

Landelijke Huisartsen Vereniging
T.a.v. de heer S.R.A. van Eijck
Postbus 20056
3502 LB UTRECHT

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
BCRG/ymem/CURE

Telefoonnummer
0900-7707070

E-mailadres
vragencure@nza.nl

Kenmerk
0069008/95770

Onderwerp
Wob-verzoek

Datum
17 december 2013

Geachte heer Van Eijck,

Op 5 november jl. heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging verzocht om de verstrekking van een brief die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in november van 2012 naar VWS zou hebben gezonden over (de werking van) de Wet marktordening gezondheidszorg. In reactie op uw verzoek kan de NZa u als volgt berichten.

BESLUIT

Via deze brief komt de NZa tegemoet aan uw verzoek. Hieronder volgt een toelichting op deze brief.

TOELICHTING

De Wet openbaarheid van bestuur is zo ingericht dat uw verzoek om informatie wordt ingewilligd, met inachtneming van de uitzonderingsgronden van artikel 10 en 11 van deze wet. Op basis van onze beoordeling kan de betreffende brief aan u worden verstrekt.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Mocht u nog vragen hebben naar aanleiding van bovenstaande, dan kunt u deze per e-mail stellen aan het volgende adres: vragencure@nza.nl.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. J.C.E. Kursten
unitmanager Eerstelijns Zorg en Ketens

Kenmerk
0069008/95770

Pagina
2 van 2

BEZWAAR

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg juncto artikel 7:1 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post of per fax (dus niet via e-mail), indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. In de linkerbovenhoek van de envelop vermeldt u: Bezwaarschrift. Het bezwaar moet volgens artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, de dagtekening, een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt en de gronden van het bezwaar. Wij verzoeken u een kopie van het bestreden besluit bij te voegen.

Aan de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 0900 7707070
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
JBES/djon/EZK

Telefoonnummer
030 296 8938

E-mailadres
vragencure@nza.nl

Kenmerk
0022889/28024

Onderwerp
Wmg-uitgangspunten bekostiging eerstelijnszorg

Datum
26 november 2012

Mevrouw de minister,

Met deze brief informeren wij u over onze bevindingen over de ontwikkelingen op het gebied van bekostiging van de eerstelijnszorg. Dit mede in het licht van de rapportage van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven en de inhoud van het Regeerakkoord van 29 oktober 2012.

De geldende Wmg-uitgangspunten voor de vaststelling van tarieven in de eerstelijnszorg staan op gespannen voet met tariefmaatregelen die hun grondslag vinden in overschrijding van het beschikbare financiële macrokader of convenantafspraken. Op grond van het huidige bekostigingsbeleid is het niet mogelijk om het beschikbare financiële kader of convenantafspraken als leidend uitgangspunt te nemen voor de tariefstelling.

Hieronder lichten wij dit verder toe. Allereerst gaan wij in op de huidige Wmg-uitgangspunten van het bekostigingbeleid voor de eerstelijnszorg. Vervolgens staan wij stil bij de aanbevelingen uit het bovengenoemde rapport waar het gaat om kostenbeheersing en het voornemen en de beperkte ruimte die de Wmg hiervoor op dit moment biedt. Daarna gaan wij in op voornemen uit het recente regeerakkoord om met convenantafspraken te (blijven) werken, de ruimte die de Wmg op dit punt biedt en de frictie die daarbij kan ontstaan. Deze frictie wordt geïllustreerd aan de hand van het convenant met de huisartsen en de daarin opgenomen afspraken over het bevorderen van substitutie en het voorkomen van tariefkortingen. Dit mede in het licht van het huidige duale stelsel binnen de huisartsenzorg. Ten slotte gaan we in op het belang van eenduidige regulering voor de verschillende vormen van eerstelijnszorg.

Uitgangspunten Wmg-bekostigingsbeleid eerstelijnszorg

De bekostiging van alle eerstelijns zorg, voor zover deze valt binnen reikwijdte van de prestatie- en tariefregulering op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), vindt plaats op basis van door de NZa vastgesteld beleid. Dit beleid vloeit voort uit onze wettelijke taak op grond van de Wmg om tarieven vast te stellen binnen zorgmarkten waarvoor geheel of gedeeltelijk tariefregulering geldt.

De NZa hanteert hierbij voor eerstelijnszorg, waaronder de huisartsenzorg, als vast uitgangspunt dat tarieven voor de zorgprestaties de gemiddelde zorgaanbieder in staat stellen om zijn praktijkkosten te dekken en daarbij een door de NZa vastgesteld norminkomen te behalen. De tarieven worden onderbouwd met gemeten kosten en vastgestelde norminkomens. De NZa voert daartoe periodiek een kostprijsonderzoek uit binnen specifieke zorgmarkten om te bezien of de geldende tarieven nog voldoende aansluiten bij de bestaande praktijk en past deze vervolgens zo nodig aan.

Kenmerk
0022889/28024

Pagina
2 van 8

Kostenbeheersing binnen de Wmg

De laatste jaren is er toenemende aandacht voor beheersing van uitgaven in de zorg. Dit heeft onder andere geresulteerd in het instellen van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven, die in juni 2012 het rapport "Naar beter betaalbare zorg" heeft opgeleverd.

Een van de drie hoofdaanbevelingen uit deze rapportage is dat de in de zorg actieve ZBO's gelet op het toenemende belang van kostenbeheersing in de gezondheidszorg betaalbaarheid meer prominent moeten laten meewegen bij hun beslissingen.¹ Voor zover hiermee ook wordt bedoeld dat de NZa meer BKZ-sensitief moet opereren, wordt een beleidsmatige wenselijkheid geuit die geen kapstok heeft in de Wmg. Daarover het volgende.

Keuze voor kostenbeheersing

In het Zvw model hebben verzekeraars en aanbieders onder conditie van voldoende risicodragendheid prikkels tot doelmatigheid. De normuitkering fungeert samen met de nominale premie feitelijk als (verzekeraars-)budgettering. Omdat dit niet een garantie geeft dat de macrokostenontwikkeling binnen de BKZ grenzen blijft, kent de Wmg het macrobeheersingsinstrument (MBI) als een dubbel slot.

Wanneer kostenbeheersing het belangrijkste doel is en het politiek wenselijk is om een garantie te hebben dat de macrokosten binnen een (deel-)sector onder de BKZ-grens blijven, ligt het voor de hand om – waar het gaat om de eerste lijn – te kiezen voor gereguleerde tarieven. Immers, het MBI als dubbel slot op vrije onderhandelingen is niet toepasbaar op grote aantallen vrije beroepsbeoefenaren.

Binnen de huidige Wmg is het instrumentarium om het BKZ voor de eerste lijn te bewaken ontoereikend. Hoewel kostenbeheersing een doelstelling van het bekostigingsbeleid kan zijn, moet op grond van de huidige Wmg worden voorkomen dat een korting die voortvloeit uit de overschrijding van het beschikbare financiële kader leidt tot een tariefstelling die geen aansluiting meer vindt bij de beschreven Wmg Uitgangspunten voor de bekostiging van eerstelijnszorg. Een zorgaanbieder moet redelijkerwijs in staat zijn om zorg van voldoende kwalitatief niveau te leveren. De aangehaalde aanbeveling van de Taskforce is dan ook niet goed te verenigen met de uit de huidige wet voor ons volgende plicht om tot kostendekkende tarieven te komen.

¹ Rapport van Taskforce Beheersing Zorguitgaven *Naar beter betaalbare zorg*, van juni 2012, pagina 33.

Voor een budgettaire garantie is nodig dat het beschikbare financiële kader allesbepalend is voor de tariefstelling. Die wordt dan niet meer geënt op een norminkomen of gemeten kosten maar uitsluitend bepaald door het beschikbare macrokader. Het gemeten volume wordt dan 'rond gerekend' tegen het financiële kader. Deze benadering vergt aanpassing van de Wmg omdat het bestaande Wmg instrumentarium hiervoor geen grondslag biedt.

Kenmerk
0022889/28024

Pagina
3 van 8

Een dergelijke werkwijze is zeer helder maar heeft ook nadelen, omdat dan niet meer wordt gekeken naar de bedrijfseconomische werkelijkheid. Wanneer sprake is van tarieven die de kosten niet dekken, ontstaan kwaliteitsrisico's en wordt bovendien het zorgaanbod onder druk gezet. Het omgekeerde kan ook het geval zijn wanneer 'rondrekening' tegen het BKZ leidt tot een overdekking van de kosten. Dit werkt efficiency tegen. Bovendien kan een dergelijk instrument in de weg staan aan de wens van verdergaande substitutie. Het kiezen voor BKZ garantie impliceert dat substitutie tussen sectoren waartussen BKZ-schotten staan alleen mogelijk als van vooraf middelen tussen sectoren worden overgeheveld (zoals ook het Task Force-rapport zegt).

Convenantafspraken binnen de Wmg

In het Regeerakkoord van 29 oktober 2012 wordt het voornemen uitgesproken om met behulp van convenanten het zorgstelsel binnen maatschappelijk en politiek wenselijke bandbreedtes te houden.² Daarbij wordt aangegeven dat de convenant aanpak voor een aantal zorgaanbieders, waaronder ook de huisartsen, zal worden voortgezet.

In het lopende convenant met de huisartsen heeft u afspraken gemaakt met de LHV over de rol en verantwoordelijkheid van de huisarts in het zorgstelsel. Doel van de afspraken is dat de huisarts een (nog) belangrijkere bijdrage levert aan substitutie van tweedelijnszorg (zowel ziekenhuiszorg als GGZ) naar de eerstelijnszorg. Daarbij heeft u afgesproken dat de overschrijding van macrokader 2011 niet zal resulteren in een tariefkorting en heeft u een inspanningsverplichting op u genomen om in de toekomst kortingen op het maximumtarief te voorkomen. Hierbij zal ondermeer worden gekeken naar de mate waarin de substitutiedoelstellingen worden gerealiseerd. Ten slotte heeft u afgesproken dat er voor 2013 een groeipercentage van 2,5% beschikbaar is en additioneel een percentage van 0,5% om extra ruimte te bieden aan substitutie.

Ruimte voor convenantafspraken binnen Wmg

Hoewel er beleidsmatige redenen kunnen zijn die leiden tot de wens om tariefkortingen te voorkomen, biedt de Wmg op dit moment onvoldoende mogelijkheden om convenantafspraken hierover te effectueren in de tariefstelling. Als u convenantafspraken leidend wil laten zijn in de tariefstelling moet de wet worden aangepast. Gelet op het feit dat er sprake is van gereguleerde tarieven op basis van norminkomen en praktijkkosten kan een oplossing voor het voorkomen van een tariefkorting vooralsnog alleen worden gevonden in de verhoging van het norminkomen.

Deze keus zou echter ook moeten worden vertaald naar aanpassing van het BZK bom latere kortingen vanwege overschrijding van het BZK te

² Regeerakkoord tussen VVD en PvdA van 29 oktober 2012, pagina 20.

voorkomen. Teneinde de totale uitgaven in de zorg te beheersen, zou een verhoging van het ene kader moeten worden gecompenseerd met een (minimaal) gelijke verlaging van een ander kader.

Kenmerk
0022889/28024

Pagina
4 van 8

De bovenbeschreven convenantafspraken beogen daarnaast de substitutie van de eerste lijn naar de tweede lijn te bevorderen. Deze doelstelling is niet goed te verenigen met het feit dat er binnen de huisartsenzorg momenteel sprake is van zowel gereguleerde als vrije tarieven.

Tariefregulering in een duaal stelsel

Wanneer de tariefmaatregelen over de voorbije jaren in samenhang worden gezien, valt op dat er bij bekostiging van huisartsenzorg een voortdurende spanning bestaat die voortkomt uit de keuze voor een "dual" systeem waarin tegelijkertijd sprake is van zowel gereguleerde tarieven als vrije tarieven terwijl er wel een begrensd financieel kader wordt vastgesteld voor zowel het tariefgereguleerde deel als het vrije deel van de zorg.

Dit duale tariefsysteem leidt tot een situatie waarin macro-overschrijdingen die mede het gevolg zijn van omzet uit het vrije deel alleen kunnen worden geredresseerd door een tariefkorting op het gereguleerde deel. Dit mechanisme werkt de totstandkoming van onderbouwde tarieven binnen het gereguleerde deel tegen. Het hanteren van een vooraf vastgestelde norm voor het totale inkomen is niet goed te verenigen met de omstandigheid dat slechts een deel van de prestaties aan tariefregulering onderhevig is. Zorglevering in het vrije segment zal immers (kunnen) leiden tot een overdekking van dit norminkomen met een tariefkorting tot gevolg.

Dit mechanisme staat in de weg aan een effectief substitutiebeleid. Immers, elke overschrijding van het norminkomen geldt als 'overwinst' die het gevolg is van substitutie bij de huisarts, en die moet worden afgeroomd. Dit klemt temeer nu het beleid erop is gericht om de positie van eerstelijnszorgaanbieders, en de huisarts in het bijzonder, te versterken om substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg te bevorderen. Het daaruit voortvloeiende bekostigingsbeleid, zoals bijvoorbeeld op het gebied van bekostiging van de M&I-prestaties en ketenzorg waarvoor een vrij tarief geldt, stimuleert huisartsen hier ook toe. Een bijeffect van het korten op gereguleerde tarieven vanwege overdekking door de omzet uit zorg waarvoor vrije prijzen gelden is, dat de business case van aanbieders die bovengemiddeld tariefgereguleerde zorg verlenen onder druk komt. Ook dat effect is ongewenst.

Keuze voor substitutie

Het vasthouden aan een duaal stelsel van gereguleerde en vrije tarieven zal telkens de vraag opwerpen in hoeverre een overschrijding aanvaardbaar van het norminkomen is gelet op de gewenste substitutie.

Om tot meer reguleringszekerheid en consistentie te komen, lijkt het logisch om te kiezen voor één vorm van regulering of een mengvorm zoals beschreven in het tweede model uit ons advies van juni 2012 over de bekostiging van huisartsenzorg. Dit model kent een grote vrije ruimte. Gedachte achter die vrije ruimte is dat lokale partijen maatwerkafspraken kunnen maken en daarbij

resultaten centraal stellen die passen bij de lokale zorgbehoefte en gezondheidsdoelen. De partijen kunnen daarbij idealiter vrij prestaties, prijzen en uitkomstafspraken, waaronder beloningsprikkel, overeenkomen. Uitgangspunt bij dit model is dat de NZa (of, breder, de overheid) zo weinig mogelijk reguleert ten aanzien van deze vrije ruimte. In principe kunnen partijen in zo'n model ook vormen van populatiebekostiging afspreken zonder overheidsregulering. Dit model kent een *default*-scenario met gereguleerde tarieven voor partijen die niet tot maatwerkafspraken kunnen komen. Deze *default*-bekostiging wordt nog wel door de NZa gereguleerd op basis van de geldende uitgangspunten. Een andere keuze zal in veel gevallen tot onderhandelingen en bestuurlijke afspraken (blijven) leiden die de gevolgen van de beschreven frictie beogen te mitigeren.

Kenmerk
0022889/28024

Pagina
5 van 8

Wanneer substitutie als hoofddoel van het beleid wordt geformuleerd, ligt de keuze voor een grote vrije ruimte ook voor de hand omdat deze past bij het gegeven dat voor 85% van de DOT producten (70% van de ziekenhuiszorg) al vrije tarieven gelden. Verzekeraars zijn daarbij gewend aan de onderhandelingen in een vrije setting waardoor het logisch lijkt om deze ruimte bij een toenemende substitutiebeweging van de tweede lijn naar de eerste lijn niet in te perken.

In deze benadering is het vanwege BKZ-inpassing nodig dat er middelen van tweede naar eerste lijn worden verschoven. Er is dan in principe geen dubbel slot op de uitgavenbeheersing in de eerste lijn. Daarbij is er geen norminkomen waarmee wordt gerekend of waaraan wordt getoetst. Het inkomen van de eerstelijnszorgaanbieder wordt dan immers bepaald door het resultaat van de onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Dit spoort ook met het advies van de commissie Meurs over de inkomens van medisch specialisten waarin actieve sturing door verzekeraars als belangrijke factor wordt gezien voor een verantwoorde inkomensontwikkeling.

Als het politiek wenselijk is om de substitutiedoelstelling te koppelen aan het volledig garanderen van BKZ-grenzen, dan geldt het volgende.

Ex ante wordt een substitutiebedrag van tweede naar eerste lijn verschoven. Het dan resulterende nieuwe BKZ bedrag voor eerstelijnszorg wordt vervolgens rond gerekend naar de prestaties. Dat betekent dus dat de huidige duale regulering van deels gereguleerde en deels vrije prijzen verdwijnt. Dus ook de tarieven voor M&I, ketenzorg e.d. worden dan gereguleerd.

In beide scenario's, die van vrije prijzen en die van rondrekening, is van een norminkomen geen sprake meer. Als eerder gezegd is een duaal tariefmodel niet consistent te instrumenteren in een wettelijk systeem.

Belang van eenduidige keuzes voor bekostigingsbeleid eerstelijnszorg

Het bovenstaande maakt duidelijk dat er heldere keuzes moeten worden gemaakt die een aanpassing van de Wmg vergen. Het uitvoering geven aan de convenantafspraken met de huisartsen binnen de huidige Wmg en geldende uitgangspunten voor bekostiging leidt een discrepantie met de wijze waarop tarifiering van andere vormen van eerstelijnszorg geschiedt. Zo heeft de NZa in het recente verleden de tarieven voor orthodontisten, logopedisten en eerstelijns verloskundigen herijkt op

basis van kostprijsonderzoeken. Op korte termijn wordt het kostenonderzoek onder kraamzorgaanbieders afgerond en zal in 2013 een grootschalig kostenonderzoek worden uitgevoerd in de mondzorgsector.

Kenmerk
0022889/28024

Pagina
6 van 8

Het aanhouden van de besluitvorming over de beleidsmatige gevolgen van het kostenonderzoek huisartsen zal juridische risico's met zich brengen. Dit met name in die gevallen waarin, op grond van dezelfde beleidsuitgangspunten, eerstelijns zorgaanbieders wel worden geconfronteerd met een lagere tariefstelling als gevolg van de uitkomsten van een kostenonderzoek. Dit pleit er voor dat zo spoedig mogelijk herziening van de huisartsenbesteding plaatsvindt waardoor beleidswensen aansluiten bij de geldende wettelijke kaders.

BKZ en grensbewaking Zvw

In het kader van deze brief is nog van belang te wijzen op de samenloop van Wmg en Zorgverzekeringswet (Zvw). Op dit moment stelt de NZa prestaties vast op basis van de Wmg die zowel betrekking kunnen hebben op zorg die onder de basisverzekering valt als op onverzekerde zorg. Het is aan de partijen om de grens tussen beide vormen in acht te nemen. In de praktijk is er een grijs gebied omdat in Wmg-prestaties niet de Zvw-grens wordt gevolgd. Dit bemoeilijkt de bewaking van de risicoverevening (wordt alleen verzekerde zorg gedeclareerd?). Daarmee wordt ook een stringent pakketbeheer en BKZ-bewaking moeilijker. Een methode om de bewaking te verscherpen is de grens van de Wmg af te stemmen op de Zvw, waardoor er niet langer prestaties worden vastgesteld die geen basiszorg zijn. Een ander motief om de Wmg-scope op die van de Zvw af te stemmen is dat de Zvw kan worden beschouwd als het domein waarop sectorspecifieke publieke interventie gewenst is. Uit een oogpunt van nut en noodzaak kan daarbuiten worden teruggevallen op horizontale regelgeving ten aanzien van bijvoorbeeld transparantie en consumentenbescherming.

Ruimte voor prestaties, innovaties, uitkomstenbesteding : omkering van de Wmg default

Een laatste thema betreft het basisbeginsel van de Wmg met betrekking tot prestaties en tarieven. Dat houdt in dat prestaties pas op de markt mogen als die door de overheid (NZa) zijn vastgesteld en dat tarieven gereguleerd zijn tenzij zij zijn vrijgegeven. Er is reden om deze default om te keren.

Ten eerste past het goed binnen het Zvw model dat uitgaat van onderhandelingen, dat het beginsel "vrij, tenzij" wordt gevolgd. Waar vrije prijzen inmiddels de norm zijn, zoals in de medisch specialistische zorg, is het belemmerend voor onderhandelingen als partijen niet vrij over prestaties kunnen onderhandelen.

Waar prijzen vrij zijn, past het om ook prestaties vrij te geven. Als specifiek argument hier bij geldt dat we het de partijen makkelijker maken om door vrije prestaties ook zelf vorm te geven aan uitkomstenbesteding. Er is niet op voorhand een reden dat dit een nieuw onderwerp van centrale regulering moet zijn. Verder past het principe van vrije prijzen/prestaties ook beter bij het streven zorg af te stemmen op lokale behoeftes (zorg in de buurt). Ook wordt zo een goed klimaat innovaties verkregen. Nu is het zo dat er vrije

Kenmerk
0022889/28024

Pagina
7 van 8

experimenteerruimte is voor innovaties. Echter, na afloop van experimenten komt aan de orde om de nieuwe initiatieven in te bedden in het normale regime waardoor alsnog regulering moet plaatsvinden van prestaties en tarieven.

Het is logischer dat de hoofdregel wordt omgekeerd en dat er alleen regulering plaatsvindt bij dringende redenen. Van een verbodsstelsel zouden we naar een gebodsstelsel gaan. De partijen zijn vrij om productdefinities en prijzen vast te stellen en de overheid waarborgt publieke randvoorwaarden zoals transparantie en informatiebehoefte. Als u dit te ver vindt reiken, dan is minstens gewenst dat er bij vrije prijzen een koppeling wordt gelegd met vrije prestaties

Advies

Gezien het voorgaande adviseren we u, in het belang van aansluiting van beleidswensen op wettelijke mogelijkheden, de Wmg op de volgende onderdelen aan te passen.

1. Voor die gevallen waarin volledige borging van het BKZ kader in een eerstelijnssector wenselijk is: voorzien in de mogelijkheid om de tarieven in een sector te bepalen door rondrekening van het financiële kader.
2. Voor die gevallen waarin u in convenanten afspraken met partijen maakt, en langs die weg beleidsdoelen realiseert: voorzien in de mogelijkheid dat tariefbeleid wordt gekoppeld met convenantafspraken.
3. De reikwijdte van de Wmg wordt beperkt tot de basisverzekering en sluit daarmee aan bij de Zvw.
4. De Wmg kent als basisregel dat prestaties en tarieven in beginsel vrij zijn. Dit betekent omkering van de bestaande situatie. In elk geval is gewenst dat het vrijgeven van prijzen wordt gekoppeld aan het vrijgeven van prestaties.

Voor de in het Regeerakkoord afgesproken herziening van geïntegreerde eerstelijnsbekostiging en ook ter oplossing van de spanning tussen uw convenant met de huisartsen en de huidige tariefregulering is het volgende van belang. Gegeven de huidige Wmg is een duaal tariefmodel voor huisartsen niet logisch en niet juridisch houdbaar. Indien u in hoog tempo substitutiedrag tussen tweede en eerste lijn wilt bevorderen, zullen (populatie-)bekostiging, inclusief tarieven, vrij moeten zijn. Over de vormgeving hiervan kunnen wij u verder adviseren.

Wij zijn graag bereid om over de hier besproken zaken verder met u en uw medewerkers van gedachten te wisselen.

Kenmerk
0022889/28024

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

Pagina
8 van 8

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur