

Vergaderjaar 2014–2015

**29 515**

## **Aanpak regeldruk en administratieve lasten**

**Nr. 363**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2015

Met Commissiebrief van 19 mei 2015 heeft u mij het verzoek gebracht van het lid Leijten inzake het bericht «Ziekenhuizen: een op de vijf euro's gaat naar overhead» (Ftm, 12 mei 2015) (Handelingen II 2014/15, nr. 84, item 11). Met deze brief reageer ik op dit bericht.

#### **Overheadkosten**

Dat in ziekenhuizen 1 op de 5 euro wordt besteedt aan niet patiënt gebonden activiteiten is niet nieuw. Eerdere analyses<sup>1</sup> komen tot eenzelfde conclusie. De studie van Himmelstein et al. (2014) heeft deze kosten van niet patiënt gebonden activiteiten nogmaals in kaart gebracht en internationaal vergeleken. Echter, internationale vergelijkingen zijn lastig. De studie van Himmelstein noemt zelf al een aantal kanttekeningen.

Zo geldt onder andere dat overheadkosten in gedeeltelijk geprivatiseerde verzekeringssystemen door het declaratieverkeer beter zichtbaar zijn dan in publieke systemen. Verder moet in onderhavig onderzoek worden betrokken dat Nederland een relatief lage bedbezetting heeft waardoor relatief meer kosten worden toegerekend aan niet patiënt gebonden activiteiten: dit is het gevolg van de al jarenlange trend van de daling in verpleegdagen.

Om een meer gespecificeerde duiding te krijgen van de administratieve kosten die gemaakt worden door ziekenhuizen dan mogelijk is op basis van de huidig beschikbare data zou extra gegevensvraag moeten worden gedaan bij instellingen. Dit zou in zichzelf al een verdere stijging

<sup>1</sup> CBS, Centraal Bureau voor de statistiek (2006), *Overhead in algemene ziekenhuizen gestegen*, CBS webmagazine, 3 april 2006;  
CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek (2013), *Gezondheid en zorg in cijfers 2013*, Den Haag: CBS

van de administratieve kosten met zich meebrengen. Ik ben dan ook niet voornemens hiertoe nieuwe verplichtingen op te leggen.

In dat kader moet ook worden opgemerkt dat het beoordelen van een stelsel niet enkel op basis van administratieve kosten kan plaatsvinden. Zo biedt een prestatiegericht bekostigingssysteem juist ook voordelen, zoals een efficiënte(re) allocatie van middelen en het beter kunnen belonen van kwaliteit. Ik ben ervan overtuigd dat dit systeem uiteindelijk tot betere uitkomsten leidt in termen van kwalitatief hoogstaande, zinnige en zuinige zorg.

### **Complexiteit bekostiging**

Voorgaande neemt niet weg dat ik het belangrijk vind dat de ervaren regeldruk in de zorg fors wordt vermindert. Professionals in de zorg zijn momenteel teveel tijd kwijt aan registreren en administreren. Dit gaat ten koste van de tijd die aan zorg besteed wordt en het plezier en de motivatie voor het werk. Dit moet dus beter. Dit jaar wil ik dan ook gezamenlijk met het veld de aanpak van regeldruk versterken om zo tot een forse vermindering van de ervaren regeldruk te komen. Dit bijvoorbeeld door dit jaar met een zogenaamd Kafka-traject de concrete ervaren regeldruk op de werkvloer bij een ziekenhuis verder in beeld te brengen en door samen met de Agenda voor de Zorg aan de slag te gaan met hoe we meer ruimte kunnen bieden voor de bekostiging van zorg. Dit zal ook een onderwerp zijn van het «Weg met regels» congres dat dit najaar wordt georganiseerd met vermindering van de regeldruk als thema. Over de concrete aanpak van regeldruk zal ik u uitgebreid voor de zomer nader informeren.

De studie wijst op de complexiteit van de Nederlandse ziekenhuisbekostiging. Ik ben het met de schrijvers van deze studie eens dat verbeteringen aan het systeem mogelijk en nodig zijn.

Zoals ik ook in de brief «Kwaliteit loont»<sup>2</sup> heb aangekondigd ben ik voornemens om zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te geven om zelf afspraken te maken over prestaties om veelbelovende innovaties en nieuwe initiatieven gericht op kwaliteit en doelmatigheid sneller te kunnen invoeren. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal hiertoe worden gedereguleerd. De verdere omslag naar meer ruimte om afspraken te maken over prestaties wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten. Afhankelijk van de vorm van zorg kan worden gekozen of met een marktanalyse, een experiment of beide wordt verkend of in een sector voldoende randvoorwaarden aanwezig zijn om op verantwoorde wijze verplichte prestatiebeschrijvingen los te laten.

Voor de korte en middellange termijn is verder in het najaar 2014 met de NZa en veldpartijen afgesproken dat de NZa een plan van aanpak maakt voor de doorontwikkeling en vereenvoudiging van de DOT-systematiek.

Ik heb de NZa op 23 april 2015 per brief verzocht om in nauw overleg met veldpartijen een plan van aanpak te maken voor de middellange termijn. In het plan van aanpak neemt de NZa in ieder geval de volgende thema's mee:

- De patiënt meer centraal
- Reële prijzen
- Innovatieve vormen van bekostiging
- Terugdringen administratieve lasten

---

<sup>2</sup> 6 februari 2015, Kamerstuk 31 765, nr. 116.

De NZa houdt daarbij nadrukkelijk ook aandacht voor de behoefte aan rust en stabiliteit in de sector.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers