorgverzekeraars en ziekenhuizen om budgetbekostiging uit te voeren. Een voorbeeld hiervan betreft de exacte wijze waarop het budget per ziekenhuisorganisatie budgettair neutraal geschoond zal worden. Ten tijde van dit onderzoek moet de landelijke methodiek nog vastgelegd worden. Daar waar de uitvoering nog te onzeker is om een tijdsinschatting te geven over werkzaamheden en effecten die bijdragen aan de verwachte regeldrukkosten, is dit expliciet gemaakt in het rapport. De tijdens het onderzoek beschikbaar gestelde informatie die als uitgangspunt diende voor het onderzoek, is nader toegelicht in Hoofdstuk drie.

Uurtarieven

In bijlage 5 van het *Handboek Meting Regeldruk* zijn gestandaardiseerde functies beschreven, gekoppeld aan een gestandaardiseerd uurtarief (zie tabel 1). In dit onderzoek zijn deze gestandaardiseerde functies en uurtarieven gehanteerd. Dit betekent dat de tijdens het onderzoek opgehaalde functie- en schaalomschrijvingen zijn vertaald naar de functieprofielen en uurtarieven zoals opgenomen in tabel 1.

Wanneer de uurtarieven gepresenteerd worden in dit rapport, zijn dit zogenaamde ‘gewogen’ uurtarieven, het resultaat van een combinatie van verschillende gestandaardiseerde functies en uurtarieven. Om een voorbeeld te geven: de invoering van budgetbekostiging vraagt gesprekken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Deze gesprekken worden zowel door medewerkers in schaal 9 gevoerd, wat zich vertaalt naar de gestandaardiseerde functie ‘technici en ander middelbaar opgeleid personeel’ met € 33 als standaard uurtarief, als door medewerkers in schaal 12, wat zich vertaalt naar de gestandaardiseerde functie ‘hoogopgeleide medewerker’ met € 54 als uurtarief. In de regeldruktabellen presenteren wij het uurtarief dat volgt wanneer de gemiddelde kosten van een ziekenhuis of (representerende) zorgverzekeraar gedeeld wordt door de gemiddelde tijdsbesteding van een ziekenhuis of zorgverzekeraar. Dit leidt ertoe dat afhankelijk van de activiteit, er een ander gemiddeld uurtarief is gepresenteerd in de tabel. Het gemiddelde uurtarief kan hoger uitvallen dan het hoogste gestandaardiseerde uurtarief van €77 wanneer er ook externe kosten voorzien zijn.

Tabel 1. Gestandaardiseerde functies en uurtarieven uit het Handboek Meting Regeldruk

Functie	Uurtarief
Leidinggevenden en managers	€ 77
Hoogopgeleide medewerkers	€ 54
Administratief personeel	€ 39
Technici en ander middelbaar opgeleid personeel	€ 33
Laaggeschoold en ongeschoold personeel	€ 23

Het aantal medewerkers als mogelijke indicatie van een hogere regeldruk

In 2025 waren er 69 ziekenhuisorganisaties[4]. Hoewel een ziekenhuisorganisatie meerdere SEH-locaties kan hebben, rekenen we in de regeldrukbepaling met het aantal ziekenhuisorganisaties. Dit is omdat de werkzaamheden, zoals het aanvragen van het normbudget, per organisatie en niet per locatie uitgevoerd worden.

In dit onderzoeksrapport wordt onderscheid gemaakt tussen grote en kleine ziekenhuisorganisaties. Dit onderscheid wordt gehanteerd omdat de grootte van een ziekenhuis (in termen van het aantal medewerkers) indicatief is voor de interne complexiteit van een organisatie. De mate van interne complexiteit kan vervolgens van invloed zijn op de regeldrukkosten.

De grootte van een ziekenhuisorganisatie wordt mede bepaald door het type ziekenhuis. Zo hebben universitaire medische centra (UMC's) een hoger aantal werknemers, omdat zij naast het leveren van zorg ook de kerntaken onderwijs en wetenschappelijk onderzoek vervullen[5]. Dit vraagt om meer personeel en leidt veelal tot een complexere interne structuur dan bij een lokaal streekziekenhuis. Van de 69 ziekenhuisorganisaties zijn er 7 een UMC[6]. Topklinische ziekenhuizen onderscheiden zich eveneens van streekziekenhuizen doordat zij zich, naast het leveren van patiëntenzorg, richten op complexe zorg, het verzorgen van opleidingen en verrichten van onderzoek[7]. Hierdoor hebben topklinische ziekenhuizen gemiddeld genomen ook een groter aantal medewerkers dan streekziekenhuizen. Van de 69 ziekenhuisorganisaties zijn er 27 topklinische ziekenhuizen.

De overige 35 ziekenhuisorganisaties worden in dit rapport aangeduid als kleine ziekenhuizen. Streekziekenhuizen vallen in deze groep. Hoewel streekziekenhuizen ook veel werknemers kunnen hebben, hebben zij gemiddeld genomen een lager aantal werknemers. Dit hangt samen met het feit dat zij, anders dan UMC's en topklinische ziekenhuizen, geen structurele neventaken hebben naast het leveren van patiëntenzorg. Dit betekent dat in dit onderzoeksrapport wordt uitgegaan van 34 grote ziekenhuisorganisaties (7 UMC's en 27 topklinische ziekenhuizen) en 35 kleine ziekenhuisorganisaties.

Het aantal 'gevoelige' ziekenhuizen

Elk jaar bepaalt het RIVM middels een bereikbaarheidsanalyse welke ziekenhuislocaties aangemerkt worden als gevoelig. In 2025 zijn 29 ziekenhuislocaties aangemerkt als gevoelig[8]. Dit betekent dat 29 ziekenhuislocaties voor het jaar 2026 een beschikbaarheidbijdrage hebben kunnen aanvragen.

[4] Ziekenhuiszorg | Aanbod | Instellingen | Volksgezondheid en Zorg
[5] https://www.rathenau.nl/sites/default/files/Feiten_en_cijfers_-_de_Nederlandse_universitair_medische_centra_-_Rathenau.pdf
[6] Home | UMCNL
[7] https://reinierdegraaf.nl/nieuws/reinier-de-graaf-is-een-topklinisch-ziekenhuis-wat-houdt-dat-in
[8] https://www.rivm.nl/publicaties/bereikbaarheidsanalyse-sehs-en-acute-verloskunde-2025

Aantal zorgverzekeraars

In 2026 waren er 10 zorgverzekeraars. Tijdens het onderzoek is bekend gemaakt dat één van deze 10 zorgverzekeraars overgenomen wordt[9]. Daarmee zal in 2027 sprake zijn van 9 zorgverzekeraars. Of werkzaamheden die voortvloeien uit de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH worden uitgevoerd vóór of na deze overname, en daarmee door 10 dan wel 9 zorgverzekeraars, is op basis van dit onderzoek niet te zeggen. In dit onderzoeksrapport wordt daarom uitgegaan van de situatie waarin Nederland 9 zorgverzekeraars kent.

Aantal representerende zorgverzekeraars

De zorginkoop van de budgetbekostiging voor de SEH zal in representatie door twee zorgverzekeraars ingekocht worden.

Tabel 2 biedt een overzicht van de aantallen die gehanteerd worden als uitgangspunt in dit onderzoeksrapport.

Tabel 2. Overzicht van groepen en aantallen

Groep	Aantal
Grote ziekenhuizen	34
Kleine ziekenhuizen	35
Gevoelige ziekenhuizen	29
Zorgverzekeraars	9
Representerende zorgverzekeraars	2

[9] NOS. (Oktober 2025). Zorgverzekeraar VGZ neemt grootste deel van kleinere ONVZ over. https://nos.nl/artikel/2584907-zorgverzekeraar-vgz-neemt-grootste-deel-van-kleinere-onvz-over

3 Processtappen invoering budgetbekostiging

De budgetbekostiging voor de SEH wordt geleidelijk ingevoerd volgens een groeipad. Een eerste stap betreft de invoering van budgetbekostiging met een beperkte afbakening. Het normbudget bekostigt daarbij de personele kosten van de voorwacht (één SEH-arts en één SEH-verpleegkundige), de achterwacht, materiële middelen, overhead en kapitaallasten[2].

Dit hoofdstuk omschrijft de processtappen die tot stand komen bij de invoering van de budgetbekostiging. Deze omschrijvingen berusten op de informatie die tijdens het onderzoek beschikbaar is gesteld door het ministerie van VWS en de NZa, of verkregen is via bureauonderzoek. Vervolgens zijn de werkzaamheden per processtap nader ingevuld middels interviews met ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de NVSHA (Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen).

De informatie is geordend in een chronologische volgorde. Deze volgorde sluit aan bij de uitvoering van budgetbekostiging voor de SEH. Een nadere omschrijving van de werkzaamheden en de regeldrukkosten die hieruit volgen, zijn in Hoofdstuk 4 en 5 gegeven.

Dit onderzoek is enkel gericht op de regeldrukkosten van de invoering van de budgetbekostiging. Zoals in de inleiding is toegelicht zal de budgetbekostiging zal na de invoering in 2027 stapsgewijs doorontwikkeld worden in een groeipad. Eventuele nieuwe processtappen die uit deze doorontwikkeling volgen zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

3.1 Schoning ten behoeve van een budgettair neutrale invoering

De reguliere bekostiging vindt plaats via diagnose-behandelcombinaties (DBC's). DBC-zorgproducten dekken momenteel alle kosten van de SEH[10]. Er wordt onderscheid gemaakt tussen DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment en het vrije segment. DBC-zorgproducten binnen het gereguleerde segment zijn onderworpen aan regels die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden gesteld. Zo kennen DBC-zorgproducten in het gereguleerde segment een tariefplafond. Binnen het vrije segment zijn de tarieven van DBC-zorgproducten onderhevig aan marktwerking. DBC-zorgproducten worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar of, in sommige gevallen, bij de patiënt.

De invoering van budgetbekostiging dient budgettair neutraal plaats te vinden. Dit betekent dat de tarieven van DBC-zorgproducten, zowel in het vrije als in het gereguleerde segment, moeten worden verlaagd (geschoond) om dubbele bekostiging te voorkomen. De schoning van het gereguleerde en vrije segment is, in principe[11], een eenmalige processtap.

Het gereguleerde segment zal voor 2027 door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden geschoond, door het bijstellen van maximumtarieven. Voor de schoning heeft de NZa eenmalig extra data uitgevraagd bij ziekenhuizen via het kostprijsonderzoek medisch-specialistische zorg (msz).

[10] Los gezien van de ziekenhuizen die een beschikbaarheidbijdrage ontvangen.

[11] Hoewel de schoning een eenmalige processtap is, zullen naar verwachting correcties nodig zijn in de daaropvolgende jaren. Hier wordt nader op ingegaan in H4 en H5.

Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor het schonen van het vrije segment, aangezien de NZa geen bevoegdheid heeft over de tarieven in dit segment. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars werken daarom aan een landelijke afspraak die richtinggevend zal zijn voor het schonen van het vrije segment. De NZa zal het schoningsproces zo goed mogelijk faciliteren door middel van een informatieproduct.

Landelijke schoningsmethodiek

Er bestaan twee manieren waarop het SEH-budget uit het vrije segment kan worden geschoond. De eerste methode betreft schoning op basis van een generiek percentage. Bij deze variant ontvangen ziekenhuizen van de NZa een informatieproduct waarin is opgenomen hoeveel SEH-budget in het gereguleerde segment reeds is geschoond en welk bedrag nog uit het vrije segment moet worden geschoond. Op basis hiervan resteert per ziekenhuis een bedrag dat via het vrije segment moet worden geschoond. Dit bedrag wordt vervolgens evenredig verdeeld over alle DBC-zorgproducten in het vrije segment. Met andere woorden: elk ziekenhuis past een uniform bedrag per DBC-zorgproduct toe, zodat de totale schoning (gereguleerd en vrij segment gezamenlijk) aansluit op het normbudget.

Een tweede methode is een schoning op productniveau. Bij deze variant wordt per DBC-zorgproduct meegewogen in hoeverre de kosten van een DBC-zorgproduct kosten van de SEH bevat. Op basis hiervan wordt per DBC-zorgproduct vastgesteld welk bedrag moet worden geschoond om te komen tot het normbudget.

Ten tijde van het onderzoek is nog geen knoop doorgehakt over de wijze waarop ziekenhuizen en zorgverzekeraars het normbudget zullen schonen. Daarom zijn in dit onderzoek de te verwachten handelingen en kosten van beide methoden in kaart gebracht.

3.2 Zorginkoop in representatie

De zorginkoop van SEH-zorg vindt plaats in representatie door twee zorgverzekeraars. Bij zorginkoop in representatie kopen twee zorgverzekeraars namens alle zorgverzekeraars de zorg in voor een betreffende regio of zorgaanbieder. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stelt het convenant en het representatiemodel vast.

Elk ziekenhuis met een SEH-locatie heeft in beginsel recht op hetzelfde normbudget. De onderhandelingsruimte zal beperkt zijn. De openingstijden van de SEH-locatie kunnen wel van invloed zijn op het budget dat wordt ontvangen. Een SEH-locatie die minder uren geopend is, ontvangt naar rato een lager budget. Indien een SEH-locatie bijvoorbeeld twee maanden per jaar gesloten is, ontvangt het ziekenhuis 10/12e van het normbudget.

Ziekenhuizen dienen met de representerende zorgverzekeraars overeenstemming te bereiken over het budget en het individuele tarief dat een ziekenhuis per SEH-bezoek zal declareren. Daarnaast maken de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraars afspraken over de zorgprestaties die tegenover het budget worden gesteld.

3.3 Budgetcyclus

De budgetcyclus kan vanuit het perspectief van zorgverzekeraars en ziekenhuizen onderverdeeld worden in drie stappen, namelijk 1) het aanvragen van het budget en tarief; 2) het declareren van een SEH-ozp gedurende het jaar om het budget in ontvangst te nemen; en 3) de opbrengstverrekening. Hieronder volgt per onderdeel een korte toelichting.

Aanvragen van het budget en tarief

Om het normbudget te ontvangen, moeten zorgaanbieders voor het betreffende jaar een aanvraagformulier indienen bij de NZa. Als een ziekenhuis meerdere SEH-locaties heeft, wordt het budget voor deze locaties gebundeld aangevraagd. Het aanvraagformulier omvat de volgende onderdelen:

1. Het budget dat overeengekomen is met de representerende zorgverzekeraars
2. Het tarief dat overeengekomen is met de representerende zorgverzekeraars voor het SEH-ozp
3. Het aantal verwachte te declareren SEH-ozp's
4. Schriftelijke bevestiging dat het ziekenhuis en de representerende zorgverzekeraars afspraken gemaakt hebben over het budget en de zorg die hier tegenover gesteld wordt
5. Schriftelijke toelichting of het ziekenhuis en de representerende zorgverzekeraars afspraken gemaakt hebben over het delen van informatie

Het aanvraagformulier dient ook door de representerende zorgverzekeraars ondertekend te worden.

Declareren van een SEH-ozp (190094)

Voor de budgetbekostiging wordt een nieuw ozp geïntroduceerd om een bezoek aan de SEH te declareren, namelijk het SEH-ozp. Dit ozp wordt parallel aan de bestaande zorgactiviteit voor een SEH-bezoek ('Kosten van spoedeisende hulp op SEH-afdeling van een gebudgetteerde zorgaanbieder (190094)) geregistreerd[12]. Op basis van de registratie van het ozp ontstaat een declaratie, waarmee een ziekenhuis gedurende het jaar het normbudget kan ontvangen. Het aan het nieuwe ozp gekoppelde tarief verschilt per ziekenhuis, aangezien dit tarief wordt bepaald door het normbudget te delen door het verwachte aantal SEH-patiënten.

Opbrengstverrekening

Na afloop van het jaar vraagt het ziekenhuis een definitief budget en een definitieve opbrengstverrekening aan. In deze aanvraag worden onder meer de definitieve opbrengsten uit de declaraties van het SEH-ozp opgenomen. Op basis hiervan stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de opbrengstverrekening per zorgverzekeraar vast.

3.4 Vervallen van de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH

Tot slot geldt dat met de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH, de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH gelijktijdig, per 1 januari 2027, komt te vervallen. Met de beschikbaarheidbijdrage kunnen ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm aanvullend budget ontvangen om de SEH te bekostigen wanneer de opbrengsten uit de instroom van SEH-patiënten lager zijn dan de kosten van het openstellen van de SEH. Zoals eerder vermeld in Hoofdstuk 2, zijn in 2025 een totaal van 29 ziekenhuizen aangemerkt als 'gevoelig'.

[12] Hierbij geldt dat in de ziekenhuissystemen vormgegeven moet worden dat bij een 190015 ook een 190094 gekoppeld wordt. De 190094 mag vervolgens maar één keer in rekening worden gebracht.

4 Ziekenhuizen en zorgprofessionals

Dit hoofdstuk presenteert kwalitatief en kwantitatief de te verwachten regeldruk die gepaard gaat met de budgetbekostiging voor de SEH voor ziekenhuizen en zorgprofessionals voor de verschillende processtappen die zijn toegelicht in Hoofdstuk 3.

4.1 Schoning ten behoeve van een budgettair neutrale invoering

Ziekenhuizen zullen activiteiten moeten verrichten om de schoning ten behoeve van een budgettair neutrale invoering uit te voeren. Zorgprofessionals zullen naar verwachting geen handelingen hoeven te verrichten ten aanzien van deze processtap.
Hieronder zijn eerst de activiteiten toegelicht die ziekenhuizen verrichten ten behoeve van deze processtap. Daarna zijn in Tabel 3 en Tabel 4 de regeldrukkosten van ziekenhuizen gepresenteerd die naar verwachting volgen uit deze activiteiten.

4.1.1. Onderbouwing regeldrukkosten schoning

De activiteiten die ziekenhuizen uitvoeren ten behoeve van de schoning zijn:

1. Beantwoorden van een eenmalige data-uitvraag van de NZa
2. Voorbereiding en kennisname landelijke methodiek
3. Data-analyse
4. Afstemming met zorgverzekeraars
5. Verwerking in prijslijsten

Het gaat hierbij om activiteiten die expliciet het gevolg zijn va de budgetbekostiging, en dus aanvullend op de huidige werkzaamheden. Elk van deze activiteiten is eenmalig en brengt daarmee eenmalige regeldrukkosten met zich mee. Hieronder is per activiteit toegelicht welke handelingen ziekenhuizen naar verwachting zullen verrichten.

1. Beantwoorden van een eenmalige data-uitvraag van de NZa

De data-uitvraag van de NZa is reeds beantwoord door ziekenhuizen. Dit maakt dat de tijdsbestedingen van respondenten voor deze activiteit gebaseerd zijn op de feitelijke tijdbesteding. Het aantal betrokken medewerkers en de functieniveaus van deze medewerkers, en daarom het uurtarief, wisselt per ziekenhuis. Bij kleine ziekenhuizen is de uitvraag bij één of twee medewerkers belegd, bij grote ziekenhuizen bij een diverse samenstelling van medewerkers. Daarbij heeft de respondent met de hoogste tijdsbesteding aan deze data-uitvraag, ca. 180 uur in totaal, aangegeven dat er rondom de uitvraag onduidelijkheid bestond en dat daardoor enkele taken opnieuw uitgevoerd moesten worden. De uitvraag van de NZa leidt tot een eenmalige handeling voor ziekenhuizen en daarmee eenmalige regeldrukkosten.

2. Voorbereiding en kennisname landelijke methodiek

Op het moment dat dit onderzoek plaatsvond vonden gesprekken plaats met ziekenhuizen om een landelijke methodiek vast te stellen over de wijze waarop ziekenhuizen en zorgverzekeraars het budget dienen te schonen (zie ook Hoofdstuk 3). Sommige respondenten hebben aangegeven reeds tijd te hebben besteed aan deze voorbereiding.

Respondenten geven aan dat de landelijke methodiek, en hoe gedetailleerd deze is uitgewerkt, allesbepalend zal zijn voor de tijdsbesteding van de schoning, wat doorwerkt in activiteit 3 (data-analyse) en 4 (afstemming met zorgverzekeraars). Hoe gedetailleerd de methodiek uitgewerkt is, bepaalt hoeveel tijd het de ziekenhuizen en zorgverzekeraars zullen besteden om tot

overeenstemming te komen over de nieuwe tarieven van DBC-zorgproducten. Afhankelijk van de uitwerking van de methodiek is er in de toekomst mogelijk meer tijd nodig om een budgettair neutrale schoning uit te voeren.

3. Data-analyse

Ziekenhuizen zullen tijd moeten investeren in een analyse om te komen tot een schoning. Respondenten noemen hierbij dat hoewel de NZa het gereguleerde segment schoont, de schoning van het vrije segment een rekenexercitie vraagt waarbij rekening gehouden wordt met zowel het gereguleerde als het vrije segment. De schoning van het gereguleerde segment heeft namelijk een wisselwerking met het vrije segment. Hierbij schat één klein ziekenhuis in externe kosten te maken voor de schoning. Deze kosten zijn geïntegreerd in het uurtarief van dit ziekenhuis in kwestie, wat resulteert in een relatief hoog gemiddeld uurtarief voor kleine ziekenhuizen.

Daarbij zijn ziekenhuizen gevraagd of een generieke schoning of schoning op productniveau meer tijd vraagt. Twee ziekenhuizen hebben aangegeven dat een schoning op productniveau meer tijd vraagt in de analysefase. De overige ziekenhuizen geven echter aan dat, hoewel een schoning op productniveau meer tijd vraagt aan de voorkant, een generieke schoning juist meer tijd vraagt in een latere fase. Een generieke schoning betekent immers dat de schoning van DBC-zorgproducten niet is gebaseerd op feitelijke kosten en productie, wat naar verwachting op termijn zal leiden tot complicaties en discussies tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Enkele respondenten schatten daarom in dat een generieke schoning uiteindelijk meer tijd zal vragen dan een schoning op productniveau.

In dit rapport wordt aangesloten bij de inschatting van de meeste respondenten, namelijk dat een generieke schoning en een schoning op productniveau naar verwachting een vergelijkbare tijdsbesteding vragen, en daarmee vergelijkbare regeldrukkosten met zich meebrengen. Daarom maken we in de kostenbepaling geen onderscheid tussen beide schoningsopties. De regeldrukkosten gepresenteerd in tabel 4 betreffen daarmee de regeldrukkosten bij schoning, onafhankelijk van de gekozen methodiek.

4. Afstemming met zorgverzekeraars

Wanneer ziekenhuizen een analyse hebben uitgevoerd, zullen zij deze vervolgens met alle negen zorgverzekeraars moeten bespreken. De schoning moet zowel door ziekenhuizen als zorgverzekeraars akkoord bevonden worden. Dit vraagt één tot enkele overleggen, afhankelijk van hoeveel discussie- en interpretatieruimte de landelijke methodiek geeft. Het merendeel van de respondenten schat in dat hiervoor aanvullende gesprekken nodig zullen zijn, aanvullend op de reguliere contracteringsgesprekken met zorgverzekeraars.

5. Verwerking in prijslijsten

De nieuwe prijsafspraken over de DBC-zorgproducten moeten worden verwerkt in de prijslijsten van zorgverzekeraars en in de passantenlijst. Dit betreft een technische vertaling van de afstemming met zorgverzekeraars. Het aanpassen van prijslijsten is een bestaande, jaarlijks terugkerende activiteit. De verwerking van de schoning in de prijslijsten is echter een separate activiteit, omdat deze volgt uit de schoning van het normbudget en niet uit de reguliere onderhandelingen. De tijdsbesteding voor deze activiteit is beperkt. Het grootste deel van de regeldrukkosten van de schoning ontstaat door activiteiten 1 tot en met 4. Hoewel het merendeel van de respondenten deze activiteit heeft benoemd, hebben zij deze in de tijdsinschatting samengenomen met activiteit 4 (afstemming met zorgverzekeraars). Respondenten die wel een aparte tijdsinschatting hebben gegeven, gaan uit van circa 1 tot 1,5 uur per zorgverzekeraar.

4.1.2. Regeldrukkosten schoning

De regeldrukkosten die volgen uit het beantwoorden van de eenmalige data-uitvraag van de NZa zijn apart opgenomen in Tabel 3. Deze stap onderscheidt zich namelijk van de andere stappen omdat deze stap de schoning van het gereguleerde segment door de NZa ondersteunt. De overige stappen (2-5) zijn de stappen die gezet moeten worden door ziekenhuizen om het deel van het budget te schonen waar zij verantwoordelijkheid voor dragen. De regeldrukkosten die hieruit volgen zijn opgenomen in Tabel 4. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen regeldrukkosten voor kleine en grote ziekenhuizen.

Tabel 3. Eenmalige regeldrukkosten voor ziekenhuizen n.a.v. de data-uitvraag van de NZa

	Gemiddelde tijdsbesteding per ziekenhuis in uren	Gemiddeld uurtarief per ziekenhuis	Gemiddelde kosten per ziekenhuis (P)	Aantal ziekenhuizen (Q)	Totale regeldrukkosten (P*Q)
Kleine ziekenhuizen	44,50	€ 56,33	€ 2.506,50	35	€ 87.700
Grote ziekenhuizen	88,67	€ 54,00	€ 4.788	34	€ 162.800
Totaal					**€250.500**

Zoals toegelicht in paragraaf 2.2, kunnen de uurtarieven per tabel verschillen omdat de mix van ingezette functies en uren verschilt per ziekenhuis en per activiteit. De totale kosten op landelijk niveau zijn afgerond op honderdtallen.

Tabel 4. Eenmalige regeldrukkosten voor ziekenhuizen ten behoeve van een budgettair neutrale schoning

	Gemiddelde tijdsbesteding per ziekenhuis in uren	Gemiddelde uurtarief per ziekenhuis	Gemiddelde kosten per ziekenhuis (P)	Aantal ziekenhuizen (Q)	Totale regeldrukkosten (P*Q)
Kleine ziekenhuizen	42,00	€ 96,78	€ 4.064,60	35	€142.300
Grote ziekenhuizen	229,38	€ 62,50	€ 14.336,00	34	€487.400
Totaal					**€629.700**

4.2 Zorginkoop in representatie

Ziekenhuizen zullen activiteiten moeten verrichten voor de zorginkoop in representatie. Zorgprofessionals zullen naar verwachting geen handelingen hoeven te verrichten ten aanzien van deze processtap.
Hieronder zijn eerst de activiteiten toegelicht die ziekenhuizen verrichten ten behoeve van deze processtap. Daarna zijn in Tabel 5 de regeldrukkosten van ziekenhuizen gepresenteerd die naar verwachting volgen uit deze activiteiten.

4.2.1 Werkzaamheden zorginkoop in representatie

De volgende twee activiteiten zijn onderdeel van de processtap zorginkoop in representatie:

1. Gesprekken met representerende zorgverzekeraars
2. Contracten nalezen en tekenen

Deze activiteiten zullen elk jaar terugkeren en brengen daarmee structurele regeldrukkosten voor ziekenhuizen met zich mee. Hieronder is per activiteit toegelicht welke handelingen ziekenhuizen naar verwachting zullen verrichten.

1. Gesprekken met representerende zorgverzekeraars

De tijdsinschattingen voor grote ziekenhuizen bij zorginkoop van de SEH in representatie lopen uiteen, van de inschatting dat hiervoor geen aanvullende werkzaamheden nodig zijn tot een geschatte tijdsbesteding van 60 uur. Hoewel een minder groot verschil, lopen ook de tijdsinschattingen van kleine ziekenhuizen uiteen, namelijk van 8 uur tot 16 uur per klein

ziekenhuis. Het verschil komt door het aantal gesprekken dat ziekenhuizen verwacht te voeren met de representerende zorgverzekeraars. Eén respondent schat daarbij in dat bij de invoering van de budgetbekostiging deze gesprekken meegenomen kunnen worden in de reguliere cyclus omdat er geen ruimte voor discussie zal zijn. Andere respondenten houden rekening met het feit dat er wel degelijke sprake zal zijn van onderhandelingen en discussies, bijvoorbeeld over de afspraken die tegenover het budget gesteld worden. Aanvullend schatten sommige respondenten in dat later in het jaar een gesprek gevoerd zal worden met de representerende zorgverzekeraars over de voortgang aan de hand van de eerder gemaakte afspraken. Deze inschatting komt overeen met de inschattingen van zorgverzekeraars (zie 5.2.3.).

2. Contracten

De respondent met de hoogste tijdsinschatting, namelijk 60 uur, schat in dat de afspraken vertaald zullen worden in een juridisch bindend contract. Het zal tijd vragen van een jurist en leidinggevende medewerker om deze nauwkeurig na te lezen voordat deze getekend kan worden. Deze inschatting, en dat er gemiddeld meer medewerkers aanwezig zijn bij gesprekken met zorgverzekeraars, zorgt ervoor dat de gemiddelde kosten voor grote ziekenhuizen hoger uitvallen dan voor kleine ziekenhuizen.

4.2.2. Regeldrukkosten zorginkoop in representatie

De regeldrukkosten die volgen uit de zorginkoop in representatie zijn gepresenteerd in Tabel 5. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen regeldrukkosten voor kleine en grote ziekenhuizen.

Tabel 5. Structurele regeldrukkosten van zorginkoop in representatie voor ziekenhuizen

	Gemiddelde tijdsbesteding per ziekenhuis in uren	Gemiddelde uurtarief per ziekenhuis	Gemiddelde kosten per ziekenhuis (P)	Aantal ziekenhuizen	Totale regeldrukkosten (P*Q)
Kleine ziekenhuizen	12,00	€ 65,83	€790	35	€27.600
Grote ziekenhuizen	24,38	€ 62,13	€1.514,63	34	€ 51.500
Totaal					**€79.100**

4.3 Budgetcyclus

Ziekenhuizen zullen activiteiten moeten verrichten ten behoeve van de budgetcyclus. Zorgprofessionals zullen naar verwachting geen handelingen hoeven te verrichten ten aanzien van deze processtap. Hieronder zijn eerst de activiteiten toegelicht die ziekenhuizen verrichten ten behoeve van deze processtap. Daarna zijn in Tabel 6 de structurele regeldrukkosten en in Tabel 7 de eenmalige regeldrukkosten van ziekenhuizen gepresenteerd die naar verwachting volgen uit deze activiteiten.

4.3.1. Werkzaamheden budgetcyclus

De processtap budgetcyclus zal jaarlijks terugkeren en brengt daarmee structurele regeldrukkosten met zich mee. Het gaat om de volgende activiteiten:

1. Het aanvragen van het budget en tarief
2. Het aanvragen van het definitieve budget en uitvoeren van de opbrengstverrekening

Daarnaast verwachten ziekenhuizen ook dat zij eenmalige activiteiten moeten verrichten, namelijk:

3. Eenmalige technische inrichting van het systeem voor het registreren van een SEH bezoek

Hieronder is per activiteit toegelicht welke handelingen ziekenhuizen naar verwachting zullen verrichten.

1. Het aanvragen van het budget en tarief
Respondenten schatten in dat het aanvragen van het budget en tarief niet veel tijd zal vragen. De tijdsintensieve aspecten zijn reeds gevangen in de processtappen schoning en zorginkoop in representatie. Gedurende die processtappen zijn afspraken gemaakt met zorgverzekeraars. Het invullen van het aanvraagformulier betreft het schriftelijk vastleggen van deze afspraken en het aanleveren van de juiste bewijsstukken.

2. Het aanvragen van het definitieve budget en uitvoeren van de opbrengstverrekening
Respondenten verwachten ook dat de tijdsbesteding als gevolg van de opbrengstverrekening beperkt zal zijn. Ziekenhuizen zullen nogmaals een formulier moeten invullen om het definitieve budget vast te laten stellen. De NZa zal op basis van het formulier de opbrengstverrekening met zorgverzekeraars vaststellen. Ziekenhuizen verwachten daarmee dat discussies beperkt zullen blijven en dat zij hoofdzakelijk een datacontrole zullen verrichten op de opbrengstverrekening, naast het uitvoeren van de opbrengstverrekeningen zelf. Het is op dit onderdeel dat grote ziekenhuizen ingeschat hebben meer tijd te zullen besteden dan kleine ziekenhuizen. Grote ziekenhuizen hebben tijdens interviews meer nadruk gelegd op het controleren van de opbrengstverrekening, voordat zij deze in uitvoering zullen brengen. Daarnaast voorziet één groot ziekenhuis dat er mogelijk een accountsverklaring nodig zal zijn wat extra kosten met zich mee zal brengen voor het ziekenhuis. Deze twee factoren dragen bij aan het verschil in de structurele regeldrukkosten tussen grote en kleine ziekenhuizen.

3. Eenmalige technisch inrichting van het systeem voor het registreren van een SEH bezoek
Voor de budgetbekostiging zal een nieuw ozp aangemaakt worden, namelijk 190094. Op deze wijze kan een factuur gedeclareerd worden aan een patiënt voor een SEH-consult. Hiermee kunnen ziekenhuizen gedurende het jaar het budget in ontvangst nemen. Ziekenhuizen zullen eenmalig vorm moeten geven aan deze verrichting in hun systemen. Drie van de vijf respondenten hebben aangegeven dat het vormgeven aan deze activiteit in het systeem onder de reguliere werkzaamheden valt. Drie van de zes respondenten menen dat dit buiten de reguliere werkzaamheden valt en dat dit een aanvullende eenmalige activiteit vraagt. Twee van de respondenten schatten in dat dit 20 uur tijd zal vragen van een applicatiebeheerder en de derde respondent schat in dat dit 16 uur tijd zal vragen. Vanwege deze verschillende inschattingen, concluderen we dat de regeldrukkosten van deze stap van de budgetcyclus kunnen variëren van geen kosten tot ca. € 23.100 voor kleine ziekenhuizen en € 20.196 voor grote ziekenhuizen. Uit het onderzoek komt naar voren dat zorgprofessionals naar verwachting geen aanvullende structurele handelingen hoeven te verrichten om een SEH-bezoek te registreren.

4.3.2. Regeldrukkosten budgetcyclus
De structurele regeldrukkosten die volgen uit de budgetcyclus zijn gepresenteerd in Tabel 6. De eenmalige regeldrukkosten zijn gepresenteerd in Tabel 7. In beide tabellen is onderscheid gemaakt tussen regeldrukkosten voor kleine en grote ziekenhuizen.

Tabel 6. Structurele regeldrukkosten budgetcyclus voor ziekenhuizen

	Gemiddelde tijdsbesteding per ziekenhuis in uren	Gemiddeld uurtarief	Gemiddelde kosten per ziekenhuis (P)	Aantal ziekenhuizen (Q)	Totale regeldrukkosten (P*Q)
Kleine ziekenhuizen	22	€ 63,41	€ 1.395	35	€ 48.800
Grote ziekenhuizen	48,50	€ 70,59	€ 3.423,75	34	€ 116.400
Totaal					**€ 165.200**

Tabel 7. Incidentele regeldrukkosten budgetcyclus

	Gemiddelde tijdsbesteding per ziekenhuis in uren	Gemiddeld uurtarief	Gemiddelde kosten per ziekenhuis	Aantal ziekenhuizen	Totale regeldrukkosten (P*Q)
Kleine ziekenhuizen	0 tot 20 uur	€ 33	€ 0 tot € 660	35	€ 0 tot € 23.100
Grote ziekenhuizen	0 tot 18 uur	€ 33	€ 0 tot € 594	34	€ 0 tot € 20.200
Totaal					**€ 0 tot €43.300**

4.4 Beschikbaarheidbijdrage

Op het moment dat de budgetbekostiging voor de SEH ingevoerd wordt, komt de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH gelijktijdig, per 1 januari 2027, te vervallen. Ziekenhuizen die aangemerkt zijn als 'gevoelig' zullen naar aanleiding hiervan mogelijkerwijs een activiteit minder hoeven te verrichten.
Hieronder zijn eerst de activiteiten toegelicht die ziekenhuizen verrichten ten behoeve van deze processtap. Daarna zijn in Tabel 8 de regeldrukkosten die voor 'gevoelige' ziekenhuizen bespaard kunnen blijven, gepresenteerd.

4.4.1. Werkzaamheden beschikbaarheidbijdrage

Het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage betekent dat gevoelige ziekenhuizen deze beschikbaarheidbijdrage niet meer jaarlijks hoeven aan te vragen.

Het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH zal voor gevoelige ziekenhuizen naar verwachting zal leiden tot een tijdbesparing van 6 à 8 uur. De tijdsbesteding is beperkt omdat het ziekenhuis in kwestie zowel voor de SEH als voor de acute verloskunde een beschikbaarheidbijdrage aanvraagt. Hoewel de beschikbaarheidbijdrage afzonderlijk wordt toegekend voor de SEH en de verloskunde, wordt deze in één aanvraag aangevraagd. De beschikbaarheidbijdrage voor de acute verloskunde komt niet te vervallen op het moment dat de budgetbekostiging voor de SEH wordt ingevoerd. Daarmee verdwijnt het aanvraagproces van de beschikbaarheidbijdrage niet in zijn geheel. Enkele vragen in het aanvraagformulier zullen komen te vervallen, maar de vragen over acute verloskunde en de algemene vragen, waar het grootste deel van de tijdsbesteding mee gemoeid gaat, blijven gehandhaafd. Ook schat de respondent in dat de accountantskosten gelijk zullen blijven, omdat slechts enkele vragen komen te vervallen.

Uit eerdere jaren kan opgemaakt worden dat het merendeel van ziekenhuizen dat aangemerkt is als 'gevoelig' zowel voor de SEH als voor de verloskunde een beschikbaarheidbijdrage ontvangt. Zo heeft slechts één ziekenhuis voor het jaar 2025 enkel voor de SEH een beschikbaarheidbijdrage ontvangen[13]. Om deze reden hanteren wij in de berekening het uitgangspunt dat met het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage van de SEH slechts een deel van de tijd komt te vervallen omdat de beschikbaarheidbijdrage voor de acute verloskunde behouden blijft.

4.4.2. Regeldrukbesparing beschikbaarheidbijdrage

De structurele regeldrukbesparing op het moment dat de beschikbaarheidbijdrage voor de SEH komt te vervallen is gepresenteerd in Tabel 8. De kostenbesparing is tot stand gekomen op basis van een inschatting van één ziekenhuis, waarbij een bandbreedte gegeven is die leidt tot een geschatte minimale kostenbesparing en maximale kostenbesparing.

[13] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_789146_22/1/

Tabel 8. Structurele regeldrukbesparing voor 'gevoelige' ziekenhuizen

	Tijdsbesparing per gevoelig ziekenhuis in uren	Gemiddeld uurtarief	Kostenbesparing per gevoelig ziekenhuis (P)	Aantal ziekenhuizen (Q)	Totale kostenbesparing gevoelige ziekenhuizen (P*Q)
Minimum inschatting	6	€ 54	€ 324,-	29	€ 9.400
Maximum inschatting	8	€ 54	€ 432,-	29	€ 12.500
Gemiddelde inschatting					**€ 11.000**

4.5 Overige werkzaamheden

Tijdens interviews zijn nog enkele activiteiten naar voren gekomen die tot regeldrukkosten kunnen leiden. Deze activiteiten zijn slechts door enkele respondenten benoemd, of de tijdsbesteding van de activiteit is dusdanig onzeker dat de regeldrukkosten niet gekwantificeerd kunnen worden. Door de onzekerheid van deze activiteiten worden deze hier enkel kwalitatief omschreven.

1. Eenmalige uitvraag overloop DBC-zorgproducten

Na het eerste jaar van de invoering van de budgetbekostiging, zal de NZa eenmalig meer gegevens uitvragen bij ziekenhuizen bij het aanvragen van het definitieve budget en de opbrengstverrekening. Deze uitvraag is ten behoeve van de overloop dbc-zorgproducten van het jaar 2026 naar 2027. Hoewel dit onderwerp aan bod is gekomen tijdens het onderzoek, was het voor ziekenhuizen nog niet mogelijk om een tijdsinschatting te geven over deze eenmalige uitvraag. Ook is het mogelijk dat hiervoor een externe partij wordt ingehuurd. Hoewel deze werkzaamheid met zekerheid tot eenmalige regeldrukkosten zal leiden, is de hoogte daarvan vooralsnog te onzeker.

2. Correcties naar aanleiding van de schoning

Alle respondenten hebben opgemerkt dat hoewel de schoning een eenmalige processtap is, zij verwachten dat in de volgende jaren correcties nodig zullen zijn. De ervaring vanuit andere schoningen leert ziekenhuizen dat het altijd nog enkele jaren kost om de onderhandelingen met zorgverzekeraars volledig af te ronden en de schoning te verwerken in overige modellen binnen het ziekenhuis. Hoewel respondenten aangeven dat correcties nodig zullen zijn, is de tijd die dit zal kosten te onzeker om hier een inschatting van te geven.

3. Data leveren ten behoeve van controle afspraken met zorgverzekeraars

Een respondent merkt op dat er vanuit zorgverzekeraars reeds uitvragen zijn geweest naar data naar aanleiding van de budgetbekostiging en dat het beantwoorden van deze uitvragen tijd vraagt van het ziekenhuis. Deze opmerking sluit aan bij de inschatting van een zorgverzekeraar die aangeeft dat er waarschijnlijk een trusted third party ingehuurd zal worden om data uit te vragen bij ziekenhuizen op het moment dat gekozen wordt voor een schoning op productniveau (zie 5.1.2.).

4. Instructie aan SEH-verpleegkundigen

Zoals besproken in sectie 4.3.3 zal voor de budgetbekostiging een nieuwe verrichting aangemaakt worden, namelijk 190094. Op deze wijze kan een factuur gedeclareerd worden aan een patiënt voor een SEH-consult. Hoewel dit geen extra handeling vraagt van zorgprofessionals, de verrichting zal namelijk gekoppeld worden aan de bestaande zorgactiviteit 190015, schatten

twee respondenten in dat dit een eenmalige instructie/informatievoorziening aan SEH-verpleegkundigen vraagt.

4.6 Conclusie regeldrukkosten zorgprofessionals en ziekenhuizen

In dit hoofdstuk zijn de regeldrukkosten die de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH met zich meebrengt voor ziekenhuizen en zorgprofessionals gepresenteerd. Wij vatten de kernbevindingen tot slot samen.

Geen regeldrukkosten voor zorgprofessionals

Een bevinding is dat de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH naar verwachting **geen** tot **zeer beperkte regeldrukkosten** met zich meebrengt voor zorgprofessionals. De enige regeldruk die door twee respondenten wordt voorzien is een eenmalige instructie aan SEH-verpleegkundigen naar aanleiding van de nieuwe verrichting, 190094. De overige respondenten achten dit niet nodig en voorzien geen regeldrukkosten voor zorgprofessionals. Wij sluiten aan bij de meest voorkomende inschatting en concluderen dat de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH naar verwachting geen regeldrukkosten met zich meebrengt voor zorgprofessionals.

Reguliere werkzaamheden blijven grotendeels behouden

Ziekenhuizen en zorgprofessionals voorzien in principe geen effecten op de reguliere werkzaamheden. Met andere woorden, de reguliere werkzaamheden, en de tijd die deze kosten, zullen min of meer gelijk blijven bij de invoering van de budgetbekostiging. Voor gevoelige ziekenhuizen zal wel sprake zijn van één regeldrukbesparing in de reguliere werkzaamheden door het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage, namelijk **€324** tot **€432** per gevoelig ziekenhuis en daarmee **€9.400** tot **€12.500** voor alle gevoelige ziekenhuizen samen (zie tabel 8).

Structurele regeldrukkosten voor ziekenhuizen

Tabel 9 presenteert een overzicht van de structurele regeldrukkosten per klein ziekenhuis, per groot ziekenhuis, en voor alle ziekenhuizen gecombineerd. De tabel laat zien dat de processtappen '*zorginkoop in representatie*' en '*budgetcyclus*' structurele regeldrukkosten met zich meebrengen voor ziekenhuizen. Daarbij vallen de structurele regeldrukkosten voor grote ziekenhuizen hoger uit dan voor kleine ziekenhuizen. Het verschil komt hoofdzakelijk tot stand doordat grote ziekenhuizen bij diverse werkzaamheden de inzet van meer medewerkers en tijd voorzien. Bij de budgetcyclus voorzien grote ziekenhuizen daarnaast meer tijd en kosten in het controleren van de opbrengstverrekening.

De totale structurele regeldrukkosten voor ziekenhuizen bedragen **€244.300**.

Tabel 9. Structurele regeldrukkosten voor kleine en grote ziekenhuizen

Structurele regeldrukkosten			
	Per klein ziekenhuis	Per groot ziekenhuis	Alle ziekenhuisorganisaties
NZa data-uitvraag	€ 0	€ 0	€ 0
Schoning	€ 0	€ 0	€ 0
Zorginkoop in representatie	€790	€1.515	€ 79.100
Budgetcyclus	€ 1.395	€ 3.424	€ 165.200
Totaal	**€ 2.200**	**€ 4.900**	**€ 244.300**

Eenmalige regeldrukkosten voor ziekenhuizen

Tabel 10 presenteert een overzicht van de structurele regeldrukkosten per klein ziekenhuis, per groot ziekenhuis, en, in de laatste kolom, voor beide groepen ziekenhuizen gecombineerd. Het onderzoek laat zien dat de processtappen *'NZa data-uitvraag*' en '*schoning'* eenmalige regeldrukkosten met zich meebrengen voor ziekenhuizen. Daarbij vallen de eenmalige regeldrukkosten wederom voor grote ziekenhuizen hoger uit dan voor kleine ziekenhuizen. Grote ziekenhuizen hebben gemiddeld meer medewerkers en tijd besteed aan het beantwoorden van de NZa data-uitvraag. Ook in de voorbereiding en analyse van de schoning voorzien grote ziekenhuizen meer tijd te besteden dan kleine ziekenhuizen. Kleine ziekenhuizen hebben een tijdsinschatting van 20 tot 40 uur gegeven en grote ziekenhuizen een tijdsinschatting van 40 tot 300 uur. De helft van de respondenten voorziet eenmalige regeldrukkosten in de processtap '*budgetcyclus*', namelijk het eenmalig technisch vorm geven aan een nieuw OZP (190094). De geschatte kosten per klein en groot ziekenhuis voor de technische inrichting zijn vergelijkbaar in grootte, namelijk **€ 594** voor grote ziekenhuizen en **€660** voor kleine ziekenhuizen.

De totale eenmalige regeldrukkosten voor ziekenhuizen bedragen **€880.200 tot €923.500**.

Tabel 10. Eenmalige regeldrukkosten voor kleine en grote ziekenhuizen

Eenmalige regeldrukkosten			
	Per klein ziekenhuis	Per groot ziekenhuis	Alle ziekenhuisorganisaties
NZa data-uitvraag	€ 2.507	€ 4.788	€250.500
Schoning	€ 4.065	€ 14.336	€ 629.700
Zorginkoop in representatie	€ 0	€ 0	€ 0
Budgetcyclus	€ 0 tot € 660	€ 0 tot € 594	€ 0 tot € 43.300
Totaal	**€ 6.600 tot €7.200**	**€ 19.100 tot € 19.700**	**€ 880.200 tot € 923.500**

Overige regeldrukkosten

Tot slot zijn in paragraaf 4.5 enkele overige activiteiten benoemd die naar verwachting tot aanvullende regeldrukkosten kunnen leiden: 1) eenmalige uitvraag overloop dbc-zorgproducten; 2) structurele regeldrukkosten naar aanleiding van correcties van de schoning; 3) structurele regeldrukkosten naar aanleiding van data-uitvragen van zorgverzekeraars; en 4) mogelijk eenmalige regeldrukkosten voor een instructie aan seh-personeel. De regeldrukkosten van deze werkzaamheden zijn niet gekwantificeerd omdat deze te onzeker zijn. De onzekerheid komt ofwel voort uit het aantal respondenten dat de werkzaamheid benoemd heeft, waardoor onzeker is of de werkzaamheid nodig zal zijn (instructies aan SEH-personeel). Bij enkele werkzaamheden geldt dat (meer) respondenten het erover eens zijn dat deze uitgevoerd moeten worden, maar dat het vooralsnog niet in te schatten is hoeveel tijd deze zullen kosten (eenmalige uitvraag overloop dbc-zorgproducten, correcties van de schoning en data-uitvragen van zorgverzekeraars). Voor deze laatste werkzaamheden is daarmee (vrij) zeker dat aanvullende regeldrukkosten zullen volgen, maar onzeker hoe hoog de kosten zullen zijn.

5 Zorgverzekeraars

Dit hoofdstuk presenteert kwalitatief en kwantitatief de te verwachten regeldruk die gepaard gaat met de budgetbekostiging voor de SEH voor zorgverzekeraars voor de verschillende processtappen die zijn toegelicht in Hoofdstuk 3.

5.1 Schoning ten behoeve van een budgettair neutrale invoering

Hieronder zijn eerst de activiteiten toegelicht die zorgverzekeraars verrichten ten behoeve van de schoning. Daarna zijn in Tabel 11 de regeldrukkosten gepresenteerd die naar verwachting volgen uit deze activiteiten.

5.1.1. Werkzaamheden budgettair neutrale schoning

De activiteiten die zorgverzekeraars uitvoeren ten behoeve van de schoning zijn:

1. Kennisname en voorbereiding
2. Data-analyse om tot een schoningsvoorstel te komen
3. Afstemming met ziekenhuizen
4. Schoning verwerken in de prijslijst
5. Correcties

Hoewel deze werkzaamheden in grote lijnen overeenkomen met de werkzaamheden benoemd door ziekenhuizen, is de complexiteit van de schoning voor zorgverzekeraars groter. Daarbij hebben zorgverzekeraars gedurende de afgelopen twee jaar reeds tijd besteed aan de voorbereiding van de budgetbekostiging. Ook verwachten zij dit jaar op structurele basis tijd te besteden aan verdere voorbereiding. Deze factoren vertalen zich naar een aanzienlijk hogere tijdsbesteding in vergelijking met ziekenhuizen. Hieronder zijn de activiteiten nader toegelicht.

1. Kennisname en voorbereiding

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat voordat schoning plaats kan vinden, er veel tijd gestopt zal moeten worden in, en reeds uitgegaan is naar, voorbereiding van de invoering van de budgetbekostiging. Zo zijn er diverse werkgroepen waar zorgverzekeraars aan deelnemen om nieuwe informatie en ontwikkelingen over de budgetbekostiging van de SEH ter kennis te nemen en te begrijpen. Een voorbeeld hiervan is de recent gedeelde concept beleidsregel van de NZa. Tijd gaat ook uit naar het reageren op stukken. Deze informatie moet ook intern gedeeld worden. Andere voorbereidingsactiviteiten waaraan gedacht kan worden is de technische inrichting van een nieuwe data stroom in het declaratiesysteem en het aanpassen van aanpalende modellen en begrotingen.

De tijd die zorgverzekeraars kwijt zijn aan deze voorbereidende activiteiten wisselt. Sommigen zijn hier eind 2024 al mee gestart, anticiperend op de mogelijkheid dat budgetbekostiging voor de SEH ingevoerd zou worden. Sommigen zijn meer recent begonnen aan de voorbereiding. Over het algemeen geldt dat grote zorgverzekeraars meer tijd inschatten voor voorbereidende werkzaamheden dan kleine zorgverzekeraars. Grote zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld aangesloten bij de bovengenoemde werkgroepen.

2. Data-analyse om tot een schoningsvoorstel te komen

Hoewel de NZa de maximumtarieven zal aanpassen in het gereguleerde segment, komen daarmee nog niet direct nieuwe contractafspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars tot stand. Een complexiteit hierbij is wat de nieuwe maximumtarieven betekenen voor afspraken

tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars waarbij een ‘max-max’ tarief aan de orde is. In het gereguleerde segment mag bij bepaalde maximumtarieven een percentage erboven op komen. Het is van belang dat er duidelijkheid gegeven wordt hoe hiermee om moet worden gegaan in de schoning om de tijdsbesteding van de analyse te beperken.

De aanpassing van maximumtarieven in het gereguleerde segment zal van invloed zijn op het vrije segment. Om deze reden geven zorgverzekeraars, net als ziekenhuizen, aan dat het maken van een onderscheid tussen het gereguleerde en vrije segment binnen de processtap schoning oppervlakkig is. De schoning van het gereguleerde en vrije segment kan dan ook beter als één processtap begrepen worden.

Het is van belang dat de schoning van het vrije segment op één wijze wordt uitgevoerd. Hiertoe moeten alle veldpartijen zich committeren. Zonder commitment bestaat ruimte voor meer discussie en onderhandelingen. Dit is de voornaamste reden waarom zorgverzekeraars reeds tijd besteden aan het voorbereiden van kennisnemen van de schoning (stap 1). Zorgverzekeraars gaan ervan uit dat er ook met een landelijke methodiek waaraan iedereen zich committeert, ruimte zal blijven bestaan voor discussies over de exacte uitvoering van de methodiek en de interpretatie daarvan. Respondenten geven aan dat de ervaring leert dat zelfs bij gecommitteerde afspraken, de interpretatie van de afspraken door partijen kan leiden tot discussie.

Zorgverzekeraars geven aan dat de uiteindelijke schoning een bilateraal product zal zijn dat zowel een analyse vraagt van ziekenhuizen als van zorgverzekeraars. De verwachting is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars samen tot een voorstel zullen komen.

Zoals reeds benoemd, sluiten zorgverzekeraars aan bij de verwachting van de meeste ziekenhuizen, namelijk dat een generieke schoning en schoning op productniveau een vergelijkbare hoeveelheid aan tijd zal vragen. Respondenten spreken een voorkeur uit voor een schoning op productniveau omdat 1) dit aansluit op de methodiek die door de NZa wordt toegepast in het gereguleerde segment; en 2) omdat een schoning op productniveau leidt tot kostprijzen die beter aansluiten bij de dekking van reële kosten. Bij een generieke schoning bestaat het risico dat kostprijzen en kostendekkingen uiteenlopen, wat vervolgens kan leiden tot perverse prikkels in het zorgsysteem.

3. Afstemming met ziekenhuizen

Wanneer zorgverzekeraars een analyse hebben uitgevoerd, zullen zij deze vervolgens met alle ziekenhuizen bespreken. Dit komt overeen met het beeld van ziekenhuizen, namelijk dat de schoning uiteindelijk door zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars akkoord bevonden moet worden. Dit vraagt één tot enkele overleggen, afhankelijk van hoeveel discussie- en interpretatieruimte de landelijke methodiek geeft.

4. Verwerking in prijslijsten

Tot slot benoemen twee van de vier zorgverzekeraars het verwerken van de nieuwe prijsafspraken over de DBC-zorgproducten in hun prijslijsten. Zoals eerder toegelicht in paragraaf 4.1.1 worden de prijslijsten al jaarlijks aangepast. Omdat deze aanpassing echter volgt uit de schoning van het normbudget en niet uit de reguliere onderhandelingen, is dit een separaat proces. Het grootste deel van de regeldrukkosten van de schoning voor zorgverzekeraars ontstaat door activiteiten 1 tot en met 4, net zoals dat bij ziekenhuizen het geval is. De zorgverzekeraar die een aparte tijdsinschatting voor deze activiteit heeft gegeven, gaat uit van circa 1,5 uur per ziekenhuis.

5. Correcties

Vergelijkbaar met ziekenhuizen, geven zorgverzekeraars aan dat hoewel de schoning theoretisch gezien een eenmalige processtap is, deze processtap in de praktijk enkele jaren door zal lopen. Respondenten geven aan dat bij wijzigingen in marktaandelen en de totale hoogte van het budget er altijd nieuwe uitwerkingen en gesprekken nodig zullen zijn met ziekenhuizen. De verwachting is dan ook dat er een aantal correctierondes nodig zullen zijn. Wel zal de tijdsbesteding jaarlijks geleidelijk afnemen. Enkele zorgverzekeraars hebben dit zo ver als mogelijk is, meegewogen in hun inschattingen van de benodigde tijd. Zij geven aan dat deze herijkingen ook noodzakelijk zijn om de doelstelling van budgettair neutrale schoning te realiseren.

5.1.2. Regeldrukkosten schoning

De eenmalige regeldrukkosten die volgen uit de budgettair neutrale schoning voor zorgverzekeraars zijn gepresenteerd in Tabel 11. Respondenten zijn gevraagd een tijdsinschatting te geven voor de schoning wanneer gekozen wordt voor een generieke schoning en wanneer gekozen wordt voor een schoning op productniveau. Drie van de vier respondenten zijn het erover eens dat de tijdsbesteding naar verwachting gelijk zal zijn voor beide varianten. Daarmee zouden ook de regeldrukkosten bij een generieke schoning en schoning op productniveau overeenkomen.

Er zal naar verwachting wel één verschil zijn tussen de kosten bij een generieke schoning en schoning op productniveau, namelijk dat bij de laatste werkwijze een trusted third party ingehuurd zal worden. Deze partij zal data uitvragen bij alle 69 ziekenhuisorganisaties op basis waarvan zorgverzekeraars kunnen bepalen hoeveel geschoond dient te worden uit DBC-zorgproducten. De respondent die dit verschil benoemd heeft, geeft aan dat, indien gekozen wordt voor een schoning op productniveau, deze uitgave vrij zeker is. De kosten van een externe partij zullen minimaal € 200.000,- bedragen voor alle 69 ziekenhuizen samen. Deze kosten zullen verdeeld worden over de 9 zorgverzekeraars. Dit betekent dat wanneer gekozen wordt voor een schoning op productniveau, € 200.000 bij de totale regeldrukkosten opgeteld dient te worden.

Wij volgen de inschatting van de meeste zorgverzekeraars, namelijk dat de tijd van een generieke schoning en schoning op productniveau vergelijkbaar zal zijn. Slechts één van deze opties zal uitgevoerd worden, waardoor er ook slechts regeldrukkosten van één optie van toepassing zijn. Samenvattend bedragen de regeldrukkosten per zorgverzekeraar bij een generieke schoning naar verwachting € **126.215** en bij een schoning op productniveau € **148.438**. De totale regeldrukkosten voor alle negen zorgverzekeraars bedragen naar verwachting bij een generieke schoning €**1.135.900** en bij een schoning op productniveau €**1.335.900**. Omdat de tijdsbesteding van activiteiten 1 en 5 over enkele jaren gemaakt worden, zal een gedeelte van deze regeldrukkosten vallen in latere jaren.

Tabel 11. Eenmalige regeldrukkosten voor zorgverzekeraars bij een generieke schoning of schoning op productniveau

	Gemiddelde tijdsbesteding per zorgverzekeraar in uren	Gemiddeld uurtarief	Gemiddelde kosten per zorgverzekeraar (P)	Aantal Zorgverzekeraars (Q)	Totale regeldrukkosten zorgverzekeraars (P*Q)
Optie 1: Generieke schoning	2.159,45	€ 58,45	€126.215,30	9	**€1.135.900**
Optie 2: Schoning op productniveau	-	-	€148.437,52	9	**€1.335.900**

5.2 Zorginkoop in representatie

Hieronder zijn de activiteiten toegelicht die representerende zorgverzekeraars verrichten ten behoeve van de zorginkoop in representatie. Daarna zijn in Tabel 12 de regeldrukkosten gepresenteerd die naar verwachting volgen uit deze activiteiten.

5.2.1. Werkzaamheden zorginkoop in representatie

De activiteiten die door zorgverzekeraars zullen worden uitgevoerd ten behoeve van zorginkoop in representatie, zijn:

1. Gesprekken met ziekenhuizen
2. Vertaling naar tweezijdig aanvraagformulier
3. Technische verwerking van de zorginkoop in het contracteringssysteem

Deze activiteiten zullen elk jaar terugkeren. Hieronder zijn deze werkzaamheden nader toegelicht.

1. Gesprekken met ziekenhuizen

Bij de invoering van de budgetbekostiging is de onderhandelingsruimte beperkt. Ziekenhuizen dienen met de representerende zorgverzekeraars overeenstemming te bereiken over het budget dat afhangt van het aantal seh-locaties van een ziekenhuis, of deze een 24/7 openstelling hanteren en de voor- en achterwacht beschikbaar zullen hebben. Daarnaast moet ook een individueel tarief overeenkomen worden dat berekend kan worden door per seh-locatie het budget te delen met het aantal te verwachten patiënten. Tot slot maken de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraars afspraken over de zorgprestaties die tegenover het budget worden gesteld.

Bij de invoering van de budgetbekostiging verwachten zorgverzekeraars niet dat er veel discussie zal zijn met ziekenhuizen omdat er weinig elementen zijn op basis waarvan onderhandeld kan worden. Zo worden er naar verwachting (nog) geen kwaliteitscriteria gesteld in de conceptbeleidsregel van de NZa. Zorgverzekeraars hebben echter aangegeven dat zij verwachten zelf wel kwaliteitscriteria te zullen stellen omdat het inkoop van zorg betreft. De criteria die gesteld zullen worden zullen voor het jaar 2027 minimaal zijn, en over de jaren verder uitgebreid worden. Omdat deze tijdsbesteding voortkomt uit de acties van zorgverzekeraars, en naar verwachting niet wordt opgenomen in de beleidsregel als verplichting, is deze tijdsbesteding niet meegenomen in de berekening van de regeldrukkosten.

Respondenten schatten gemiddeld in dat twee gesprekken zullen plaatsvinden bij de invoering van de budgetbekostiging. In het eerste gesprek wordt kennisgemaakt en zullen de afspraken gemaakt worden. Het tweede gesprek zal gaan over de feitelijke realisatie. Komt de productie overeen met de verwachtingen en daarmee de afspraken die gemaakt zijn?

2. Vertaling naar tweezijdig aanvraagformulier (budgetcyclus)

Hoewel deze stap theoretisch onderdeel uitmaakt van de budgetcyclus, de volgende processtap, is dit een activiteit die in praktische zin alleen wordt uitgevoerd door de *representerende* zorgverzekeraars. Om deze reden zijn de regeldrukkosten van deze activiteit meegenomen in deze processtap.

Op het moment dat ziekenhuizen het budget en tarief aanvragen is dit een vertaling van de afspraken die tussen de representerende zorgverzekeraars en ziekenhuizen gemaakt zijn. De

productiedata die meegestuurd en/of verwerkt zijn in het aanvraagformulier door het ziekenhuis, moeten gecontroleerd worden door de representerende zorgverzekeraars. Daarnaast moet het aanvraagformulier ondertekend worden door de bestuurders van de representerende zorgverzekeraars. De verwachting is dat dit op structurele basis tijd vraagt, hoewel beperkt van omvang.

3. Technische verwerking van de zorginkoop in het contracteringssysteem
Nadat de representerende zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken hebben gemaakt, zal een contract opgesteld worden. Deze moet ook technisch in het contracteringssyteem ingeladen en verwerkt worden.

5.2.2. Regeldrukkosten zorginkoop in representatie

De structurele regeldrukkosten die volgen uit de zorginkoop in representatie voor zorgverzekeraars zijn gepresenteerd in Tabel 12. Dit volgt uit de activiteiten en tijdbestedingen die respondenten benoemd hebben wanneer zij gevraagd werden te omschrijven wat zij moeten doen op het moment dat zij één van de representerende zorgverzekeraars zijn. Vervolgens zijn in de berekening de gemiddelde tijdsbesteding en kosten per zorgverzekeraar uitgerekend wanneer zij bij alle ziekenhuizen op zouden treden als representerende zorgverzekeraar. Dit betekent dat de regeldrukkosten per representerende zorgverzekeraar, **€22.555,50**, een theoretisch maximum betreft. In de praktijk zal op basis van marktaandelen en regionale inzet bepaald worden welke zorgverzekeraars representerend per ziekenhuis optreden. De tabel geeft de gemiddelde tijdsbesteding en kosten van de inschattingen van de geïnterviewde zorgverzekeraars. Deze gemiddelde inschatting vermenigvuldigen we tenslotte met een factor twee omdat de zorg door twee zorgverzekeraars ingekocht zal worden. Hiermee komen de totale regeldrukkosten voor alle negen zorgverzekeraars uit op **€45.100**.

Tabel 12. Structurele regeldrukkosten zorginkoop voor representerende zorgverzekeraars

	Gemiddelde tijdsbesteding per representerende zorgverzekeraar in uren	Gemiddeld uurtarief	Gemiddelde kosten per representerende zorgverzekeraar (P)	Aantal Representerende Zorgverzekeraars (Q)	Totale regeldrukkosten representerende zorgverzekeraars (P*Q)
Zorgverzekeraars	499,75	€ 45,13	€ 22.555,50	2	**€ 45.100**

5.3 Budgetcyclus

Hieronder zijn de activiteiten toegelicht die zorgverzekeraars verrichten ten behoeve van de budgetcyclus. Daarna zijn in Tabel 13 de regeldrukkosten gepresenteerd die naar verwachting volgen uit deze activiteiten.

5.3.1. Werkzaamheden budgetcyclus

De activiteiten die door zorgverzekeraars worden uitgevoerd ten behoeve van de budgetcyclus uit te voeren, zijn:

1. Uitvoeren van de opbrengstverrekening
2. Analyse naar aanleiding van de opbrengstverrekening

Deze activiteiten zullen jaarlijks terugkeren. Hieronder zijn deze werkzaamheden nader toegelicht.

1. Uitvoeren van de opbrengstverrekening
Ziekenhuizen zullen middels een aanvraagformulier de NZa vragen om, als het jaar afgelopen is, een definitief budget en tarief vast te stellen. De NZa stelt naar aanleiding hiervan ook de opbrengstverrekeningen vast voor zorgverzekeraars per ziekenhuis. Op het moment dat de beschikking ontvangen is door de zorgverzekeraar, moet deze uitgevoerd worden. De zorgverzekeraar zal ofwel nog budget moeten betalen aan een ziekenhuis ofwel budget terugkrijgen van het ziekenhuis. Dit vraagt een structurele administratieve handeling van zorgverzekeraars.

2. Analyse naar aanleiding van de opbrengstverrekening
Zorgverzekeraars zien in de effecten van de opbrengstverrekening meer hiaten. De kans dat een opbrengstverrekening exact uitkomt op 100% van het budget is namelijk nihil. Er zullen vragen ontstaan over hoe onder- of overvulling opgelost dient te worden, en ook hoe de discrepantie zich verhoudt tot de reeds uitgevoerde schoning. Naar aanleiding van de opbrengstverrekening zullen zorgverzekeraars dan ook een data-analyse en controle uitvoeren om te bepalen of het aandeel van het budget dat zij hebben ingelegd klopt. Ten eerste is dit nodig omdat er gedurende het jaar verzekeringsmutaties plaatsvinden: verzekerden stappen over van één zorgverzekeraar naar een ander. Ten tweede verandert de mix van het type verzekerden gedurende een jaar, denk aan vergrijzing en ziekteprofielen. Ten derde zullen zorgverzekeraars elk jaar willen controleren of het budget dat zij hebben ingelegd daadwerkelijk aan de beperkte afbakening van het SEH-budget is besteed. Dit zijn factoren die in tijd tot uiting zullen komen bij de opbrengstverrekening. Afhankelijk van deze analyses kunnen discussies volgen en bijvoorbeeld correcties van DBC-zorgproducten of een herverdeling van het budget over zorgverzekeraars.

5.3.2. Regeldrukkosten budgetcyclus
De structurele regeldrukkosten die volgen uit de budgetcyclus zijn gepresenteerd in Tabel 13. Deze activiteiten zullen door alle negen zorgverzekeraars uitgevoerd moeten worden op jaarlijkse basis. De regeldrukkosten van het aanvragen van het budget en individuele tarief per ziekenhuis, zijn reeds meegenomen in de processtap *'zorginkoop in representatie'* omdat deze activiteit enkel bij de representerende zorgverzekeraars ligt. De opbrengstverrekening moet door alle zorgverzekeraars uitgevoerd worden. Ook zullen alle zorgverzekeraars een controle uitvoeren na ontvangst van de opbrengstverrekening. De tabel geeft de gemiddelde tijdsbesteding en kosten van de inschattingen van de geïnterviewde zorgverzekeraars voor deze twee stappen weer.

Tabel 13. Structurele regeldrukkosten budgetcyclus zorgverzekeraars

	Gemiddelde tijdsbesteding per zorgverzekeraar in uren	Gemiddeld uurtarief	Gemiddelde kosten per zorgverzekeraar (P)	Aantal Zorgverzekeraars (Q)	Totale regeldrukkosten zorgverzekeraars (P*Q)
Zorgverzekeraars	67,50	€ 45,52	€3.072,75	9	€ 27.700

5.4 Beschikbaarheidbijdrage

In de huidige situatie kunnen gevoelige ziekenhuizen een beschikbaarheidbijdrage ontvangen. Zorgverzekeraars schonen elk jaar hun tarieven voor de beschikbaarheidbijdrage die deze ziekenhuizen ontvangen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat dit proces in de huidige situatie gestandaardiseerd is en daardoor nauwelijks tijd kost. Dit is omdat de lijst met gevoelige

ziekenhuizen bijna niet verandert en de tijdsintensieve berekening van de schoning in het verleden al is verricht. Hoewel er om de zo veel jaren zich een uitzondering kan voordoen, is de tijdbesteding in structurele zin op jaar basis verwaarloosbaar.

Per saldo is er dus geen sprake van een regeldrukbesparing voor zorgverzekeraars. Wel vraagt de tijdsbesteding van de nieuwe schoning voor gevoelige ziekenhuizen iets meer tijd dan voor niet-gevoelige ziekenhuizen. Deze extra tijd is verwerkt in de tijdsinschatting en regeldrukkosten van de processtap schoning (5.1).

5.5 Overige werkzaamheden

Tijdens interviews zijn nog enkele activiteiten naar voren gekomen. Deze activiteiten zijn veelal door enkele respondenten benoemd of dusdanig onzeker dat respondenten geen tijdsinschatting hebben kunnen geven over de uitvoering van de activiteit. Hoewel deze activiteiten niet op een betrouwbare wijze te kwantificeren zijn, zijn het activiteiten die naar verwachting bij zullen dragen aan hogere regeldrukkosten. Daarom worden deze hier kwalitatief omschreven.

1. Effect van verzekeringsmutaties verwerken in schoning
In relatie tot de schoning zijn door zorgverzekeraars diverse factoren benoemd die bijdragen aan de complexiteit en tijd, waaronder het feit dat de analyse zal berusten op historische data. Tijdens lopende contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen verzekerden echter overstappen, zogenaamde verzekeringsmutaties. De data-analyse en het uiteindelijke schoningsvoorstel dienen rekening te houden met het effect van deze verzekeringsmutaties.

2. Effect op reguliere onderhandelingen
Zorgverzekeraars geven aan dat de schoning op een later moment van invloed kan zijn op de reguliere contracteringsgesprekken met ziekenhuizen. Wanneer de uitkomst van de schoning nadelig is gebleken voor een ziekenhuis, zal dit op een later moment meegenomen worden in de reguliere onderhandelingen ter compensatie. Onderwerpen die tijdens de reguliere onderhandelingen aan bod dienen te komen, kunnen hierdoor onder druk komen te staan. Zo kan de schoning van invloed zijn op de kwaliteit van de uitkomst van de reguliere onderhandelingen. Deze discussies zullen naar verwachting jaarlijks terugkomen en tijd vragen.

4. Beroepsprocedures
In relatie tot de zorginkoop in representatie, schat een respondent in dat er elk jaar een aantal beroepsprocedures zullen volgen. Hoewel de ruimte beperkt is, is er namelijk enige ruimte voor discussie. Zo kunnen er conflicten ontstaat over de openingstijden, waarbij gedacht kan worden aan een discussie over de mate waarin een ziekenhuis gekort zou moeten worden op het budget bij een nachtsluiting van twee uur versus een dagsluiting van twee uur. Conflicten doen zich gemiddeld 2 à 3 keer per jaar voor, voor alle zorgverzekeraars samen. Hoewel de respondent er zeker van is dat er elk jaar enkele beroepsprocedures zullen zijn, is de duur hiervan, en daarmee de kosten, niet in te schatten.

5. Vragen van patiënten beantwoorden
De respondenten merken op dat verzekerden vaak twee facturen zullen ontvangen bij een bezoek aan de SEH, namelijk één factuur voor het SEH-consult en één factuur voor een eventueel vervolg DBC-traject. Het zal hierdoor naar verwachting, vaker dan nu het geval is, voorkomen dat het eigen risico van verzekerden in één keer fors aangesproken wordt. Hoewel de verantwoordelijkheid om burgers hierover te informeren bij de overheid ligt, verwachten zorgverzekeraars dat verzekerden hun zullen bellen. Hoewel zorgverzekeraars zeker zijn dat dit

hen tijd gaat kosten, is het te onzeker hoeveel tijd en inzet dit van hen gaat vragen. Om deze reden hebben respondenten hier geen tijdsinschatting over gegeven. Deze activiteit is dan ook niet uitgedrukt in regeldrukkosten.

6. Nieuwe informatiestroom meenemen in de zorgkostenprognoses en begroting
Met de budgetbekostiging voor de SEH ontstaat een nieuwe informatiestroom. Deze informatiestroom zal elk jaar anders zijn doordat het budget en tarief kunnen wijzigen. Deze stroom moet meegenomen worden in zorgkostenprognoses en de begroting van zorgverzekeraars. De respondent die deze structurele activiteit verwacht, geeft aan dat de betreffende zorgverzekeraar vijf keer per jaar deze cycli analyseert. Omdat het een nieuwe informatiestroom is, resulteert dit in een structurele extra tijdsbesteding voor zorgverzekeraars.

5.6 Conclusie regeldrukkosten zorgverzekeraars

In dit hoofdstuk zijn de regeldrukkosten die de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH met zich meebrengt voor zorgverzekeraars gepresenteerd. Hierbij volgt een samenvatting van de kernbevindingen.

Reguliere werkzaamheden blijven behouden
Zorgverzekeraars voorzien geen regeldrukbesparing in reguliere werkzaamheden met de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH. De invoering van de budgetbekostiging voor de SEH zal wel aanvullende eenmalige en structurele werkzaamheden vragen van zorgverzekeraars.

Structurele regeldrukkosten voor zorgverzekeraars
Tabel 14 presenteert een overzicht van de structurele en eenmalige regeldrukkosten voor alle negen zorgverzekeraars. De tabel laat zien dat de invoering van de budgetbekostiging voor zorgverzekeraars tot structurele kosten leidt als gevolg van de zorginkoop in representatie, namelijk **€45.100.** Wanneer deze kosten verdeeld worden over alle negen zorgverzekeraars, betekent dit op organisatieniveau gemiddeld **€5.011** aan structurele kosten. In de praktijk zullen sommige zorgverzekeraars slechts bij enkele ziekenhuisorganisaties representerend optreden en sommige zorgverzekeraars bij relatief veel. Daarmee zullen de regeldrukkosten voor sommige zorgverzekeraars hoger uitvallen en voor andere lager.
De budgetcyclus leidt op organisatieniveau tot **€3.100** aan regeldrukkosten per zorgverzekeraar en **27.700** in totaal.
De totale structurele regeldrukkosten voor alle zorgverzekeraars bedragen **€72.800**.

Eenmalige regeldrukkosten voor zorgverzekeraars
De eenmalige regeldrukkosten voor zorgverzekeraars zijn beduidend hoger, namelijk **€126.200** tot **€148.400** per zorgverzekeraar en, afgerond op honderdtallen, voor alle zorgverzekeraars **€1.135.900** tot **€1.335.900** in totaal (zie Tabel 14). De bandbreedte bij de eenmalige regeldrukkosten in de schoning komt tot stand door de wijze van schoning. Bij een schoning op productniveau is aangegeven dat een externe partij ingehuurd zal worden om data uit te vragen bij ziekenhuizen. De overige werkzaamheden en tijdsbesteding bij een generieke schoning en schoning op productniveau zijn naar verwachting vergelijkbaar.

Tabel 14. Structurele en eenmalige regeldrukkosten voor negen zorgverzekeraars

	Structurele regeldrukkosten		Eenmalige regeldrukkosten	
	Per zorgverzekeraar	Alle zorgverzekeraars	Per zorgverzekeraar	Alle zorgverzekeraars
Schoning	€0	€0	€126.215 tot €148.438	€1.135.935 tot €1.335.942
Zorginkoop in representatie	€5.011	€45.100	€ 0	€ 0
Budgetcyclus	€3.073	€27.700	€ 0	€ 0
Totaal	**€8.100**	**€72.800**	**€126.200 tot €148.400**	€1.135.900 tot €1.335.900

Overige regeldrukkosten

Tot slot zijn in sectie 5.5 enkele overige activiteiten en/of effecten benoemd die naar verwachting van de respondenten tot aanvullende regeldrukkosten zullen leiden: 1) effect van verzekeringsmutaties verwerken in de schoning; 2) effect op reguliere onderhandelingen; 3) discussies naar aanleiding van verschillende prijsindexaties; 4) beroepsprocedures; 5) vragen van patiënten beantwoorden; en 6) nieuwe informatiestroom te verwerken in de zorgkostenprognoses en begroting.

De regeldrukkosten van deze werkzaamheden zijn niet gekwantificeerd omdat deze te onzeker zijn. De onzekerheid komt ofwel voort uit het aantal respondenten dat de werkzaamheid benoemd heeft, waardoor onzeker is of de werkzaamheid tot stand komt (i.e. discussies naar aanleiding van verschillende prijsindexacties en beroepsprocedures). Bij enkele werkzaamheden geldt dat het merendeel van de respondenten het erover eens is dat deze uitgevoerd moeten worden of de effecten zullen plaatsvinden, maar dat het vooralsnog niet in te schatten is hoeveel tijd deze zullen kosten (1, 2, 5 en 6). Voor deze laatste vier effecten en werkzaamheden is daarmee zeker dat aanvullende regeldrukkosten zullen volgen, maar is het te onzeker hoe hoog deze zullen zijn.

6 Conclusie

In dit rapport zijn de resultaten weergegeven van een onderzoek naar de regeldrukeffecten van de invoering van budgetbekostiging voor de SEH voor zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zorgprofessionals. De hoofdvraag van het onderzoek luidde als volgt:

Wat zijn de regeldrukkosten die de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH met zich meebrengt voor zorgprofessionals, ziekenhuizen en zorgverzekeraars?

In dit hoofdstuk zijn de bevindingen samengevat.

6.1 Kosten in het nieuwe ten opzichte van het oude proces

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars voorzien diverse nieuwe werkzaamheden als gevolg van de invoering van de budgetbekostiging, die tot structurele en eenmalige regeldrukkosten leiden. Daarnaast zijn er beperkte structurele besparingen voor gevoelige ziekenhuizen door het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage. Het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage leidt voor zorgverzekeraars niet tot een regeldrukbesparing.
Behalve het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage, zal de invoering van de budgetbekostiging naar verwachting niet tot verdere besparingen leiden. Er is geen sprake van overige activiteiten of werkprocessen die vervallen.
De verwachte regeldrukkosten en -besparingen zijn in paragraaf 6.2 en 6.3 opgenomen.

6.2 Eenmalige regeldrukkosten

In de samenvattingen van Hoofdstuk 4 zijn de eenmalige regeldrukkosten per processtap voor ziekenhuizen en zorgprofessionals gepresenteerd en in Hoofdstuk 5 voor zorgverzekeraars. Tabel 15 presenteert de totale eenmalige regeldrukkosten per organisatie, wanneer de kosten van de processtappen bij elkaar zijn opgeteld.

Tabel 15. Eenmalige regeldrukkosten van de invoering van de budgetbekostiging[14]

Eenmalige regeldrukkosten			
		Per organisatie	*Landelijk*
Zorgprofessionals		€ 0	€ 0
Ziekenhuizen	*Kleine ziekenhuizen*	€ 6.600 tot €7.200	€ 880.200 tot € 923.500
	Grote ziekenhuizen	€ 19.100 tot € 19.700	
Zorgverzekeraars		€126.200 tot €148.400	€1.135.900 tot €1.335.900

Zorgprofessionals

Zoals eerder geconcludeerd in Hoofdstuk 4 wordt door twee van zes respondenten één mogelijke incidentele regeldrukpost voorzien voor zorgprofessionals, namelijk een eenmalige instructie over de nieuwe zorgactiviteit. In dit rapport volgen wij de inschatting van de meeste

[14] In de berekening om te komen tot de landelijke cijfers is met niet-afgeronde cijfers gerekend en om deze reden zijn in deze tabel de landelijke cijfers niet rechtstreeks te berekenen uit de (afgeronde) cijfers per organisatie.

ziekenhuizen en de NVSHA, namelijk dat er geen instructie nodig zal zijn, en daarmee geen eenmalige regeldrukkosten voorzien zijn voor zorgprofessionals.

Ziekenhuizen

Tabel 15 laat zien dat de verwachte eenmalige regeldrukkosten voor grote ziekenhuizen (€19.100 tot € 19.700) hoger zijn dan voor kleine ziekenhuizen (€ 6.600 tot € 7.200). De eenmalige regeldrukkosten voor alle ziekenhuizen samen bedragen **€ 880.000 tot € 923.500**. De eenmalige regeldrukkosten voor ziekenhuizen komen tot stand door de schoning en de eenmalige technische inrichting van het systeem voor het registreren van een SEH-bezoek.

Zorgverzekeraars

Tabel 15 laat zien dat de eenmalige regeldrukkosten voor zorgverzekeraars, hoewel een kleinere groep in aantal dan kleine en grote ziekenhuizen, op organisatieniveau en landelijk niveau hoger uitvallen dan voor ziekenhuizen. Op organisatieniveau komen de eenmalige regeldrukkosten voor zorgverzekeraars uit op **€126.200** tot **€148.400** en voor alle negen zorgverzekeraars samen op **€1.135.900** tot **€1.335.900**. De eenmalige regeldrukkosten voor zorgverzekeraars komen tot stand door de processtap schoning.

6.3 Structurele regeldrukkosten

In de samenvattingen van Hoofdstuk 4 zijn de structurele regeldrukkosten per processtap voor ziekenhuizen en zorgprofessionals gepresenteerd en in Hoofdstuk 5 voor zorgverzekeraars. Tabel 16 presenteert de totale structurele regeldrukkosten per organisatie, en de totale regeldrukbesparing naar aanleiding van het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage.

Tabel 16. Structurele regeldrukkosten van de invoering van de budgetbekostiging[15]

Structurele regeldrukkosten			
		Per organisatie	*Landelijk*
Zorgprofessionals		€ 0	€ 0
Ziekenhuizen	*Kleine ziekenhuizen*	€2.200	€231.100 tot €234.200[16]
	Grote ziekenhuizen	€4.900	
	Besparing gevoelige ziekenhuizen	*- €324 tot €432*	
Zorgverzekeraars		€8.100	€72.800

Zorgprofessionals

Zoals eerder geconcludeerd in Hoofdstuk 4 leidt de invoering van de budgetbekostiging voor de SEH naar verwachting niet tot structurele regeldrukkosten voor zorgprofessionals.

Ziekenhuizen

Tabel 16 laat zien dat de verwachte structurele regeldrukkosten op organisatieniveau voor grote ziekenhuizen hoger zijn dan voor kleine ziekenhuizen. Daarnaast komt door het vervallen van de beschikbaarheidbijdrage een structurele regeldrukbesparing tot stand voor gevoelige ziekenhuizen van €324 tot €432. Wanneer de structurele regeldrukkosten op organisatieniveau voor kleine en grote ziekenhuizen bij elkaar worden opgeteld, en de regeldrukbesparing voor alle gevoelige ziekenhuizen vervolgens in mindering wordt gebracht, komt men uit op een totaal

[15] In de berekening om te komen tot de landelijke cijfers is met niet-afgeronde cijfers gerekend en om deze reden zijn in deze tabel de landelijke cijfers niet rechtstreeks te berekenen uit de (afgeronde) cijfers per organisatie.

[16] ((€2.200 x 35) + (€4.900 x 34)) – (432 x 29) = **€231.100** tot ((€2.200 x 35) + (€4.900 x 34)) – (324x 29) = **€234.200.**

van €231.100 tot €234.200 aan structurele regeldrukkosten voor ziekenhuizen. Deze structurele regeldrukkosten zijn met name toe te rekenen aan activiteiten behorend bij de zorginkoop in representatie en de budgetcyclus.

Zorgverzekeraars

Tabel 16 laat zien dat op organisatieniveau de structurele regeldrukkosten van zorgverzekeraars uitkomen op **€8.100.** Dit bedrag komt tot stand door het optellen van de regeldrukkosten voor zorgverzekeraars door de processtap 'budgetcylcus', €3.100, met de structurele regeldrukkosten voor zorgverzekeraars door de processtap 'zorginkoop in representatie' (€45.100/9 = €5.011). Dit is een gemiddelde van de structurele regeldrukkosten voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars die slechts een paar keer optreden als representerende zorgverzekeraar zullen minder kosten maken en zorgverzekeraars die vaak optreden als representerende zorgverzekeraar zullen meer kosten maken.

De structurele regeldrukkosten op organisatieniveau liggen voor zorgverzekeraars hoger dan voor kleine en grote ziekenhuizen. Op landelijk niveau liggen de structurele regeldrukkosten voor zorgverzekeraars lager dan voor ziekenhuizen. Dit komt omdat de groep zorgverzekeraars kleiner is (9) dan de groep van ziekenhuizen (69).

6.4 Tot slot

Zoals benoemd in Hoofdstuk 2, zijn de regeldrukkosten van de invoering van de budgetbekostiging zoals hier gerapporteerd gebaseerd op de informatie die ten tijde van het onderzoek beschikbaar was. Tijdens het onderzoek waren er door ziekenhuizen en zorgverzekeraars nog uitvoeringskeuzes te maken om de invoering van de budgetbekostiging uit te voeren. Afhankelijk van deze keuzes kunnen de eenmalige en structurele regeldrukkosten nog oplopen of afnemen.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars hebben daarnaast diverse werkzaamheden en gevolgen benoemd tijdens de interviews die kunnen leiden tot aanvullende regeldrukkosten. Het gaat hierbij om verschillende werkzaamheden waarvan nog onvoldoende duidelijk is in hoeverre deze tot extra kosten zullen leiden, maar ook om werkzaamheden die zeker zullen leiden tot aanvullende regeldrukkosten, zoals correcties van de schoning in latere jaren. Echter konden respondenten ten tijde van dit onderzoek nog niet inschatten hoeveel tijd deze werkzaamheden zullen vragen.

Het voorliggende rapport geeft dan ook een beeld van de orde van grootte van de kosten die door de invoering van de budgetbekostiging worden veroorzaakt en maakt inzichtelijk welke processtappen en handelingen de voornaamste oorzaak zijn van deze regeldruk.

Samen werken aan maatschappelijke vooruitgang

Het vooruitstrevende team van Sira Consulting bestaat uit een diversiteit van gekwalificeerde adviseurs met hooggespecialiseerde sectorkennis en procesmatige deskundigheid.

In nauwe samenwerking met onze opdrachtgevers bereiden we politiek-bestuurlijke besluitvorming en de implementatie hiervan in de praktijk voor.

Gedurende projecten vertalen we complexe beleidsvraagstukken naar concrete oplossingen, door middel van onafhankelijk kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Daarnaast ondersteunen, adviseren en evalueren wij bij het optimaliseren van de uitvoering en de implementatie van beleid op een efficiënte en effectieve manier in de praktijk.

Met robuust sociaalwetenschappelijk en bedrijfseconomisch onderzoek dragen we zo bij aan slimmere overheidsprocessen, betere dienstverlening en lagere kosten.

Vanuit deze samenwerking met onze opdrachtgevers en stakeholders streven we onze missie na: werken aan maatschappelijke vooruitgang, een bijdrage leveren aan het realiseren van een gunstig economisch klimaat, het bevorderen van burgerparticipatie en goed openbaar bestuur.

Sira Consulting

Vandaag. Voor de overheid van morgen.

Herculesplein 88
3584 AA Utrecht

KvK nr. 30182559
+31 (0)30 602 49 00

info@siraconsulting.nl
www.siraconsulting.nl