

Disfunctionerende NZa blokkeert versterking van de huisartsenzorg

Reorganisatie NZa zeer noodzakelijk, opheffing NZa serieus te overwegen

Analyse van De Vrije Huisarts

13 oktober 2008

De Vrije Huisarts (DVH) bepleit bij de Tweede Kamer onderzoek te laten doen naar het disfunctioneren van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en maatregelen te nemen tegen het blokkeren van de versterking van de huisartsenzorg door diezelfde NZa. DVH meent dat reorganisatie van de huidige NZa zeer noodzakelijk is en dat zelfs opheffing serieuze overweging verdient.

De NZa beschrijft haar primaire doelstelling als de "*realisatie en borging van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid*"⁽¹⁾ van de zorg. De markttoezichthouder legt zelf het accent op "*het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan. Doel van het nieuwe zorgstelsel is dat de consument waar voor zijn geld krijgt*"⁽²⁾

Helaas heeft deze marktmeester al vanaf haar start in 2006 blijk gegeven niet te zijn opgewassen tegen haar taken binnen de nieuwe zorgmarkt.

EEN KORT OVERZICHT:

- Het marktspel startte en de scheidsrechter zat nog in de kleedkamer**⁽³⁾
Ten tijde van de invoering van de Zorgmarkt in 2006, na het inwerking treden van de Zorgverzekeringswet, waren de NZa en daarvoor de Zorgautoriteit i.o. tot het najaar in geen velden of wegen te bekennen om toezicht te houden op de start van de spelers en het spel binnen de gereguleerde zorgmarkt
- Administratie- en declaratielasten zijn ontspoord ten koste van tijd voor de zorg**
De extra lasten voor huisartsen op het gebied van administratie en declaratieverkeer ontspoorde in die tijd explosief,⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾ zonder enig toezicht van de marktmeester, laat staan dat deze intervenieerde. Capgemini becijferde de toename van de declaratielasten voor de huisarts van 2002 tot 2006 op € 89 miljoen, dat is 79% stijging. De wijzigingen in het zorgstelsel en ook het toenemende accent op grotere transparantie hebben hun weerslag op de administratieve lastendruk.⁽⁸⁾ Ook het SIRA-rapport, nota bene in opdracht van de NZa vervaardigd, becijfert een zorgwekkend aantal administratie-uren (ruim 26) per werkweek⁽⁹⁾ per huisarts. Al deze kennis resulteert er helaas niet in dat de NZa maatregelen neemt ter compensatie van de schade bij zorgaanbieders, noch levert de NZa een betekenisvolle bijdrage aan reductie van de lasten. Dat is merkwaardig voor een instantie die de spelregels zelf vaststelt en die voor 2008 als speerpunt heeft geformuleerd "*de vermindering van bureaucratie in de zorg*".
Tijd die praktijken kwijt zijn aan administratie en declaratieverkeer kan niet besteed worden aan patiëntenzorg en ondermijnt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

3. **De zorgmarkt wordt niet ingericht, een ongelijk speelveld wordt in stand gehouden**
 De NZa verzaakt haar kerntaak ter hand te nemen: het inrichten van de zorgmarkt(en). Er is voor het aanbieden van een vergelijkbaar zorgproduct 3 jaar na invoering van de zorgverzekeringswet nog altijd géén gelijk speelveld voor eerste en tweede lijn.
 Zorgverzekeraars zijn 100% risicodragend voor de méérkosten in de huisartsenzorg en worden via een stelsel van verevening gecompenseerd voor bovenmatige uitgaven in de tweedelij. Dit stelsel van zorgverevening en het verschil in regelgeving omtrent de risicodragendheid voor verzekeraars bij zorginkoop in de tweede lijn en eerste lijn, blokkeert op onverantwoorde wijze de gewenste zorgsubstitutie.⁽¹⁰⁾
 Hoewel dit al jaren speelt heeft de NZa nog steeds geen effectieve stappen genomen om deze situatie van ongelijke marktmacht tot een einde te brengen. Hierdoor blijft de gezondheidszorg onnodig duur en wordt er door toedoen en met kennelijke instemming van de NZa, een vals marktspel bij zorginkoop in stand gehouden. Ten nadele van de goedkoopste zorg (de huisarts), ten voordele van duurdere zorg (ziekenhuiszorg).
 De burger had al jaren veel meer waar voor zijn geld kunnen krijgen.
4. **Diskwalificatie zorgaanbieders verbloemt gebrek aan zelfreflectie NZa**
 Publicitair daarentegen pleit de NZa steevast voor "*rendement van de zorgeuro*". Daarbij wijst het vrijwel permanent naar de 'ondoelmatig' werkende zorgaanbieders, maar mist het zelf de noodzakelijke zelfreflectie om in dit proces de eigen rol van Toezichthouder te betrekken.⁽¹¹⁾
5. **Uitblijven van DBC-drempeling leidt tot perversiteiten in de markt en tot onnodige gezondheidsschade**
 De NZa heeft tot nu toe nagelaten maatregelen te treffen tegen perversiteiten in de markt. Eenvoudige klachten worden tegen tweedelijstarieven afgehandeld, zonder enige rem.
 De NZa moet toezien dat het pad naar marktwerking goed loopt. Als essentieel ingrediënt voor marktwerking is gekozen voor DBC's: verhandelbare stukken zorg.
 Het huidige DBC-systeem heeft echter een grote makke: de drempel om als patiënt ingesloten te worden binnen DBC's is te laag of soms zelfs niet gedefinieerd. Dat leidt tot overproductie en schade.⁽¹²⁾
 Marktordening is het eerste wat ter hand genomen had moeten worden, voorafgaand aan de invoering van de Zorgverzekeringswet.
 Door in- en uitstroomvariabelen vast te leggen op basis van richtlijnen die door eerste en tweedelijns zorgaanbieders zelf zijn omschreven krijgt DBC-drempeling gestalte.
 Bij dit alles moet beseft worden dat het "*los verhandelen*" van zorginterventies ("*stukken zorg*") direct gepaard gaat met versnippering. Vele hulpverleners werken los van elkaar, zonder integraal perspectief, aan deelproblemen van de patiënt. Alvorens DBC's te verhandelen moet daarom coördinatie van zorg als aparte bouwsteen benoemd en bekostigd worden. Maar dat gebeurt nog niet. Dit leidt in de tweedelij tot gezondheidsrisico's en onnodige, hoge kosten.
 Een voorbeeld:
 Bij de spoedeisende hulp bestaan 2 parallelle kanalen met verschillende tarieven echter beide hebben een drempelloze toegang: de consument mag nu pseudo-geëmancipeerd de toegang zelf bepalen. De bouwsteen coördinatie ontbreekt. Voor een eenvoudige enkelblessure wordt een foto gemaakt en een polikliniek-afspraak later die week.
 Zelfverwijzers veroorzaken door het ontbreken van zorginhoudelijke coördinatie hoge kosten, onnodige diagnostiek, en gevaarlijke interventies (iatrogene schade), en in de nieuwe zorgmarkt is hun aantal groeiende. In de realiteit van de Nederlandse gezondheidszorg is er zowel kwalitatief als kwantitatief geen geschiktere functionaris voorhanden voor deze noodzakelijke coördinatie taak dan de huisarts.
6. **"Free-riders"-gedrag van zorgverzekeraars heeft blokkering van innovatie tot gevolg**
 De NZa treedt niet op tegen het zogenaamde "*free-riders*"-gedrag van verzekeraars en laat niet zien wat de relatie hiervan is met het uitblijven van innovaties.
 Huisartsen willen graag innovatieve zorg aan hun patiënten aanbieden. Zij maken hierover met de preferente, doorgaans regionale verzekeraar afspraken voor diens verzekerden. In een contract worden inhoud en randvoorwaarden vastgelegd. Andere verzekeraars, de zogenaamde 'verre' verzekeraars kunnen bij dit hoofdcontract aansluiten. Zo komt de innovatieve zorg niet alleen ten goede aan alle patiënten die bij de huisartspraktijken zijn ingeschreven [de huisarts hanteert immers een uniforme zorgkwaliteit, zonder onderscheid naar verzekeringsachtergrond van zijn patiënten], maar worden de daarbij behorende kosten ook door alle verzekeraars naar rato gedragen.
 De NZa heeft echter beslist dat verre verzekeraars niet wettelijk verplicht zijn de innovaties uit het contract met de preferente verzekeraar te volgen. Voor de preferente verzekeraar heeft dit als

consequentie dat als deze zelf 'budgetneutraal' in de markt wil opereren, hij zijn verzekerden een hogere premie moet vragen dan zijn concurrent. Dit schaadt niet alleen de eigen concurrentiepositie, maar geeft verzekerden van andere verzekeraars ook voordelen, zonder dat deze verzekeraars verplicht worden aan innovaties mee te betalen. Dit is het zogenoemde "free riders"-gedrag van de overige verzekeraars, dat haar basis vindt in de NZa-bepaling dat verzekeraars zich moeten kunnen onderscheiden en dat verplichte aansluiting bij het hoofdcontract conflicteert met marktwerking. Omdat verzekeraars als gezegd 100% risicodragend zijn voor de méérkosten van huisartsenzorg en deze dus in de premiestelling verdisconteerd moeten worden, denken verzekeraars wel 3 keer na om met investeringen in innovaties hun nek uit te steken.

Zo frustreert de NZa de mogelijkheden om innovatieve huisartsenzorg betaalbaar te maken en bereikbaar te maken voor alle verzekerden. De ministers van VWS en Financiën steunen dit NZa beleid omdat hogere premiebetaling extra kosten meebrengt ingevolge de Zorgtoeslag en een negatieve invloed heeft op de koopkracht. De NZa vindt marktwerking om opportunistische redenen hier dus wél belangrijker dan de bevordering van zorginnovatie

7. Door facultatief, innovatief zorgaanbod te herdefiniëren tot basiszorg worden het ondernemersvertrouwen geschaad en zorgsubstitutie geblokkeerd

De NZa begeeft zich buiten haar competentiegebied door, in de discussie over de module Modernisering en Innovatie (M&I), te herdefiniëren wat huisartsgeneeskundige basiszorg is en wat daarbuiten valt.⁽¹³⁾ De NZa vergeet dat dit het primaat is van de beroepsgroep.

De zorgautoriteit stelde eind 2007 voor om 22 van de huidige M&I-verrichtingen te kwalificeren als huisartsgeneeskundige basistaak en deze dientengevolge voortaan te laten financieren via de abonnement/consult systematiek. Juist op het moment dat huisartsen veelbelovende stappen zetten om taken die traditioneel in het ziekenhuis werden uitgevoerd over te nemen. Zo dreigt de NZa het fundament onder de financiering van deze substitutie weg te halen.⁽¹⁴⁾ Daarmee creëer je géén ondernemersvertrouwen.

Huisartsen hebben inmiddels investeringen gedaan, maar voor de geldende basistarieven van respectievelijk € 4,50, € 9,- en € 18,- kunnen zij een longfunctieonderzoek, electrocardiografie, doppler-vaatdiagnostiek, diabetesbegeleiding, chirurgische ingrepen, tape-bandageringen, gewrichts-injecties of intensieve thuiszorg leveren. De NZa vindt echter van wel en schuift deze M&I-verrichtingen moeiteloos in de basis-workload (basisaanbod) van de huisarts. Een workload, waarvoor overigens in de nieuwe zorgmarkt, - die zich zou kenmerken door "loon naar werken"- bij méérproductie nog altijd een (dreigende) tariefkorting geldt.

Intussen blijven deze verrichtingen in de tweede lijn tegen tweedelijnstarieven volledig vergoed.

8. GGZ-ondersteuning komt niet van de grond door karige beleidsregel

Bij de gedeeltelijke overheveling van de GGZ vanuit de AWBZ naar de ZVW heeft de NZa, ten behoeve van de financiering van de nieuwe functionaris praktijkondersteuner-GGZ (POH-GGZ) in de huisartspraktijk, top-down en vanuit een gefixeerd macrokader een beleidsregel geformuleerd, die de implementatie van deze nieuwe functionaris blokkeert.⁽¹⁵⁾ Zowel van de zijde van LHV als ZN is aangegeven dat de salariscomponent ontoereikend is. Daarnaast beantwoordt het inhoudelijke functieprofiel niet aan de ondersteuningsbehoefte die huisartsen hebben.^{(16), (17)}

Een treffend voorbeeld van slecht luisteren naar het veld, en niet calculeren vanuit reële kostenposten. De POH-GGZ komt dan ook niet van de grond.

De NZa maakt de patiënt met psychische klachten (zoals wel vaker) het kind van de rekening.

9. Onzorgvuldigheid bij overheveling AWBZ-zorg naar Zorgverzekeringswet

Bij overheveling van zorg van de AWBZ naar de ZVW (bijvoorbeeld het toedienen van vitamine B12 injecties, vervangen van catheters en/of het uitzetten medicatie bij patiënten door thuiszorgorganisaties) weigert de NZa te zorgen voor aanpassing van de financiële kaders, daarmee wordt het beleden uitgangspunt van 'geld volgt de zorg' aan de laars gelapt. Bovendien verzuimt de NZa de nodige zorgvuldigheid in acht te nemen door deze maatregel één week voor die van kracht wordt uit te vaardigen.

De patiënt blijft gedupeerd achter, want wie vult nu de medicijnendoos?

10. Kostencalculaties bij gewenste toekomstscenario's voor de huisartsenzorg blijven uit

Hoewel de NZa zichzelf een pro-actieve houding toedicht, laat zij na onderzoek te doen dat bottom-up de kosten van gewenste zorg vaststelt. In de berekening en onderbouwing van een valide kostprijs van toekomstbestendige huisartsenzorg (productontwikkeling, veranderingskosten, uitvoerings- en evaluatiekosten) is de NZa niet geïnteresseerd.

11. **Huisarts-ondernemer nog altijd geen opslag voor ondernemersrisico in tarieven**

De NZa weigert al jaren het ondernemersrisico van huisarts-ondernemers te valideren nadat dit in 1987 ten onrechte in de bekostiging op € 0,- is gezet. Een opslag voor het ondernemersrisico op de tarieven is voor medisch specialisten echter al sinds jaar en dag gangbaar.(18), (19)
Van een gelijk speelveld is geen sprake!!

12. **Ondoordachte beleidsregels brengen zorginstellingen in financiële nood**

De NZa creëerde een ondeugdelijke regeling voor de verdeling van extra budget voor verpleeghuizen in 2007 waardoor sommige organisaties zelfs het hele verpleeghuisbudget zagen verdwijnen.(20)

13. **Procesmatige en inhoudelijke tekortkomingen telkens weer zichtbaar**

Totstandkoming, inhoud en implementatie van beleidsregels door de NZa worden door diverse partijen als negatief gekwalificeerd.(21), (22)

SAMENVATTING

Het beleid van de NZa draagt niet bij aan een betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Zorgsubstitutie wordt geblokkeerd, zorgaanbieders worden geacht elkaar met ongelijke spelregels te beconcurreren, verzekeraars wordt de hand boven het hoofd gehouden en de ruggegraat van de curatieve gezondheidszorg, de huisartsgeneeskunde, wordt niet adequaat gefinancierd, noch wordt de administratieve lastendruk actief verminderd. Het uitblijven van marktordening door DBC-drempeling, ingekaderd binnen een coördinerend rol van de huisarts, leidt tot onnodige kosten en gezondheidsschade.

De NZa blokkeert de noodzakelijke vooruitgang, vergroot daarmee de problemen in de zorg en jaagt de premiebetaler onnodig op kosten.

KERNTAKEN WORDEN VERZUIMD, MAAR ER IS WEL TIJD VOOR ONDEUGDELIJK ONDERZOEK

Die NZa, die op haar zelf beschreven doelstellingen zo tekort schiet, is nu wel een onderzoek gestart naar de kosten voor de levering van de actuele huisartsenzorg. Terwijl deze kosten nota bene openbaar zijn weergegeven in de Vektisrapportages.(23), (24)

De Vrije Huisarts heeft in haar commentaar op de Miljoenennota voor de NZa al (gratis) uitgerekend hoe de meerkosten van huisartsen geormerkt zijn.(25)

DVH heeft ernstige bezwaren tegen de opzet en de uitvoering van het onderzoek dat de NZa door het externe onderzoeksbureau Significant laat verrichten naar de huidige praktijkkosten van huisartsen. Informatie uit de pilotfase van dit onderzoek leidt ons tot de conclusie dat hier een irrelevante vraag op niet valide wijze en met een gemankeerd onderzoeksinstrument wordt onderzocht.(26) De resultaten kunnen op voorhand als "*insignificant*" worden gekwalificeerd, maar de sector mag met recht vrezen dat deze NZa en de huidige minister er niet voor zullen terugdeinzen hun welgevallige, maar ondeugdelijke onderzoeksresultaten te hanteren als basis voor komende beleidsbeslissingen cq. bezuinigingen.

Dit kostenonderzoek dat in 900 praktijken uitgevoerd zal worden, is het zoveelste brevet van NZa's onvermogen. Het toont de reactieve houding van deze verlengde arm van de minister, die zich zo graag een pro-actief profiel aanmeet. Het laat de vragen die er werkelijk toe doen onbeantwoord(27), het houdt huisartsen van hun kostbare tijd voor patiëntzorg af en de NZa van haar taak de markt in te richten. Tot slot kost het handenvol belastinggeld.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- **De NZa hanteert willekeurig en chaotisch toezichts- en beheersinstrumenten en is onbekwaam tot sturing. Onnodige kostenstijging en vergrote kans op gezondheidsschade bij burgers zijn de meest in het oog springende gevolgen.**
- **De Vrije Huisarts is derhalve van mening dat de NZa drastisch dient te worden gereorganiseerd en dat zelfs opheffing overwogen dient te worden.**
- **Vanwege de ondeugdelijkheid van het NZa-onderzoek naar de huidige praktijkkosten, uitgevoerd door Significant, adviseren wij de huisartsen om af te zien van het verlenen**

van medewerking aan dit kostenonderzoek. Uiteraard blijft de individuele huisarts, ook in juridische zin, zelf verantwoordelijk dit advies wel of niet te volgen.

- **De leden van de Tweede Kamer vragen wij onderzoek te (laten) doen naar het (dis)functioneren van de Nederlandse Zorgautoriteit, met name in haar structureel blokkerende rol bij de versterking van de huisartsgeneeskundige zorg.**

Website:

<<http://devrijehuisarts.org>>

Bronnen:

1, NZa,

<http://www.NZa.nl/7113/10083/Huisartsenmonitor.pdf>

Oriënterende monitor huisartsenzorg. pag 33, [pdf], juli 2007

2, NZa,

<http://www.nza.nl/nza/>

"over de NZa"

3, Vrij naar een uitspraak van huidige staatssecretaris F. Heemskerk

4, Frank Gunneweg, De Vrije Huisarts,

<http://devrijehuisarts.org/asp/continuiteitbedreigd030206.asp>

Problemen met de administratie bedreigen de continuïteit van huisartspraktijken, 3 februari 2006

5, ELHA/De Vrije Huisarts,

<http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/Openbrief-ELHA-DVH040106.pdf>

Open brief ELHA-DVH aan minister iNZake declaratiechaos [pdf], 4 januari 2006

6, De Vrije Huisarts,

<http://devrijehuisarts.org/asp/declaratiechaos110506.asp>

Zorgverzekeraars betalen door declaratiechaos te weinig uit, 11 mei 2006

7, De Vrije Huisarts,

<http://devrijehuisarts.org/asp/Woordaanstuurgroep260606.asp>

Over de declaratieperikelen, 26 juni 2006

8, CapGemini,

<http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/CapGeminiKostenDeclpr0208.pdf>

Ontwikkeling van de kosten van het declareerproces in de curatieve zorg, [pdf], 2008

9, SIRA Consulting,

<http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/SiraMetingLastenhuisartsen.pdf>

Rapport: "Meting lasten huisartsen" [pdf], 7 juli 2008

10, Maes, Anton; de Wildt, Jan-Erik,

<http://devrijehuisarts.org/asp/Maximalesubstitutie030706.asp>

Maximale Substitutie, 3 juli 2006

11, De Vrije Huisarts,

<http://devrijehuisarts.org/asp/Commentaar-Moratorium300707.asp>

"Inconsistente beweringen, oppervlakkigheid in probleemaanpak, probleemsignalering zonder de eigen sturende NZa-rol in ogenschouw te nemen", DVH commentaar op NZa rapport "oriënterende monitor huisartsenzorg", 30 juli 2007

12, De Wit, Bram, De Vrije Huisarts,

<http://devrijehuisarts.org/asp/patientmanager041006.asp>

De patiëntmanager: huisarts in de eerste lijn en tussen de lijnen, 4 oktober 2006

13, NZa,

<http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/HerzMenlijstNZa1107.pdf>

Brief NZa aan LHV en ZN, kenmerk ISCN/pere/ CV/07/793, [pdf], 2 november 2007

14, De Vrije Huisarts,

<http://devrijehuisarts.org/asp/MenInaarbasiszorg101207.asp>

NZa toert zonder overleg M&I-verrichtingen om in basiszorg, 10 december 2007

15, NZa,

<http://www.NZa.nl/13755/16075/CV-5000-4.0.6.-5-vastgestel1.pdf>

NZa Beleidsregel CV-5000-4.0.6.-5, [pdf]

16, ZN,

Disfunctionerende NZa blokkeert versterking van de huisartsenzorg

5/6

Stichting De Vrije Huisarts
13 oktober 2008

<http://www.fastestelij.nl/include/files/fastestelij.nl/POH-GGZ/Beleidsregel%20POH-GGZ%20september%2008.pdf.pdf>

Brief ZN aan NZa, kenmerk ZVB 2008 0113 mbou1 B, [pdf], 19 augustus 2008

17, LHV,

http://org.lhv.nl/uri/?uri=AMGATE_10899_1_TICH_R99131344829205&xsl=AMGATE_10899_1_TICH_L1344433465

Brief LHV aan minster van VWS, kenmerk 2008/1835/MK/mrw [wachtwoord nodig], 8 juli 2008

18,

http://orde.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_397_TICH_L1074974462/AMGATE_6059_397_TICH_R1429811235937024//

Advies commissie Ginjaar, 23 augustus 2001

19, Orde van Medisch Specialisten,

http://orde.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_397_TICH_R200176299934839

Het Witte Boek III [pdf], 23 oktober 2007

20, Zorgvisie, Bart Kiers,

<http://www.zorgvisie.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/nieuwsartikel/NZa-haalt-bakzeil-na-kritiek-verpleeghuizen.htm>

NZa haalt bakzeil na kritiek verpleeghuizen, 7 november 2007

21, NVZ, vereniging van ziekenhuizen,

<http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=35124&highlights=schoning>

Stand van zaken schoning B-segment 2009, ongedateerd

22, Zorgvisie, Philip van de Poel,

http://nieuws.zppweb.com/nieuws/NZa_stort_ggz_in_financiele_wanorde.aspx

NZa stort GGZ in financiële wanorde, 26 september 2007

23, Mokveld, Philip; Smit, Marieke,

<http://www.vektis.nl/downloads/Eindrapport%20Monitoring%20Vogelaarakkoord%202006.pdf>

Monitoring Vogelaarakkoord, eindrapportage huisartsenkosten 2006, project 0476

Vektis CV Zeist, 23 augustus 2007

24, Mokveld, Philip, Monitoring Vogelaarakkoord,

eindrapportage 2007, project 0476, Vektis CV, Zeist, 28 februari 2008

25, De Vrije Huisarts

<http://devrijehuisarts.org/asp/Miljoenennota2009-170908.asp>

De Miljoenennota 2008 – analyse van de Vrije Huisarts, 17 september 2008

26, De Vrije Huisarts, Column van Roelof Moes,

<http://devrijehuisarts.org/asp/ColumnRoelofMoes280808.asp>

Het NZa kostenonderzoek huisartsenzorg 2008, 1 september 2008,

met verwijzing naar alle onderliggende documenten op:

<http://www.kolderveen.nl/www.kolderveen.nl>

27, De Vrije Huisarts,

<http://devrijehuisarts.org/asp/NZastartverkeerd070708.asp>

De NZa gebruikt onjuiste methodiek bij onderzoek naar kosten en inkomsten van huisartspraktijken, 7 juli 2008