

IN DIT NUMMER o.a. > Apotheken ontvingen 780 miljoen aan bonussen en kortingen > Bezwaar tegen apothekerstarief ongegrond > Positie consument in AWBZ kan beter > Invoering Zorgzwaartebekostiging AWBZ > Gelijke kansen voor extramurale zorgaanbieders aandachtspunt NZa > NZa stimuleert AWBZ-sector bij transparant maken van wachttijdinformatie > NZa participeert in loket voor vragen over zorginnovatie



Nederlandse  
Zorgautoriteit

## > Stijging inkoopvoordelen apotheken 30 procent in 3 jaar tijd Apotheken ontvingen in 2007 780 miljoen aan bonussen en kortingen

**Apotheken en apotheekhoudende huisartsen ontvingen vorig jaar zo'n 780 miljoen euro aan bonussen en kortingen van de farmaceutische industrie. Dit blijkt uit recent onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar inkoopvoordelen en praktijkkosten van apotheken. De bonussen en kortingen zijn in drie jaar tijd met 30% gestegen. In 2007 hield een gemiddelde standaard-apotheek € 186.000 aan bonussen en kortingen over naast zijn vaste inkomen.**

Apotheken bedingen al jaren forse bonussen en kortingen bij de farmaceutische groothandel voor het afnemen van medicijnen. De totale omzet van een apotheek bestaat hoofdzakelijk uit het tarief dat hij per recept bij de zorgverzekeraar declareert en de inkoopvoordelen die daar bovenop komen. Deze inkomsten moeten de kosten van de praktijk dekken en daarnaast zorgen voor het salaris van de apotheek eigenaar.<sup>1</sup> Omdat de totale inkomsten van de apotheek veel hoger zijn dan de som van de kosten en zijn norminkomen, wordt een deel van de bonussen en kortingen teruggehaald via de zogeheten clawbackregeling. Wat overblijft na verrekening van de clawback, is overwinst. Deze bedroeg in 2007 € 186.000 per apotheek.

### Overwinst

Uit het onderzoek dat de NZa de afgelopen maanden deed in opdracht van de minister van VWS, blijkt dat een apotheek in 2007 gemiddeld € 417.000 (in 2004<sup>2</sup> 311.000) aan inkoopvoordelen ontving en gemiddeld een overwinst behaalde van € 186.000 (in 2004 103.000) bovenop zijn norminkomen. In 2004 werd € 311.000 aan inkoopvoordelen ontvangen en bedroeg de gemiddelde overwinst € 103.000. De verstrekte inkoopvoordelen bedroegen in 2004 zo'n 575 miljoen euro. De stijging van de inkoopvoordelen in de afgelopen jaren wordt veroorzaakt doordat het aantal voorgeschreven recepten met een vijfde is toegenomen. Daarnaast is het kortingspercentage dat door de groothandel aan apotheken is verstrekt gestegen van 16,5% naar 19,9%. Uit berekeningen van de NZa over 2008 en een aantal aannames over de

gevolgen van het individueel preferentiebeleid, komt naar voren dat de inkoopvoordelen per apotheker in 2008 naar verwachting met bijna een vierde zullen dalen naar € 304.000 en de overwinst gemiddeld per apotheek ongeveer € 128.000 bedraagt.

### Praktijkkosten

Uit het onderzoek komt daarnaast naar voren dat ook de praktijkkosten in de afgelopen jaren zijn gestegen. In 2004 bedroegen de praktijkkosten per apotheek voor medicijnverstrekking gemiddeld € 429.000. In 2007 zijn die gestegen naar € 459.000 euro. De autonome stijging van personeelskosten is hiervoor de belangrijkste oorzaak. De verwachting is dat de inkoopvoordelen in 2008 als gevolg van het preferentiebeleid zullen dalen naar 570 miljoen euro en in 2009 naar 500 miljoen euro. >>



<sup>1</sup> het norminkomen voor 2007 bedraagt € 103.000.

<sup>2</sup> in 2004 heeft een van de rechtsvoorgangers van de NZa, CTG, ook een dergelijk onderzoek gedaan.

>> Met het individueel preferentiebeleid proberen zorgverzekeraars inkoopvoordelen bij apothekers weg te halen. Deze voordelen kunnen dan ten goede komen aan de consument door onder meer de behaalde besparing op de kosten voor medicijnen te verrekenen in de premie. De prijzen van sommige medicijnen zijn onder invloed van het individueel preferentiebeleid met 80% gedaald. Hierdoor neemt de ruimte voor inkoopvoordelen aan apothekers af. Zij zagen hierdoor hun inkomsten uit bonussen en kortingen in de tweede helft van 2008 fors teruglopen.

### Schorsing clawback

Uit de doorrekening voor 2008 komt het beeld naar voren dat de tijdelijke schorsing per 1 juli 2008 van de clawback-korting 2008 door de voorzieningenrechter niet nodig was. Zelfs met behoud van de clawback in de tweede helft van 2008 kon de gemiddelde apotheek een overwinst boven het norminkomen behalen van ongeveer € 83.000.

### Tarief 2009

De NZa gebruikt de gegevens uit dit onderzoek voor de onderbouwing van haar tarieven.

Op dit moment ontwerpt de NZa voor 2009 drie tariefsvarianten, waarbij een gemiddeld bedrag bepaald wordt per receptregel dat in verhouding staat tot de bonussen en kortingen die worden ontvangen. Er wordt in de varianten rekening gehouden met de onzekerheden rond het preferentiebeleid. De tariefsvarianten worden eind november aan de Adviescommissie Vrije Beroepsbeoefenaren van de NZa voorgelegd waarna de RvB een besluit neemt. De NZa maakt haar tariefsbeslissing voor 2009 op 1 december 2008 bekend. <

## > NZa: clawback-korting opnieuw invoeren Bezwaar tegen apothekerstarief van € 6,10 ongegrond

**De Nederlandse Zorgautoriteit heeft het bezwaar van koepelorganisatie KNMP tegen het apothekerstarief van € 6,10 dat vanaf 1 juli 2008 geldt, ongegrond verklaard. Daarnaast blijkt de schorsing van de clawback-korting per 1 juli 2008 door de voorzieningenrechter niet nodig, deze kan opnieuw worden ingevoerd.**

De KNMP heeft bezwaar gemaakt tegen het tarief van de NZa. Zij stelden dat een kosten-dekkend tarief van € 8,25 nodig was om hun verlies aan inkomsten als gevolg van het per 1 juli 2008 door zorgverzekeraars ingevoerde preferentiebeleid te compenseren. Door dit beleid zagen apothekers hun inkoopvoordelen sinds juli van dit jaar sterk teruglopen. Uit recent onderzoek van de NZa blijkt dat de inkoopvoordelen in 2008 naar schatting met ongeveer een vierde dalen naar een bedrag van € 304.000 per gemiddelde apotheek. Hierdoor houdt de gemiddelde apotheek nog altijd een bedrag aan overwinst over van naar schatting € 128.000 bovenop het norminkomen van € 103.000 per jaar. De praktijkkosten zijn dan al verrekend.

Apotheken en apotheekhoudende huisartsen bedingen al jaren forse bonussen en kortingen bij de farmaceutische groothandel voor het afnemen van medicijnen. In 2007 bedroegen deze bonussen en kortingen in totaal 780 miljoen euro. Een deel van deze inkoop-

voordelen wordt door een clawback-regeling teruggehaald. In 2008 ging het om een percentage van 6,82% (gemiddeld 90.000 euro per apotheker per jaar). Vanwege de onzekerheid over de financiële gevolgen van het preferentiebeleid op het inkomen van apothekers, schorste de voorzieningenrechter de clawback tijdelijk per 1 juli 2008. Uit het onderzoek van de NZa is nu gebleken dat zelfs wanneer de clawback niet geschorst zou zijn, de gemiddelde apotheek naar schatting nog een overwinst van ongeveer € 83.000 zou overhouden bovenop het norminkomen van € 103.000 per jaar. De NZa concludeert dan ook dat de tijdelijke schorsing van de clawback door de voorzieningenrechter niet nodig was om de lagere inkoopvoordelen en hogere kosten als gevolg van de uitbreiding van het preferentiebeleid te compenseren voor de gemiddelde apotheek.

De gegevens van de NZa zijn afkomstig uit recent onderzoek naar inkoopvoordelen en praktijkkosten over 2007, waarin een doorrekening wordt gemaakt naar 2008 en 2009. Bij deze doorrekening is een beredeneerde inschatting gemaakt van de gevolgen van het preferentiebeleid. Ondanks verzoek van de KNMP was het niet mogelijk deze beslissing eerder te nemen, omdat de recente gegevens uit dit onderzoek nodig waren om een zorgvuldige afweging te kunnen maken. De NZa zal in de eerste helft van 2009 aanvullend onderzoek doen naar de exacte gevolgen van het preferentiebeleid in 2008.

De clawback-korting over de tweede helft van 2008 zal in het tarief van 1 januari 2009 verrekend worden door middel van een (aanvullende) clawback-korting. <



## VERHELDEREND GEZAMENLIJK SYMPOSIUM NZA EN NMA

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) organiseerden op donderdag 30 oktober jl. het symposium 'Marktwerking en concurrentie in de zorg, wie let er op uw belang?'

De NZa en de NMA organiseerden dit symposium om antwoord te geven op vragen zoals: wie beslist er bij fusies in de zorg? Hoe zwaar weegt het advies van de NZa daarbij? En wie is aan zet als er machtsposities dreigen in de zorg? Uit de stakeholdersanalyse die de NZa vorig jaar bij haar 1-jarig bestaan hield, bleek dat deze taakverdeling tussen NZa en NMA voor de zorgsector niet altijd even duidelijk was. De voorzitters Frank de Grave (NZA) en Pieter Kalbfleisch (NMA) gingen tijdens het symposium in op de taakverdeling tussen beide toezichthouders en op de vraag waarom er eigenlijk twee toezichthouders voor de zorg zijn. In de interactieve sessies werden verschillende voorbeelden uit de praktijk diepgaander besproken. Dat het symposium voldeed aan een behoefte bleek wel uit de enthousiaste reacties en de heftige discussies die ontstonden. Aan het eind van de dag konden de deelnemers via stemkastjes hun kennis testen en reageren op stellingen.

Meer informatie over de rolverdeling tussen de NZa en de NMA vindt u op onze website [www.nza.nl](http://www.nza.nl)



## > Positie consument in AWBZ kan veel beter

**Consumenten hebben nog maar nauwelijks invloed op de kwaliteit van de AWBZ-zorg. Dat blijkt uit een onlangs verschenen rapport van de NZa over de positie van de zorgconsument. Het onderzoek dat aan het rapport ten grondslag ligt, beantwoordde de vraag hoe sterk de consument staat tegenover zorgkantoren en zorginstellingen. De onderzoeksresultaten zijn teleurstellend; het blijkt onder meer dat consumenten nog een te beperkte invloed hebben op de zorginkoop en nauwelijks de weg weten bij het indienen van een formele klacht. Consumenten zouden meer invloed kunnen uitoefenen op kwaliteit van de door de zorginstelling geleverde zorg als zij beter in de gelegenheid zijn hun stem te laten horen.**

### Slechte communicatie

Een van de oorzaken van de beperkte invloed die consumenten blijken te hebben op zorginkoop is de nog beperkte communicatie tussen cliëntenraden en het zorgkantoor. Dit wordt mede verklaard door het ontbreken van een formele relatie tussen cliëntenraden en zorgkantoren. Cliëntenraden kunnen een belangrijke rol spelen voor zorgkantoren bij het signaleren van knelpunten. De NZa adviseert in het rapport cliëntenraden meer te betrekken bij het overleg tussen zorgkantoor en zorginstelling. Een voorbeeld waarbij de onderlinge communicatie wel goed verloopt, is de samenwerking tussen de regionale Zorgbelangorganisatie en zorgkantoren bij de bepaling van het zorginkoopbeleid van zorgkantoren.

### Drempels

Uit het onderzoek komt verder naar voren dat individuele consumenten drempels ervaren bij het indienen van een klacht. Naast het feit dat er bijvoorbeeld weinig mogelijkheden zijn om een klacht anoniem in te dienen, worden er op dit moment ook weinig formele klachten ingediend bij de zorginstellingen en zorgkantoren. Consumenten weten de weg in de verschillende klachtenprocedures niet goed te vinden en het duurt, in de ogen van de klagers, vaak te lang voordat een klacht in behandeling is genomen. De NZa vindt dat zorginstellingen meer open moeten staan voor suggesties. Daarnaast zouden zorgkantoren bij het behandelen van ontvangen klachten een actievere houding moeten aannemen richting consument en moeten uitstralen dat zij consumenten kunnen en willen helpen bij het oplossen van hun problemen.

### NZA

De NZa hecht groot belang aan het bewaken en versterken van de positie van de consument. Naar aanleiding van dit rapport neemt de NZa in de beoordeling van de zorgkantoren voortaan onder andere expliciet mee dat zij zich meer moeten opstellen als probleemoplosser voor consumenten en bijvoorbeeld cliëntenraden aantoonbaar moeten betrekken bij het periodiek overleg met de zorginstelling. Ook moeten zij actief communiceren met andere instellingen die klachten krijgen over de kwaliteit van AWBZ-zorg. Door klachten en signalen te bundelen ontstaat een beter beeld van de door de zorginstellingen geleverde kwaliteit. <





# > Invoering Zorgzwaartebekostiging AWBZ

**De Nederlandse Zorgautoriteit voert de zorgzwaartebekostiging in de AWBZ vanaf 1 januari 2009 in. Deze invoering zal geleidelijk verlopen om de continuïteit van zorgverlening aan cliënten te kunnen waarborgen. De geleidelijke invoering is nodig omdat sommige zorginstellingen meer dan 13 procent van hun budget moeten afbouwen en zij bij een te snelle invoering in financiële problemen zouden kunnen komen. Voor instellingen die meer dan 13% van hun budget afbouwen, zal de NZa om die reden een maatwerkregeling uitvoeren. Voor alle zorgaanbieders die gaan groeien in hun budget, wordt een opbouwregeling ontwikkeld. De opbouwers kunnen in 2009 en 2010 sneller groeien omdat er extra middelen beschikbaar worden gesteld.**

## Financiële consequenties

Met zorgzwaartebekostiging krijgen zorginstellingen in de toekomst hun budget vergoed door het declareren van zorgzwaartepakketten (ZZP's). Een zorgzwaartepakket omvat de uren en de daarbij behorende kosten voor wonen, de zorg, diensten, dagbesteding en/of behandeling van een bepaalde categorie client. De manier van bekostigen verandert hiermee van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd. De invoering van het nieuwe systeem heeft naar verwachting financiële consequenties voor alle zorgaanbieders die verblijf bieden. De invoering vindt macro weliswaar neutraal plaats, maar op individueel instellingenniveau kan er een aanzienlijk verschil in budget optreden.

## Zorgvuldige overgang

Een stapsgewijze invoering is noodzakelijk en wenselijk om de overgang van het oude naar het nieuwe systeem zorgvuldig te laten verlopen. Om die reden zullen de financiële consequenties van de wijzigingen in 2009 vooralsnog 'beperkt' zijn. Om toch zo snel mogelijk recht te doen aan de geïndiceerde zorgvraag van de cliënt, zal de NZa het overgangstraject niet langer dan noodzakelijk laten

duren. Op uiterlijk 1 januari 2011 zal de bekostiging van de uit de AWBZ gefinancierde zorg volledig vraaggestuurd plaatsvinden.

## Herallocatie

De stapsgewijze invoering betekent dat de huidige bekostiging in 2009 nog doorloopt naast de introductie van de nieuwe zorgzwaartebekostiging. Instellingen met verblijfszorg worden in 2009, net als in het verleden, bekostigd op basis van de huidige bekostigingsparameters. Via een traject van herallocatie (herschikking van budgetten) zal de eerste stap worden gezet naar zorgzwaartefinanciering. Verschillen tussen de oude en nieuwe budgetten worden daarbij in 2009 en 2010 deels verrekend. Hierdoor krijgen instellingen die op basis van het nieuwe systeem hun budget opbouwen of afbouwen, meer tijd om aan de financiële consequenties te wennen. De NZa stelt de herallocatiebedragen vast op basis van de ZZP-opgaves van instellingen en zorgkantoren. Een ZZP-opgave bevat informatie over de afgesproken te leveren dagen zorg in een ZZP en de daarbij behorende totaalprijs van die ZZP. Het verschil tussen de ZZP-opgave en de productieaanvraag in huidige bekostigingsparameters bepaalt het herallocatiebedrag. De NZa stelt dit bedrag eenmalig vast en het wordt niet meer gewijzigd.

## 2009

De NZa gaat in 2009 bij de zogeheten 'afbouwers' 2% afbouw centraal inboeken. De

'opbouwers' krijgen, eveneens centraal, de opbouw toegedeeld. Een afbouwer is een zorginstelling waarvan in maart 2009 het budget uitgedrukt in ZZP's lager is dan het budget uitgedrukt in de huidige bekostigingsparameters. Een opbouwer is een zorginstelling waarbij het ZZP-budget juist hoger uitvalt. De nacalculatie op de gerealiseerde productie zal in 2009, net als de bekostiging, nog plaatsvinden op de huidige bekostigingsparameters.

## Inzicht

Om de sector tijdig inzicht te geven in de verschillende herallocatiestappen en de financiële consequenties die deze stappen hebben, zal de NZa in 2009 de herallocatiestap 2009 als ook die in 2010 bekend maken. Om de sector ook voldoende tijd te geven om zich voor te bereiden op de nieuwe ZZP-beleidsregels, heeft de NZa de nieuwe ZZP-beleidsregels al begin november 2008 vastgesteld. De overige beleidsregels voor onder meer extra-murale zorg, zullen eind november 2008 volgen.

## Declaraties

Om declaratie van ZZP's al wel in de loop van 2009 mogelijk te maken, zal de NZa eind 2008 een algemeen geldende tariefbeschikking afgeven. Op basis van de dan vastgestelde ZZP-tarieven kunnen instellingen in 2009 de geleverde ZZP's in rekening brengen en met het zorgkantoor afspraken maken over de wijze van bevoorschotting. <



## METHODIEK BUDGETSCHONING 2009 BEKEND

De NZa heeft voor 2009 een alternatieve wijze van budgetschoning uitgewerkt. Uitgangspunt daarbij is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars op lokaal niveau onderhandelen over de hoogte van het instellingsbudget. Dit budget wordt aangepast (verlaagd) als gevolg van de uitbreiding van het deel van de ziekenhuiszorg waar vrije prijzen gelden.

De beleidsregel (CI-1069) waarin de nieuwe methodiek van budgetschoning wordt omschreven is te vinden op de website ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)). In de bijlage is een overzicht van de schoningsprijzen opgenomen. De NZa gebruikt die schoningsprijzen, samen met de zorgprofielen, om de schoningsformulieren 2009 te vullen. De formulieren worden in november van dit jaar naar de instellingen en zorgverzekeraars gestuurd. Zij hebben tot 1 januari 2009 de tijd om te onderhandelen over de hoogte van de te schonen bedragen en het formulier terug te sturen.

# > Gelijke kansen voor extramurale zorgaanbieders aandachtspunt NZa

**Het grootste deel van de extramurale zorgmarkt is nog altijd in handen van slechts een paar spelers. Dit blijkt uit de Monitor extramurale AWBZ-zorg 2007-2008 van de NZa. Meerdere spelers op een markt zijn nodig om een diversiteit aan zorgaanbod te houden en de keuzemogelijkheid van consumenten te waarborgen. De NZa zal er in 2009 scherp op toezien dat zorgaanbieders gelijke kansen hebben.**

Hoewel zich op de regionale extramurale zorgmarkten een flink aantal spelers begeeft, is het grootste deel van de markt in handen van een paar spelers. Hierdoor kunnen de consumentenbelangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in gevaar komen. Door nieuwe en kleine aanbieders een eerlijke kans te geven om te groeien, houdt de consument een grote keuzevrijheid. Binnen het diverse zorgaanbod kan hij kiezen voor de zorgaanbieder die het best bij hem past. De zorgaanbieders op de markt kunnen met elkaar concurreren op kwaliteit, prijs en innovatie en op die manier dingen naar de hand van de consument.

### Budgetgaranties

Uit de monitor is gebleken dat zorgkantoren, die namens de consument zorg bij instellingen inkopen, bestaande zorgaanbieders 80% tot 100% van het budget van vorig jaar garanderen. Dit kan nodig zijn om de continuïteit van zorg voor consumenten te borgen, maar geeft tegelijkertijd nieuwe en kleine aanbieders minder kans ook het benodigde budget te ontvangen. Uit berekeningen van de NZa blijkt dat de huidige hoge budgetgaranties fors kunnen worden verlaagd. Om de continuïteit van verpleegkun-

dige zorg te kunnen waarborgen is bijvoorbeeld een percentage van 45% à 50% voldoende. De NZa vindt dat het zorgkantoor per zorginstelling de noodzakelijke budgetgarantie moet bepalen. Zij zal erop toezien dat het zorgkantoor de budgetgaranties daadwerkelijk verlaagt en zoveel mogelijk budget gebruikt om zorg in te kopen op een manier die aan alle aanbieders eerlijke kansen biedt.

### Transparantie

Uit de monitor komt naar voren dat sommige zorgkantoren, bij de gunning van contracten, aan nieuwe zorgaanbieders eisen stellen waar zij moeilijk aan kunnen voldoen. Hoewel in de praktijk bleek dat aanbieders ondanks deze eisen vaak toch nog konden toetreden, moet het inkoopbeleid van zorgkantoren transparant en duidelijk zijn. De NZa zal er in de beoordeling van het zorginkoopbeleid in 2009 op toezien dat zorgkantoren vooraf duidelijk maken welke eisen wel en niet gelden voor nieuwe aanbieders. Ook moet daarbij duidelijk zijn hoe het zorgkantoor deze beoordeelt.

### Transferverpleegkundigen

Zorgaanbieders en zorgkantoren is specifiek gevraagd naar hun ervaring met het verwijfsgedrag van transferverpleegkundigen. Aanbieders en zorgkantoren geven beiden aan dat het doorverwijsgedrag van transferverpleegkundigen de concurrentie kan beïnvloeden. Het verwijfsgedrag kan immers de positie van bepaalde instellingen (onbedoeld) versterken, ten koste van andere instellingen. De NZa onderzoekt daarom komend jaar hoe het bewustzijn over deze effecten van doorverwijsgedrag kan worden vergroot.

<



## PUBLICATIES/ RAPPORTEN

### SEPTEMBER 2008

- Beleidsregel Productstructuur DBC GGZ 2009 (CI-1066)
- Beleidsregel Dure geneesmiddelen (CI-1067)
- Beleidsregel Budgettering ambulancediensten 2008 (CI-1070)
- Beleidsregel Tarief en prestatiebeschrijvingen voor fysiotherapie (CV-5800-4.0.1.-8)

### OKTOBER / NOVEMBER 2008

- Beleidsregel Aanmerkelijke marktmacht in de zorg (AL/BR-100.086)
- Beleidsregel Uurtarief DBC's (CI-1071)
- Beleidsregel DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling A-segment (CI-1072)
- Beleidsregel DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling B-segment (CI-1073)
- Beleidsregel Honorariumbedragen DBC's (CI-1074)
- Beleidsregel Normtijden DBC's (CI-1075)
- Beleidsregel Kostenbedragen lijst DBC bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling A-segment (CI-1076)
- Beleidsregel Epilepsie 2008 (CI-1077)

# > NZa stimuleert AWBZ-sector bij transparant maken van wachttijdinformatie

**De NZa stimuleert dat aanbieders van AWBZ-zorg hun wachttijdgegevens in de AWBZ zo snel mogelijk transparant te maken. Zij doet dit door met direct betrokken partijen afspraken te maken over meer nauwkeurige registratie en het snel beschikbaar maken van deze gegevens op de website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Er is in de AWBZ nog altijd onvoldoende informatie over wachttijden beschikbaar. Daardoor kan de consument niet goed kiezen en moet hij soms langer dan noodzakelijk op zorg wachten.**

Een jaar geleden constateerde de NZa al in haar visiedocument '(In) het belang van de consument' dat er onvoldoende betrouwbare informatie over wachttijden voor consumenten beschikbaar was. De AWBZ-sector werkt al langere tijd aan de invoering van een AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR), waaruit ook wachttijdgegevens af te leiden zijn. Deze registratie functioneert echter nog altijd niet optimaal.

Het ontbreken van informatie over wachttijden verslechtert de positie van de consument op de zorgmarkt. De consument heeft deze informatie nodig om zelfstandig keuzes te kunnen maken over

van welke zorginstelling hij zorg afneemt. Op vergelijkingssites als [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) zijn de wachttijden van ziekenhuizen al wel te vinden.

De NZa heeft om het proces naar transparantie te versnellen, de direct betrokken partijen bij elkaar geroepen. Dat zijn naast de NZa, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het RIVM, dat verantwoordelijk is voor de vergelijkingssite [kiesBeter.nl](http://kiesBeter.nl). Tijdens het eerste overleg is samen naar manieren gekeken om wachttijdinformatie in het AZR nauwkeuriger te registreren.

De NZa onderzoekt in 2009 hoe zorgaanbieders kunnen worden gestimuleerd of mogelijk zelfs verplicht om de benodigde gegevens juist en volledig te registreren en deze tijdig aan te leveren bij het AZR. <





## PUBLICATIES/ RAPPORTEN

- Beleidsregel Verlenging experiment epilepsie 2008 (CI-1078)
- Beleidsregel Extra middelen verpleeghuiszorg 2008 (CA-291)
- Consultatiedocument Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid
- Rapport Onderzoek inkoopvoordelen en Praktijkkosten Farmacie
- Handleiding Jaarverslaglegging CAK 08
- Protocol Accountantsonderzoek Consessiehouders
- Samenvattend rapport Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007
- Monitor Eigen Vermogen

### DECEMBER 2008 (VERWACHT)

- Advies langetermijnvisie geneesmiddelenbeleid
- Rapport Uitvoering AWBZ
- Monitor Vermogens Zorgaanbieders
- Rapport Vergelijkingsites Zorgverzekeraars

## PERSONALIA

Per 1 oktober 2008 is drs. M.S. (Mindert) Mulder benoemd tot directeur ad interim van de directie Zorgmarkten Cure. Unithoofd dr. M.C. (Misja) Mikkers is waarnemend directeur directie Ontwikkeling.

# > NZa participeert in loket voor vragen over zorginnovatie

**De Nederlandse Zorgautoriteit is medeoprichter van de Zorginnovatiewijzer, een voorlichtingsloket rondom zorginnovaties. Het loket is een gezamenlijk initiatief van NZa, ZonMw en het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) en is opgericht om zorgvernieuwers de weg naar bestaande regelingen te wijzen, zodat zij deze regelingen beter en vollediger kunnen benutten.**

De Zorginnovatiewijzer gaat officieel van start in het tweede kwartaal van 2009. Tot die tijd kunnen zorgvernieuwers vragen stellen bij het CVZ, waar een voorlopige loket is geopend. Dit loket beantwoordt vragen over de mogelijkheden voor onderzoek, zorginnovatie en zorgvernieuwing. Het loket wijst de weg naar de diverse mogelijkheden binnen de bestaande wetten en regelingen binnen de Zorgverzekeringswet, de AWBZ, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet op ZON.

Het gaat hierbij om regelingen die vallen onder de verantwoordelijkheid van de drie initiatiefnemers:

- NZa: experimenten, prestatiebeschrijvingen, tarieven en beleidsregels volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- ZonMw: diverse programma's voor het stimuleren van financiering van onderzoek, ontwikkeling en implementatie.
- CVZ: adviezen over al dan niet Zwv verzekerde zorg.

Daarnaast beantwoordt het loket van de ZorgInnovatieWijzer vragen over toelating tot het basispakket Zwv en AWBZ, het verkrijgen van een beleidsregel of tarief en het op al dan niet op elkaar aansluiten van de diverse regelingen. De ZorgInnovatieWijzer bekijkt continue of bestaande regelingen voldoende ruimte en prikkels voor vernieuwing bevatten. Bij tekortkomingen adviseert de ZorgInnovatieWijzer de minister van VWS over mogelijke aanpassingen.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar Piet de Jong (CVZ) [pjong@cvz.nl](mailto:pjong@cvz.nl). <

## COLOFON

Dit is een uitgave van de Nederlandse Zorgautoriteit

CONTACT postbus 3017, 3502 GA Utrecht  
[nieuwsbrief@nza.nl](mailto:nieuwsbrief@nza.nl), [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

EINDREDACTIE Corporate Communicatie

VORMGEVING Optima Forma bv, Voorburg

FOTOGRAFIE Zorginbeeld / Frank Muller  
Mireille Coebergh

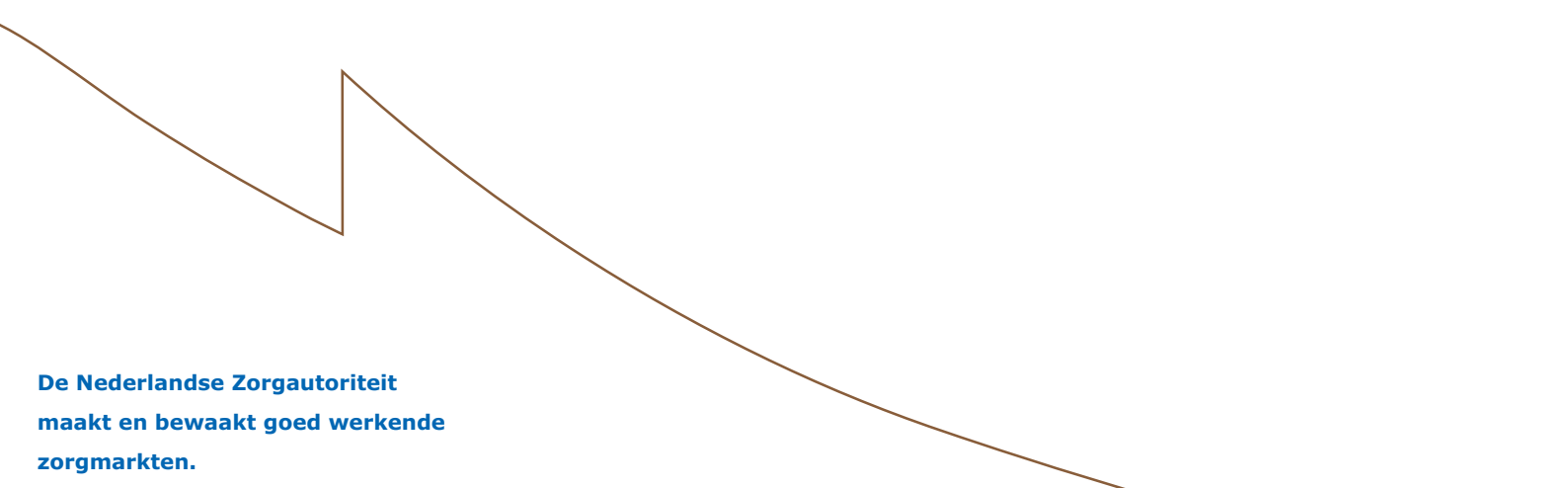
## AANMELDEN NIEUWSBRIEF

Stakeholders kunnen zich direct via onze website aanmelden voor de NZa nieuwsbrief. Dit kan via [www.nza.nl/inschrijfformulier/](http://www.nza.nl/inschrijfformulier/)

Alle nieuwsbrieven staan op de homepage in het gedeelte 'Over de NZa' onder 'Publicaties' op de pagina '[Nieuwsbrieven](#)'.



# NZa Nieuwsbrief



**De Nederlandse Zorgautoriteit  
maakt en bewaakt goed werkende  
zorgmarkten.**