

FACTSHEET: BUDGETBEKOSTIGING SEH

Gevolgen voor vakgroepen en msb's en aandachtspunten voor lokale afspraken vanaf 2027

Op 1 januari 2027 wordt budgetbekostiging ingevoerd voor de beschikbaarheid van een SEH. Dit houdt in dat ziekenhuizen met een SEH-locatie een vast budget ontvangen¹ om de kosten voor de minimale bezetting van een SEH te kunnen dekken. Het doel van budgetbekostiging is om ziekenhuizen financiële zekerheid te bieden en de acute zorg in de regio te behouden. De invoering is bedoeld als budgetneutrale verschuiving voor verzekeraars en instellingen. Die neutraliteit werkt echter niet automatisch door in de interne afspraken tussen ziekenhuis, msb en vakgroepen. Juist daar zijn expliciete lokale afspraken nodig. Deze factsheet is bedoeld voor msb's en vakgroepen. De factsheet bevat een beknopte toelichting op de invoering van de SEH-budgetbekostiging per 2027 en de gevolgen voor msb's en vakgroepen. Daarnaast biedt de factsheet concrete aandachtspunten voor het lokale overleg tussen msb, vakgroepen en de raad van bestuur.

1. WAT VERANDERT ER PER 2027?

- Ziekenhuizen met een SEH ontvangen een vast budget voor een afgebakend gedeelte van de SEH. Voor een 24/7-SEH is het normbudget circa € 4,6 miljoen op prijspeil 2025.
- De budgetbekostiging wordt vastgesteld voor de kosten van:
 - a. de aanwezigheid van minimaal één seh-arts of één arts-assistent of medisch specialist met competenties en training specifiek voor de seh;
 - b. de aanwezigheid van minimaal één verpleegkundige of medisch hulpverlener acute zorg met specifieke training in de opvang van traumapatiënten en de opvang van ernstig zieke kinderen;
 - c. de bereikbaarheid van de volgende zorgverleners, gedurende de avond-, nacht- en weekenduren: [zie lijst in Beleidsregel budgetbekostiging spoedeisende hulp BR/REG-26150](#)
- De huidige beschikbaarheidsbijdrage-SEH vervalt. Voor ziekenhuizen die deze bijdrage ontvingen, wordt deze bij de bepaling van het te schonen bedrag in mindering gebracht.
- De SEH-budgetbekostiging wordt budgetneutraal ingevoerd op macroniveau voor zorgverzekeraars en voor instellingen. Om dubbele bekostiging te voorkomen worden bedragen uit de bestaande DBC-bekostiging gehaald. De landelijke uitwerking gaat uit van een eenmalige, voorafgaande schoning.
- Ter dekking van het toegekende SEH-budget declareert het ziekenhuis de zogeheten 'seh-ozp' (prestatiecode 190094) bij de zorgverzekeraar. Het tarief voor deze prestatie is een individueel vast tarief per gebudgetteerde zorgaanbieder en wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het ozp-tarief wordt gedeclareerd naast de bestaande SEH-DBC registratie. De huidige DBC-registratie voor zorgverlening op de SEH wijzigt niet.

Het budget is geen vergoeding voor de zorg die op de SEH-afdeling wordt verleend.

2. HOE WORDEN A- EN B-SEGMENT GESCHOOND?

	A-SEGMENT (GEREGULEERD)	B-SEGMENT (VRIJ)
WIE?	NZa verwerkt de correctie in de gereguleerde tarieven.	Ziekenhuis en verzekeraar verwerken de correctie bilateraal in contract en prijslijst.
BASIS	Per zorgproduct publiceert de NZa een '% tarieven SEH'.	Het resterende te schonen bedrag wordt verdeeld met het NZa-percentage '% kosten SEH', in combinatie met volumes en afgesproken B-tarieven.
EFFECT	Het landelijke maximumtarief daalt.	Het feitelijk afgesproken contracttarief daalt; de precieze uitwerking kan per verzekeraar en ziekenhuis verschillen.
BELANGRIJK	Ook instellingen zonder SEH-budget kunnen met lagere A-tarieven worden geconfronteerd; dit moet in de contractering budgetneutraal worden verwerkt.	De NZa-kostprijspercentages zijn een verdeelsleutel. Bilaterale tarieven hoeven niet gelijk te zijn aan NZa-kostprijzen.

3. WAT ZIJN DE GEVOLGEN VOOR MEDISCH SPECIALISTEN?

- Bij vrijgevestigde medisch specialisten kan de interne vergoeding direct of indirect zijn gekoppeld aan DBC-opbrengsten. Lagere tarieven in het A- en B-segment kunnen dan automatisch de verdeelgrondslag verlagen, terwijl het vervangende SEH-budget bij de instelling binnenkomt.
- Bij medisch specialisten in dienstverband verandert het salaris niet rechtstreeks door de schoning. Wel kunnen formatie, vakgroepbudgetten, dienstinzet en interne resultaatverdeling worden geraakt als de middelen anders worden toegedeeld.
- De landelijke afspraken borgen budgetneutraliteit op macro-, verzekeraar- en instellingsniveau, maar noemen geen automatische budgetneutraliteit voor msb's, vakgroepen of individuele medisch specialisten.
- De SEH-correctie verschilt per zorgproduct. Daardoor kan een ongewijzigd intern verdeelmodel de relatieve omzetpositie van vakgroepen veranderen, ook als de instelling als geheel budgetneutraal uitkomt.

De invoering van de SEH-budgetbekostiging is bedoeld als een wijziging van de bekostigingssystematiek en niet als een wijziging van de financiële positie van de professionals en vakgroepen die de acute zorg leveren. De invoering van de budgetbekostiging zou ook voor de vakgroep en msb's budgetneutraal moeten zijn.

Een DBC hoeft niet zelf een geregistreerd SEH-contact (190015) te bevatten om een SEH-kostenaandeel te hebben. De schoning per zorgproduct volgt uit de NZa-kostprijs- en verdeelsystematiek. Zorgactiviteit 190015 wordt in het landelijke schoningsmodel juist gebruikt voor de verdeling van het te schonen bedrag over verzekeraars.

4. ADVIES VOOR HET LOKALE GESPREK: VOORKOM ONBEDOELDE HERVERDELING

Vraag niet alleen "hoeveel wordt er geschoond?", maar maak de volledige financiële brug inzichtelijk:

1. Wat is het voorlopige SEH-budget van de instelling? (en welk deel daarvan vervangt de oude beschikbaarheidsbijdrage?)
2. Welk totaalbedrag wordt per verzekeraar uit de contractafspraken geschoond?
3. Welk deel daarvan komt via lagere A-segmenttarieven en welk deel via lagere B-segmenttarieven?
4. Hoe werken die lagere tarieven door in de bestaande interne afspraken met msb en vakgroepen?
5. Welke kosten en beschikbaarheidsfuncties worden met het nieuwe SEH-budget geacht te worden gedekt, en waar worden die kosten nu intern gedragen?

Concreet: vijf afspraken die lokaal verstandig zijn

1. Neutraliseer de stelselwijziging in de interne verdeelgrondslag

Spreek af dat een technische verlaging van DBC-tarieven door de SEH-schoning niet automatisch leidt tot een lagere vergoeding voor het msb of een vakgroep. Corrigeer de interne omzetgrondslag voor het effect van de schoning, tenzij partijen bewust een andere verdeling overeenkomen.

2. Maak het SEH-budget transparant

Vraag om een specificatie van het ontvangen budget, de oude beschikbaarheidsbijdrage, de A- en B-schoning en de interne toerekening. Leg vast welk deel samenhangt met artsenbeschikbaarheid, verpleegkundige inzet, materiële kosten, kapitaallasten en overhead.

3. Kijk naar kosten en beschikbaarheid, niet alleen naar DBC-omzet

Een productgerichte verrekening kan vakgroepen treffen die relatief veel geschoonde DBC's hebben zonder dat hun feitelijke SEH-inzet daarmee overeenkomt. Gebruik daarom ook de feitelijke beschikbaarheids- en dienstverplichtingen als relevante informatie bij de interne verdeling.

4. Maak aparte afspraken voor vrijgevestigde medisch specialisten en medisch specialisten in dienstverband

Bij vrijgevestigden ligt de nadruk op de omzet- en honorariumgrondslag. Bij dienstverband ligt de nadruk op formatie, ANW-capaciteit, vakgroepbudget en middelen voor ondersteuning. Zorg dat beide effecten expliciet worden beoordeeld.

5. Leg een herijkingsmoment vast

De landelijke schoning is vooraf en in beginsel eenmalig, terwijl productie, openingstijden en contractafspraken kunnen veranderen. Spreek lokaal af wanneer partijen opnieuw kijken als de feitelijke uitwerking duidelijk afwijkt van de beoogde neutraliteit.

5. VRAGEN VAN MSB EN VAKGROEP AAN DE RAAD VAN BESTUUR

- Kan het ziekenhuis (per verzekeraar) laten zien welk bedrag uit A- en B-segment wordt geschoond en welk SEH-budget daar tegenover staat?
- Welke bestaande interne omzet- of honorariumafspraken worden geraakt door de lagere DBC-tarieven?
- Wordt de interne verdeelsleutel technisch aangepast zodat de bekostigingswijziging niet onbedoeld tot inkomens- of budgetverschuivingen leidt?
- Hoe wordt het deel van het SEH-budget dat samenhangt met medische beschikbaarheid en ANW-bereikbaarheid intern toegerekend?
- Welke vakgroepen dragen feitelijk beschikbaarheidskosten en dienstbelasting voor de functies die in het SEH-budget zijn opgenomen?
- Hoe worden afwijkingen in de praktijk opgevangen, bijvoorbeeld bij gewijzigde openingstijden, productiemix of grote verschillen tussen de vooraf berekende schoning en de feitelijke uitkomst?

Vraag om één gezamenlijke lokale “brugstaat” voor 2026–2027 waarin ziekenhuis en msb en vakgroepen dezelfde cijfers gebruiken: oude DBC-opbrengsten + beschikbaarheidsbijdrage ► A-schoning ► B-schoning ► nieuw SEH-budget ► interne toedeling.

Zonder zo’n brugstaat is het moeilijk vast te stellen of de stelselwijziging intern werkelijk neutraal uitpakt.

¹ De tot en met 2026 bestaande NZa subsidieregeling Beschikbaarheidsbijdrage SEH vervalt hiermee per 1 januari 2027

² Kosten van spoedeisende hulp op de seh-afdeling van een gebudgetteerde zorgaanbieder (190094) https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_811805_22/

BRONNEN EN STATUS

Stand: 1 september 2026. Deze factsheet is gebaseerd op de NZa-regelgeving en -informatie voor 2027, het informatieproduct schoningseffect MVO en SEH (RZ27a), de uitwerking van NVZ/UMC-NL/ZN over schoning van contracten en tarieven en het ZN-inkoopkader budgetbekostiging SEH (4 juni 2026).

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/acute-zorg/>

[budgetbekostiging-seh-per-2027](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_811805_22/)

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_811805_22/

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_811804_22/1/

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_823126_22/1/

Zorgverzekeraars inkoopkader budgetbekostiging SEH -

Zorgverzekeraars Nederland

VRIJWARING

De Federatie heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van deze factsheet. Desondanks kunnen aan de informatie in deze factsheet geen rechten worden ontleend.

De Federatie aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden of voor gevolgen die voortvloeien uit het gebruik van de informatie.