

Vergaderjaar 2025–2026

29 247

Acute zorg

Nr. 479

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 januari 2026

Op 17 december 2025 heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij een verzoek gestuurd om te reageren op de brief van UMCNL over de zorgen bij de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH) per 2027. Met deze brief voldoe ik aan dit verzoek.

Ik heb mijn besluit om budgetbekostiging voor de SEH per 2027 in te voeren op 12 september 2025 aan uw Kamer kenbaar gemaakt¹. In diezelfde brief heb ik aangegeven dat ik via een groeipad toe wil werken naar een zo optimaal mogelijke budgetbekostiging voor de SEH. Tegelijkertijd zet ik alvast een eerste stap, door de invoering van budgetbekostiging per 2027, met een relatief beperkte afbakening.

UMCNL geeft in haar brief aan dat zij eerst de zorginhoud ontwikkeld wil hebben, alvorens de bekostiging wordt aangepast. Ik heb begrip voor dat standpunt. Tegelijkertijd zie ik dat hiervoor de betrokken partijen eerst op een aantal aspecten overeenstemming zal moeten vinden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft in haar advies van 4 februari 2025² aan dat deze overeenstemming kan leiden tot vertraging, en dat een eerste stap in de bekostiging en de uitwerking van het groeipad tegelijkertijd plaats kunnen vinden. Daarom zet ik een eerste stap per 2027, waartoe ik ook een aanwijzing aan de NZa heb gegeven, en werk ik samen met partijen verder aan de doorontwikkeling van budgetbekostiging.

In haar brief schrijft UMCNL dat het grootste sluitingsrisico voor een SEH het gebrek aan personeel is. En dat het zorgpersoneel niet meer optimaal kan worden ingezet. Ik onderschrijf dat personeelstekorten reden kunnen zijn voor de sluiting van een SEH. In mijn brief van 12 september 2025 heb ik aangegeven dat de invoering van budgetbekostiging op zichzelf geen

¹ Kamerstuk 29 247, nr. 463

² Rapport uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH en AV deel 1

directe oplossing is voor personeelsproblemen. Maar een optimaal doorontwikkelde budgetbekostiging kan wel bijdragen aan het goed inzetten van de beschikbare middelen, zoals het zorgpersoneel. Om kwalitatief goede en toegankelijke acute zorg te kunnen blijven bieden, vindt op dit moment al differentiatie plaats in hoe de acute zorg door zorgaanbieders wordt georganiseerd, in de vorm van bijvoorbeeld spoedpleinen, spoedposten of acute zorg afdelingen.

UMCNL gaat in haar brief in op het individueel vaste tarief voor SEH's, wat volgens hen leidt tot een ongelijke toegang tot de SEH. In mijn voorhangbrief van 6 november 2025³ heb ik aangegeven dat het bedrag per patiënt inderdaad kan verschillen per zorgaanbieder. Dit komt omdat het aantal patiënten dat de betreffende SEH bezoekt, kan verschillen. De patiënt kan dat terugzien in de verrekening van de factuur met het eigen risico. Daarnaast ziet de patiënt op de factuur twee bedragen; één voor de SEH en één voor vervolgzorg. Tot 2027 ziet de patiënt één bedrag op de factuur. De patiënt zal, zoals nu ook al het geval is, nooit méér betalen dan zijn eigen risico. Overigens verschillen de prijzen voor ziekenhuiszorg op dit moment al tussen ziekenhuizen, wat de patiënt ook op zijn factuur terug kan zien.

UMCNL gaat in haar brief ook in op de traumazorg. Zij geeft aan dat er in de eerste stap per 2027 geen onderscheid is tussen algemene centra en traumacentra. Het klopt dat er in de eerste stap geen onderscheid is in budget tussen de verschillende SEH's. De eerste stap heeft een beperkte afbakening in de budgetbekostiging. De rest van de SEH-zorg, en dus ook de traumazorg, wordt per 2027 ingekocht op dezelfde manier zoals dat nu ook wordt gedaan. Daar verandert niets aan. Ik herken dan ook niet dat de financiering van de traumazorg aan de onderzijde wordt uitgehold en ook niet de gevolgen zoals UMCNL die schetst. Wel neem ik differentiatie in kwaliteitseisen en bijbehorende kosten voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen, en dus ook traumacentra, mee in de doorontwikkeling van budgetbekostiging. Hiermee wordt recht gedaan aan de verschillende (type) SEH's.

Samenvattend stelt UMCNL dat budgetbekostiging volgens hen op een viertal punten onvoldoende aansluit bij de doelen uit het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord om de acute zorgketen te versterken. Op deze punten ben ik hierboven ingegaan. Aanvullend wil ik daaraan toevoegen dat ik ook zie dat de organisatie van de acute zorg een transitie nodig heeft, om de acute zorg juist in de toekomst toegankelijk te houden. Al in december 2023 schreef de NZa⁴ in haar advies over de bekostiging van de acute zorg dat de huidige bekostiging van ziekenhuizen de samenwerking in de acute zorgketen niet stimuleert. Volgens hen is er met de huidige productie-prikkel geen stimulans om patiënten te verplaatsen naar de juiste plek. En schreven zij dat de huidige concurrentiële inkoop door zorgverzekeraars niet goed past bij de beschikbaarheidsfunctie van de SEH. Ik sluit mij daarbij aan en zie budgetbekostiging net als de NZa aan deze huidige knelpunten tegemoet komen, en dus juist ter ondersteuning van de (ontwikkeling van) zorginhoudelijk beleid. In het AZWA is afgesproken dat in de regio afspraken worden gemaakt over de transformatie binnen het zorglandschap. Onderdeel daarvan is om op hoofdlijnen vast te leggen wie welke zorg levert. Dat landt in de regioplannen. Met budgetbekostiging wil ik deze regionale verantwoordelijkheid ondersteunen. In het groeipad wordt samen met veldpartijen uitgewerkt hoe dit het beste vorm kan worden geven.

³ Kamerstuk 29 247, nr. 469

⁴ Advies bekostiging acute zorg

Tot slot, ik begrijp dat een wijziging als deze altijd spannend is. Daarom werkt het Ministerie van VWS met deNZa, UMCNL, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) intensief samen om de invoering van budgetbekostiging voor de SEH zo goed mogelijk te laten verlopen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J.A. Bruijn