

29247 Acute zorg

Nr. 490 Brief van de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juni 2026

De acute zorg vormt een onmisbare pijler van ons zorgstelsel en moet voor iedereen in Nederland tijdig, toegankelijk en van goede kwaliteit beschikbaar zijn. Juist in situaties waarin iedere minuut telt, moet een patiënt kunnen rekenen op snelle beoordeling, passende behandeling en goede samenwerking in de spoedzorgketen. Tegelijkertijd geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de Stand van de zorg 2025¹ aan dat de acute zorg onder druk staat door een toenemende vraag naar spoedzorg en een schaarste aan zorgmedewerkers. Dat vraagt om duidelijke keuzes en gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen om de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg ook in de toekomst te waarborgen. Het kabinet zet zich daarom in om passende zorg tot norm te maken en te werken aan een passend zorglandschap, ook in de acute zorg.

Met deze brief informeert het kabinet de Kamer over de ontwikkelroute passende acute zorg in de regio (voorheen het zogenoemde groeipad) en voldoet daarmee aan de gedane toezeggingen en aangenomen moties waaronder de motie van het lid Vermeer die door de Kamer op 19 mei jl. is aangenomen.² De ontwikkelroute beschrijft hoe het kabinet tot een passend aanbod van acute zorg in de regio komt en welke bijdrage de invoering van budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp (SEH) levert aan deze opgave. Het kabinet schetst eerst de aanleiding voor budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp. Vervolgens wordt de huidige stand van zaken besproken met betrekking tot invoering van budgetbekostiging per 1 januari 2027, zoals toegezegd in het commissiedebat Acute zorg van 25 september 2025. Aanvullend zijn in bijgevoegde bijlage 2 de uitkomsten van het onderzoek naar

¹ Nederlandse Zorgautoriteit, Stand van de zorg 2025, 2 oktober 2025

² Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 463, Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 473, Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 475, toezeggingen gemaakt tijdens het commissiedebat Acute zorg op 25 september 2025 en toezegging gemaakt tijdens het commissiedebat Eerstelijnszorg op 1 april 2026, Kamerstukken II 2025/26, 36915, nr. 27.

administratieve lasten te vinden. Daarna wordt toegelicht hoe de ontwikkelroute past binnen de bredere beweging naar een passend zorglandschap. Vervolgens wordt uiteengezet

welke stappen het kabinet de komende periode zet om tot een passende acute zorg in de regio te komen en gefaseerde doorontwikkeling van de budgetbekostiging te realiseren.

Aanleiding

In 2025 is besloten om budgetbekostiging voor de spoedeisende hulp in te voeren.³ Deze keuze komt voort uit de noodzaak om acute zorg ook in de toekomst toegankelijk, kwalitatief goed en beschikbaar te houden. De SEH heeft een duidelijk beschikbaarheidskarakter: de functie moet permanent beschikbaar zijn, ongeacht het aantal patiënten dat zich op enig moment meldt.

De huidige bekostiging van de SEH bevat een productieprikkel en stimuleert samenwerking in de acute zorgketen onvoldoende. Doordat aanbieders bij de huidige bekostiging een directer financieel belang kunnen hebben bij het behandelen van extra patiënten op de SEH, kan het moeilijker zijn om regionale afspraken te maken over het verplaatsen van zorg naar een passende plek in de spoedzorgketen, bijvoorbeeld van SEH naar huisartsenspoedpost. Binnen de acute zorg worden de ambulancezorg en de huisartsenspoedposten al op basis van een budget bekostigd. Naast dat budgetbekostiging voor de SEH de productieprikkel kan verminderen, kan de ketensamenwerking worden bevorderd en daarmee een doelmatige inzet van schaarse capaciteit beter ondersteunen.

Het kabinet kiest daarom voor budgetbekostiging als onderdeel van de bredere transitie naar passende acute zorg in de regio. Door de beschikbaarheid van een SEH via een budget te bekostigen, kan de maatregel bijdragen aan het toegankelijk houden van acute zorg, het ondersteunen van de beschikbaarheid van SEH-zorg, betere samenwerking in de spoedzorgketen en meer financiële zekerheid voor ziekenhuizen om in een passend zorgaanbod te kunnen voorzien. Daarmee ontstaat meer ruimte om regionaal afspraken te maken over de organisatie van acute zorg. Randvoorwaardelijk hierbij zijn duidelijke kwaliteitseisen, regionale keuzes over het

³ Kamerstukken II 2025/26, 29247, nr. 463

aanbod van acute zorg en afspraken over samenwerking in de spoedzorgketen.

Stand van zaken invoering budgetbesteding SEH

Per 1 januari 2027 wordt de eerste stap gezet om alle SEH's te bekostigen met een budget met een beperkte afbakening ter grootte van ongeveer € 4,6 miljoen per SEH. Daarmee wordt een deel van de kosten van de SEH minder afhankelijk gemaakt van productie, zijn ziekenhuizen verzekerd van een vast budget en ontstaat een eerste basis voor de bekostiging waarop in latere stappen kan worden voortgebouwd.

Stand van zaken regelgeving

Het vorige kabinet heeft de NZa op 15 december 2025 een aanwijzing⁴ gegeven om met ingang van 1 januari 2027 budgetbesteding in de regelgeving van de NZa mogelijk te maken. Op basis daarvan heeft de NZa de regelgeving voor de invoering van budgetbesteding voor de SEH op 10 maart jl. vastgesteld. Deze regelgeving is tot stand gekomen in zorgvuldig overleg met de branche- en beroepsorganisaties. De NZa heeft de individuele ziekenhuizen en zorgverzekeraars ook geïnformeerd over de publicatie van haar regelgeving en hun laten weten dat zij dit najaar hun aanvraag voor het budget en het tarief voor 2027 bij de NZa kunnen indienen. Voor het aanvragen van een budget dienen ziekenhuis en zorgverzekeraars een gemeenschappelijke aanvraag in bij de NZa. Deze gemeenschappelijke aanvraag is de uitkomst van een proces waarin ziekenhuis en zorgverzekeraars afspraken maken over de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de SEH. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen ook eenzijdig een aanvraag voor een budget indienen bij de NZa wanneer zij niet tot overeenstemming kunnen komen. Het kabinet ziet een eenzijdige aanvraag echter niet als een gewenste oplossing voor zo'n situatie, omdat dit niet bijdraagt aan het gezamenlijk realiseren van passende acute zorg in de regio. Bij het behandelen van de eenzijdige aanvragen beoordeelt de NZa alle relevante documenten en omstandigheden, waaronder bijvoorbeeld het gemeenschappelijk inkoopkader van zorgverzekeraars, om tot een besluit over de aanvraag te komen. Wanneer bijvoorbeeld een ziekenhuis een eenzijdige aanvraag indient, zonder dat hieraan vooraf overleg heeft plaatsgevonden met de zorgverzekeraar, dan

⁴ Stcrt. 2025, 44113. Beschikbaar via: [stcrt-2025-44113.pdf](#)

zal de NZa dat gegeven meewegen in haar besluit over het al dan niet toekennen van een geheel of gedeeltelijk budget.

Uitwerking randvoorwaarden

De afgelopen maanden hebben UMCNL, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) intensief met elkaar — en met de NZa en het ministerie — overlegd over randvoorwaarden om deze eerste stap van invoering van budgetbekostiging per 2027 van de SEH tot een succes te maken. Er zijn afspraken gemaakt over onder andere het voldoen aan de eisen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, inzicht in SEH-indicatoren, het representatiemodel van zorgverzekeraars voor de zorginkoop en het schonen van de tarieven voor diagnose-behandelcombinaties (DBC's).

Zorgverzekeraars hebben een gemeenschappelijk inkoopkader opgesteld, in lijn met deze afspraken. Het kabinet en de NZa zijn de zorgverzekeraars hier erkentelijk voor en onderstrepen dat de kwaliteit van de geleverde SEH zorg ook belangrijk is. Daarnaast gaan het kabinet en de NZa ervan uit dat elk ziekenhuis en elke zorgverzekeraar meewerkt aan de afspraken die de brancheorganisaties met elkaar hebben gemaakt over het corrigeren van de tarieven van DBC's voor opbrengsten uit het SEH-budget. Dit wordt ook wel het schonen van de tarieven genoemd. Zodat samen verantwoordelijkheid wordt genomen voor de afgesproken budgetneutrale invoering.

Aanpassing Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG

Het invoeren van budgetbekostiging leidt ertoe dat per 1 januari 2027 iedere aanbieder van spoedeisende hulp in aanmerking komt voor een vast budget, dat minimaal gelijk is aan de beschikbaarheidsbijdrage die een aantal spoedeisende hulpen nu krijgt. Dit betekent dat de beschikbaarheidsbijdrage waar SEH's die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm aanspraak op kunnen maken, kan komen te vervallen. Deze SEH's zijn immers verzekerd van een vast budget op basis van de budgetbekostiging. Dit besluit is ter advisering voorgelegd aan de Raad van State.

Deze eerste stap in budgetbekostiging vormt geen eindpunt. Uiteindelijk is de inzet dat de budgetbekostiging rekening houdt

met verschillen tussen SEH's, zoals de schaalgrootte van de SEH, en met de verschillende functies die acute zorgvoorzieningen in een regio kunnen vervullen. Voor de langere termijn is daarom verdere doorontwikkeling nodig, om ervoor te zorgen dat het budget per SEH beter passend gemaakt kan worden. Maar ook om alle randvoorwaarden die horen bij een andere inkooprol voor de zorgverzekeraars goed te verankeren in de nieuwe bekostiging.

Passende acute zorg, nu en in de toekomst

In de brief van 24 april jl. heeft het kabinet aangegeven passende zorg altijd en overal de norm te willen maken.⁵ Voor de acute zorg betekent dit dat inwoners moeten kunnen rekenen op tijdige, toegankelijke en kwalitatief goede acute zorg, ook wanneer de zorgvraag toeneemt en personeel schaars is. Dat vraagt om duidelijke keuzes over de inrichting van de acute zorg in de regio.

In de spoedzorgketen zijn functies als de SEH, huisartsenspoedpost, ambulancezorg, acute geestelijke gezondheidszorg, acute wijkverpleging, diagnostiek en vervolgzorg nauw met elkaar verweven. Daarnaast staat een SEH of spoedafdeling nooit op zichzelf en is het onderdeel van een ziekenhuis en daarmee een passend aanbod van ziekenhuiszorg in de regio. Regionale

ziekenhuizen vervullen daarin een belangrijke rol: zij bieden inwoners herkenbare, toegankelijke en vertrouwde ziekenhuiszorg dichtbij huis, en dragen daarmee bij aan continuïteit, nabijheid en samenhang in de zorg voor de regio.

Keuzes over het regionale aanbod van acute zorg kunnen daarom niet los van elkaar worden gemaakt. Om te waarborgen dat patiënten passende acute zorg ontvangen, is daarom gerichte sturing nodig op de inrichting van de acute zorg in de regio, met duidelijke landelijke kaders, regionale planvorming en afspraken die niet vrijblijvend zijn. De ontwikkelroute passende acute zorg in de regio geeft daaraan richting.

Inrichting ontwikkelroute passende acute zorg in de regio

Niet iedere regio is hetzelfde en niet iedere SEH hoeft dezelfde rol of omvang te hebben. Verschillen in bevolkingssamenstelling, patiëntstromen, reisafstanden, beschikbaarheid van professionals, bestaande samenwerkingsrelaties en het totale zorgaanbod moeten kunnen meewegen. Keuzes over de inrichting van acute

⁵ Kamerstukken II, 2025/26, 36800 XVI, nr. 191

zorg werken daarom het beste als ze zoveel mogelijk in de regio worden gemaakt. Regionale keuzes vergroten bovendien eigenaarschap en uitvoerbaarheid van die keuzes. De ontwikkelroute is daarom gericht op het ondersteunen van en het bieden van kaders voor noodzakelijke veranderingen in de regionale inrichting van de acute zorg. Hier is het zorgen voor een passende budgetbesteding voor de spoedeisende hulp een onderdeel van.

Kwaliteit en differentiatie in zorgfunctie

Voor passende acute zorg is van belang dat duidelijk is welke acute zorg in welke situatie nodig is, welke kwaliteitseisen daarvoor gelden en welke acute zorgfunctie op welke plek verantwoord kan worden geleverd. Voor de SEH en de bredere spoedzorgketen bestaan al kwaliteitskaders, richtlijnen en regionale samenwerkingsstructuren. Tegelijkertijd vraagt de beweging naar een passend aanbod van acute zorg in de regio om verdere verduidelijking. Niet iedere acute zorgvoorziening hoeft dezelfde rol, omvang, openingstijden of deskundigheid te hebben. Wel moet voor patiënten, inwoners, professionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders duidelijk zijn wat een voorziening wel en niet doet, welke kwaliteitseisen daarbij horen en hoe de voorziening is ingebed in de spoedzorgketen. Daarnaast bieden kwaliteitsnormen een basis voor regionale planvorming, afspraken over beschikbaarheid en een verdere doorontwikkeling van de budgetbesteding.

Op dit moment wordt aan de Landelijke Spoedzorgtafel de laatste hand gelegd aan de oplevering van gedifferentieerde kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen. Het kabinet wil bezien of deze bestaande en in ontwikkeling zijnde kwaliteitseisen voor acute zorg voldoende richting geven aan de inrichting van het regionale aanbod van acute zorg, of dat doorontwikkeling nodig is. Het kabinet zal zich inzetten om hierover, indien noodzakelijk, bestuurlijke afspraken te maken met betrokken partijen. Bij een doorontwikkeling kan bijvoorbeeld gekeken worden hoe bestaande criteria, zoals criteria voor traumazorg, kunnen worden geharmoniseerd met het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De uitkomsten kunnen vervolgens een inhoudelijke basis bieden om de besteding op aan te passen.

Een passende inrichting van het acute zorglandschap

Het kabinet wil dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in iedere regio duidelijke keuzes maken over waar welke acute zorg wordt geleverd. Daarbij hoort ook dat wordt bezien waar zorg anders, minder of op een andere plek wordt georganiseerd, wanneer dit beter aansluit bij kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg en personele beschikbaarheid.

Het kabinet gaat de beweging naar passende zorg normeren door uit te werken hoe zorgaanbieders, in samenspraak met zorginkopers, verplicht kunnen worden om constructief en gedegen deel te nemen aan het opstellen en uitvoeren van regionale plannen voor een passend zorglandschap. Het kabinet werkt daarbij procesvoorwaarden uit en stelt inhoudelijke eisen aan de plannen. Van regio's wordt verwacht dat zij inzichtelijk maken welke acute zorgfuncties waar beschikbaar moeten zijn, welke rol zij vervullen binnen het regionale aanbod en welke transformaties op het gebied van differentiatie, concentratie en spreiding van acute zorg hieruit voortvloeien. In het Aanvullend Zorg-, en Welzijnakkoord (AZWA)(Kamerstuk 31765, nr. 943) is al afgesproken dat bestaande regio- en plannen van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ-plannen) in 2026 worden aangevuld met de gevolgen voor het regionale zorgaanbod van lopende Integraal Zorgakkoord-trajecten (zoals concentratie en spreiding) en andere transformatietrajecten in de medisch-specialistische zorg.

Regionale keuzes over acute zorg raken inwoners direct. Daarom is transparantie over de aanleiding, de gevolgen en de alternatieven noodzakelijk. De inbreng van inwoners en patiënten moet herkenbaar worden meegenomen in regionale planvorming.

Voor het opstellen van regionale plannen en het maken van keuzes in de regio over de inrichting van de acute zorg is het van belang dat er transparantie is over het aanbod en de kwaliteit van zorg. Daarnaast is het noodzakelijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars beschikken over voldoende, uniforme en concrete informatie over bijvoorbeeld zorggebruik, capaciteit, doorstroom, uitstroom, uitkomstinformatie en beschikbaarheid. Het kabinet zet zich in om hier meer inzicht in te krijgen.

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol bij het realiseren van een passend regionaal zorglandschap. Het kabinet verwacht van zorgverzekeraars dat zij sterker sturen op de beschikbaarheid van passende zorg. De zorgplicht van zorgverzekeraars ziet niet alleen op de beschikbaarheid van zorg vandaag, maar ook op de vraag of passende zorg in de toekomst beschikbaar blijft. Het kabinet werkt

daarom aan verduidelijking van de zorgplicht van zorgverzekeraars, inclusief hun rol bij transformaties in de regio.

Voor acute zorg is daarbij van belang dat zorgverzekeraars niet alleen individueel, maar ook gelijkgericht handelen wanneer regionale transformaties daarom vragen. Voor transformaties in het zorglandschap is het onwenselijk dat de ene zorgverzekeraar een regionale koers ondersteunt, terwijl een andere zorgverzekeraar daarvan afwijkt of onvoldoende bijdraagt. Het kabinet verkent daarom welke randvoorwaarden nodig zijn om te bevorderen dat zorgverzekeraars bij transformaties gelijkgericht handelen en dat investeringen in passende acute zorg niet worden belemmerd door vrijblijvendheid of meeliftgedrag.

Doorontwikkeling passende budgetbekostiging

In lijn met de motie van het lid Vermeer, vindt het kabinet dat binnen de budgetbekostiging ruimte moet zijn voor goede acute zorg die past, een passend regionaal aanbod van acute zorg en zekerheid dat SEH-zorg beschikbaar is.⁶ De eerste stap in budgetbekostiging SEH per 2027 is daarvoor van belang, maar nog beperkt.

De stap per 2027 heeft een beperkte afbakening en houdt nog onvoldoende rekening met verschillen tussen SEH's. Voor de langere termijn is een budget nodig dat beter aansluit op de verschillende functies die een SEH vervult in het regionale aanbod van acute zorg, de bijbehorende kwaliteitseisen, het aantal patiënten dat op de SEH komt en de middelen die nodig zijn om die functie beschikbaar te houden.

Kwaliteit van zorg is altijd de basis. Differentiatie in kwaliteitseisen is hierbij van belang, want niet iedere locatie hoeft dezelfde acute zorgfunctie te vervullen. Een passend budget moet ruimte bieden om onderscheid te maken naar functie, faciliteiten, omvang, capaciteitsinzet, openingstijden, samenhang met andere acute functies en de wijze waarop een voorziening onderdeel is van het regionale basisaanbod van acute zorg. Hierbij worden eventuele gevolgen voor het eigen risico voor de patiënt als aandachtspunt meegenomen.

Omdat de inhoudelijke, bestuurlijke en juridische doorontwikkeling van het zorglandschap tijd vraagt, zet het kabinet de komende tijd

⁶ Kamerstukken II 2025/26, 36915, nr. 29.

betekenisvolle stappen die de volgende fase naar een passende budgetbekostiging voorbereiden.

Allereerst is inzicht nodig in de brede variatie van SEH's. De NZa wordt gevraagd onder andere de kostenstructuur, capaciteitsinzet en schaalgrootte tussen de verschillende SEH's nader in kaart te brengen. Daarbij gaat het onder meer om vaste beschikbaarheidskosten, personele inzet, samenhang met diagnostiek en ondersteunende functies. Deze analyse is nodig om te bepalen welke kosten samenhangen met de beschikbaarheid van acute zorg en welke variatie tussen SEH's relevant is voor de bekostiging.

Daarnaast wordt de NZa gevraagd te onderzoeken of, en zo ja hoe, een gedifferentieerd aanbod in het acute zorglandschap een plek kan krijgen in een passende budgetbekostiging. Daarmee kan ruimte ontstaan voor acute zorgfuncties die niet de volledige functie van een klassieke SEH vervullen, maar binnen een regionaal aanbod van acute zorg wel bijdragen aan bereikbaarheid, eerste beoordeling, diagnostiek, behandeling of doorstroom van patiënten. Dit is van belang voor regio's waar een andere inrichting van acute zorg passender kan zijn dan het volledig in stand houden van die klassieke SEH-functie. Een dergelijke afbakening kan perspectief bieden aan bestaande aanbieders en regio's die willen toegroeien naar een meer passende inrichting van acute zorg. Partijen zullen betrokken worden bij de opdrachten.

Er wordt onderzocht wat de doorontwikkeling van de bekostiging betekent voor een adequate vormgeving van het inkoopproces. Daar hoort ook bij welke informatie beschikbaar moet zijn ter ondersteuning van dit inkoopproces en wat dat mogelijk betekent voor wet- en regelgeving.

Planning

De planning van de acties is hieronder weergegeven. De planning is indicatief. De ontwikkelroute vraagt nadere uitwerking met betrokken partijen en is mede afhankelijk van de uitvoerbaarheid van NZa-onderzoeken, de doorontwikkeling van kwaliteitsnormen en de voorbereiding van wetgeving. Voor onderdelen die wettelijke verankering vragen, sluit het kabinet aan bij de bredere wetgeving voor een passend zorglandschap en de beschikbaarheid van passende zorg, zoals aangekondigd in de beleidsbrief VWS van 24

april jl.⁷ Het kabinet zal de Kamer over de verdere uitwerking van deze wetgeving afzonderlijk informeren.

Periode	Hoofdmijlpaal
Q2 2026	Doorontwikkeling kwaliteitsnormen.
Q3 2026	Opdracht aan de NZa met betrekking tot differentiatie, afbakening en randvoorwaarden.
Q4 2026	Regio- en ROAZ-plannen worden aangevuld.
1 januari 2027	Invoering eerste stap budgetbekostiging SEH.
Q3 2027	Resultaten onderzoek NZa beschikbaar.
Q4 2027	Besluitvorming over vervolgstap in budgetbekostiging per 1 januari 2029.
Q4 2027	Wetsvoorstellen Passend zorglandschap en Beschikbaarheid passende zorg naar de Tweede Kamer.

Tot slot

Met de invoering van budgetbekostiging per 2027 wordt een belangrijke eerste stap gezet in het toekomstbestendig maken van de acute zorg. De ontwikkelroute passende acute zorg in de regio zorgt ervoor dat deze eerste stap in de budgetbekostiging zorgvuldig en stapsgewijs wordt doorontwikkeld, waarbij de inrichting van het acute zorglandschap leidend is voor een beter passende budgetbekostiging. Het kabinet zet zich in om zo snel mogelijk volgend op de inhoud, ook stappen te zetten in de budgetbekostiging. Dat betekent dat het kabinet ernaar streeft in Q4 2027 een besluit te nemen over de vervolgstap in budgetbekostiging per 1 januari 2029.

De invoering van budgetbekostiging is en blijft een gezamenlijke opgave en vraagt de nodige inzet van zowel zorgaanbieders als van zorgverzekeraars. Het kabinet dankt alle partijen voor de geleverde inspanningen en doet een beroep op deze partijen om gezamenlijk in goed constructief overleg aan de slag te blijven om te zorgen dat de invoering goed verloopt. Samen werken we aan een toegankelijke en passende acute zorg voor alle patiënten.

⁷ Kamerstukken II, 2025/26, 36800 XVI, nr. 191

Het kabinet zal de Kamer blijven informeren over de verdere uitwerking en voortgang van de verschillende acties binnen de ontwikkelroute.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.T.M. Hermans

Bijlage 1 Onderzoek naar administratieve lasten

De NZa heeft in haar tweede deeladvies⁸ beschreven wat de effecten zijn op de administratieve lasten van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij invoering van budgetbekostiging van de SEH. Samenvattend stellen zij dat de administratieve lasten toenemen. De NZa heeft een kwalitatieve beschrijving gegeven van de administratieve lasten. Om deze beschrijving ook te kunnen kwantificeren, is hier aanvullend onderzoek naar gedaan door Sira Consulting (verder: Sira). De landelijke methodiek die zij hanteren is vastgelegd in het *Handboek meting regeldruk*⁹ van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK). Sira heeft voor het onderzoek zes ziekenhuizen en vier zorgverzekeraars geïnterviewd. Ook hebben zij met de NZa en de NVSHA gesproken. De conclusies die zij trekken in hun onderzoek zijn:

- Voor zorgverleners zijn er geen eenmalige en geen structurele regeldrukkosten.
- De eenmalige regeldrukkosten voor de ziekenhuizen zijn tussen de €6.600 en €19.700 per ziekenhuis en voor zorgverzekeraars tussen de €126.200 en €148.400 per zorgverzekeraar.
- De structurele regeldrukkosten komen elk jaar uit op tussen de €2.200 tot €4.900 per ziekenhuis en €8.100 voor de gemiddelde zorgverzekeraar.

Deze uitkomsten bevestigen het beeld dat de regeldrukkosten met name eenmalig zijn en in veel mindere mate structureel van aard. In bijlage 2 is het volledige rapport van Sira opgenomen.

Het kabinet vindt dat de voordelen van de invoering van budgetbekostiging opwegen tegen de eenmalige en geringe structurele regeldrukkosten voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Daarbij vindt het kabinet het belangrijk de conclusie te benadrukken dat er voor zorgverleners geen administratieve lasten zijn.

⁸ [Rapport uitvoeringsadvies budgetbekostiging SEH deel 2, inclusief reacties - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

⁹ [Handboek meting regeldrukkosten | Adviescollege toetsing regeldruk](#)

