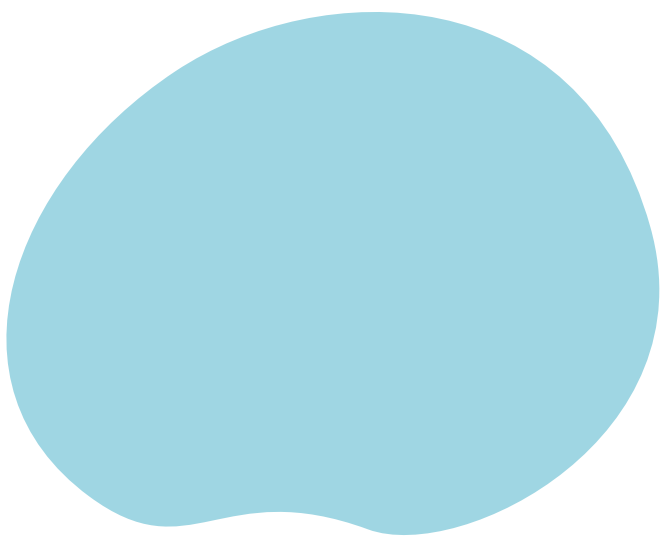


Evaluatie contractering farmaceutische zorg

2026





Inleiding

De contracten tussen apotheken en zorgverzekeraars kunnen grote impact hebben op de zorg en de bedrijfsvoering van de apotheek. Daarom blikte de KNMP jaarlijks terug op het proces en de uitkomsten van de onderhandelingen over deze contracten tussen zorgmakelaars en zorgverzekeraars. De KNMP neemt zelf niet deel aan de onderhandelingen. Met deze evaluatie beoogt de KNMP:

- als brancheorganisatie goed geïnformeerd zijn over belangrijke ontwikkelingen aan de onderhandelingstafel;
- monitoring van de impact van onze beleidsdoelstellingen op contracten en v.v.;
- monitoring of onderhandelende partijen zich houden aan geldende spelregels, zoals beleidsregels en handvatten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- signalering van sectorbrede knelpunten om deze te adresseren bij de overheid en andere stakeholders.

Deze rapportage betreft de contractering van monodisciplinaire extramurale farmaceutische zorg. Voor het jaar 2026 staan twee aspecten centraal:

- in hoeverre partijen conform beleidsregels en handvatten van de NZa hebben geacteerd tijdens het onderhandelingsproces. En wat daarvan het gevolg is voor de onderhandelingsresultaten;
- hoe beleidsdoelstellingen van de KNMP worden meegenomen in de contracten, met focus op de doelstelling zorgverlening in de apotheek beter te bekostigen.

De evaluatie is gebaseerd op vier verdiepende interviews met de onderhandelaars van de vier grootste zorgmakelaars in de extramurale farmacie (BENU, Cencora (voorheen Alliance), NFZ en PACT). Zij hebben namens collectieven of concerns van openbare apotheken onderhandeld met de tien zorgverzekeraars. Deze rapportage is nadrukkelijk gemaakt vanuit het perspectief van de zorgaanbieders. De KNMP gaat graag in gesprek met zorgverzekeraars en andere belanghebbenden over hun perspectief op mogelijke verbeteringen van het contracteerproces.



Year	Income
Jan	3.456,37
Feb	3.478,21
Mar	2.342,55
Apr	4.356,76
May	3.781,32
Jun	3.456,21
Jul	5.332,75
Aug	4.356,21
Sep	2.321,12
Oct	3.452,98
Nov	2.234,32
Dec	3.242,12
1st Year	41.811,48
2nd Year	4.221,43
Jan	2.342,32
Feb	3.476,76
Mar	4.534,42
Apr	1.543,07
May	7.642,12
Jun	5.632,12
Jul	3.569,27
Aug	2.349,12
Sep	4.121,12
Oct	2.161,33
Nov	1.204,06
Dec	2.342,12
1st Year	2.561,12
2nd Year	3.456,76

Inhoudsopgave

Algemeen beeld contractering 2026	6
Naleving kader NZa	7
Regeling transparantie zorginkoop	7
Handvatten contractering en transparantie gecontracteerde zorg	7
Impact beleidsdoelstellingen KNMP	11
Richtlijnen en contractering	11
Contractering van zorgverlening	11
Aanbevelingen	13

Algemeen beeld contractering 2026

De contractering voor 2026 laat een gemengd maar overwegend positiever beeld zien dan in voorgaande jaren. Zorgmakelaars ervoeren over het algemeen meer structuur in het proces en een constructievere sfeer. Er was vaak minder discussie over de uitgangspunten van de onderhandelingen, zoals de overheidsbijdrage arbeidsvoorwaarden (OVA). Over het algemeen kwam men sneller tot overeenstemming dan in eerdere jaren. Alle onderhandelende partijen bereikten overeenstemming vóór 1 januari 2026.

Waar de Handvatten contractering en transparantie gecontracteerde zorg van de NZa werden gehanteerd als gezamenlijk kader, leidde dit meestal tot een inhoudelijker en efficiënter onderhandelingsproces. Waar dit niet gebeurt, verviel de contractering sneller in meer traditionele onderhandelingspatronen, wat vooral neerkwam op een krachtmeting over de prijs van de zorg. De mate waarin de handvatten richtinggevend zijn, verschilde sterk per zorgverzekeraar en zorgmakelaar.

Ondanks de positieve ontwikkelingen blijft een aantal tekortkomingen van het contracteerproces hardnekkig. Zo blijkt de apotheek het overgrote deel van zijn inkomsten te ontvangen op basis van het aantal terhandstellingen van geneesmiddelen. Ook krijgen de vele maatschappelijke opgaven waar de zorg voor staat nauwelijks aandacht in de contractering. Er is dus, naast duidelijke voortuitgang, ook evident veel ruimte voor verbetering.

Naleving kader NZa

Regeling transparantie zorginkoop

Zorgverzekeraars voldoen over het algemeen aan de formele verplichtingen uit de Regeling transparantie zorginkoop van de NZa. Zorginkoopbeleid en procedures worden tijdig gepubliceerd en vormen het formele startpunt van de contractering. De bereikbaarheid van zorgverzekeraars is over het algemeen goed.

Tegelijkertijd geven zorgmakelaars aan dat de doelen van de regeling kwetsbaar blijven, omdat verzekeraars vaak later in het onderhandelingstraject nog met nieuwe eisen en informatie komen. Ook zouden verzekeraars wijzigingen in het inkoopbeleid na 1 april beter moeten beargumenteren.

Handvatten contractering en transparantie gecontracteerde zorg

Erkenning van de handvatten

Uit de interviews blijkt dat de Handvatten contractering inmiddels breed, door zowel zorgverzekeraars als zorgmakelaars, worden erkend als kader voor contractering van de extramurale farmacie. De discussie van de voorgaande jaren waarbij verzekeraars de legitimiteit of toepasbaarheid van de handvatten op de branche ter discussie stelden is verdwenen. Deze ontwikkeling heeft in veel trajecten bijgedragen aan meer rust in het onderhandelingsproces. Tegelijkertijd blijkt dat deze erkenning niet automatisch leidt tot consistente naleving. De toepassing van de handvatten verschilt per zorgverzekeraar en per onderwerp, vooral wanneer het financiële gevolgen heeft. Vooral de kleinere verzekeraars werken vaak nog beperkt volgens de Handvatten. Dit zorgt ervoor dat er minder inhoud ter tafel komt en mijn uiteindelijke aanstuurt op een klassieke deal over vooral de prijs.

In dit hoofdstuk staat, aan de hand van relevante richtsnoeren, hoe onderhandelende partijen de handvatten toepassen.

Transparantie: inkoopbeleid en proces

Richtsnoer 1 – Uiterlijk 1 juni strategisch beleid aanleveren

Zorgaanbieders delen op verzoek hun strategisch beleid uiterlijk 1 juni met de zorgverzekeraar.

Richtsnoer 2 – Volumeprognoses aanleveren

Zorgaanbieders leveren op verzoek volumeprognoses aan bij de zorgverzekeraar.

Richtsnoer 3 – Afspraken over methodiek vóór 1 september (face to face)

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken vóór 1 september afspraken over gebruikte technieken/methodieken (zoals benchmarken of prognoses).

Richtsnoer 4 – Eerste offerte uiterlijk 1 september (face to face)

Zorgaanbieders bieden uiterlijk 1 september een eerste offerte aan met toelichting

Zorgmakelaars geven aan dat zorgverzekeraars niet vragen om strategisch beleid of volumeprognoses (richtsnoeren 1 en 2). Dit zien de zorgmakelaars niet als problematisch. Deze aspecten verwerken de zorgmakelaars vaak op eigen initiatief in hun offertes of eerste voorstellen.

Wat betreft richtsnoer 3 is er nog veel winst te behalen. Alle zorgmakelaars geven aan dat er in geen enkel traject voor 1 september afspraken met verzekeraars zijn gemaakt over de gebruikte benchmarks of andere bronnen. Er worden vooraf geen duidelijke afspraken gemaakt over welke benchmarks worden gehanteerd, welke data relevant zijn of hoe verschillen worden geïnterpreteerd. Dit leidt ertoe dat verzekeraars essentiële informatie over aannames, benchmarks en correcties geregeld pas laat in het proces inbrengen. Dit leidt tot laat in het proces tot discussies over cijfers en aannames, in plaats van over inhoud en beleidsdoelen, en vertraagt het proces.

De helft van de zorgmakelaars biedt de zorgverzekeraar conform richtsnoer 5 een uitgebreide offerte aan vóór 1 september. Zorgmakelaars geven aan dat waar zij vooraf een duidelijke offerte hebben ingebracht, met daarin hun uitgangspunten en relevante data, het onderhandelingsproces duidelijk constructiever en efficiënter verloopt. Door zelf het initiatief te nemen in het werken volgens de handvatten, zegt men ook sterker te staan om de zorgverzekeraars te wijzen hun verantwoordelijkheden in deze.

Financiële transparantie

Richtsnoer 5 – Als startpunt van de onderhandeling hanteren de zorgverzekeraar en zorgaan-bieder, als index voor loonstijgingen, de OVA.

Richtsnoer 6 – De zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn beide in hun contractvoorstel en of-ferte transparant over welke basis en indexaties zij hebben gehanteerd. Indien de gehanteerde indexaties afwijken van de landelijke beschikbare sectorale indexaties, inclusief nacalculaties, wordt toegelicht hoe zij hiertoe zijn gekomen. Beide partijen lichten toe welke basis en indexaties zijn gebruikt en waarom.

Richtsnoer 7 – De zorgverzekeraar en zorgaanbieder zijn beide in hun contractvoorstel en of-ferte transparant over welke op- en/of afslagen in relatie tot tarieven zij toepassen en lichten toe waarom op- en afslagen worden genomen.

De OVA index wordt in de contractering 2026 vrijwel unaniem gehanteerd als startpunt van de onderhandelingen (richtsnoer 5). Dit wordt gezien als een belangrijke verbetering ten opzichte van eerdere jaren, waarin de toepassing van de OVA en de afspraken daarover uit het Integraal Zorgakkoord op de apotheekbranche nog ter discussie stonden. Waar in afgelopen jaren een partij zijn startpunt vaak zo hoog of laag mogelijk legde als onderdeel van de onderhandelingsstrategie, hadden partijen nu een gezamenlijk startpunt. Dat leidde tot een constructievere start van het gesprek. Het droeg ook bij aan de snellere afronding van de onderhandelingen dit jaar. In de meeste gevallen hanteren partijen ook de indexatie voor materieel en de nacalculaties van de NZa zonder veel discussie, als startpunt van de onderhandelingen (richtsnoer 6).

De nieuwe Cao Apotheken heeft in grote impact gehad op de contractonderhandelingen voor 2026. Na de stakingen van apothekpersoneel in 2024 is onder leiding van verkenners Martin van Rijn een hoofdlijnenakkoord bereikt. In dat akkoord is onder andere afgesproken dat zorgverzekeraars de OVA volledig meenemen in de tarieven, en dat de werkgevers dit weer doorgeven aan het personeel via de loonontwikkeling. Bovendien was afgesproken dat zorgverzekeraars en apotheken ieder voor 50% bijdragen aan een nodige looninhaalslag voor het apothekpersoneel in 2025 en 2026. De meeste zorgverzekeraars hebben zich in beginsel aan deze afspraak gehouden. In de zorginkoopgesprekken gaven enkele kleinere zorgverzekeraars aan zich niet direct gebonden te achten aan dit akkoord, inclusief de afspraak over de looninhaalslag.

Uiteindelijk hebben zorgmakelaars met alle zorgverzekeraars overeenstemming bereikt over de uitwerking van de nieuwe cao. Mede dankzij het hoofdlijnenakkoord is zo een cao tot stand gekomen die recht deed aan de roep voor een betere beloning voor het apothekpersoneel en de apotheken in staat stelde deze loonstijging te dragen. Zorgmakelaars geven hierbij aan dat moet worden voorkomen dat er sluipenderwijs een nieuwe loonachterstand voor het apothekpersoneel ontstaat als de komende jaren de OVA toch weer onvolledig in de tarieven wordt verwerkt.

Met een uniform startpunt verschoof de discussie naar de toepassing van afslagen en opslagen (richtsnoer 7). Zorgmakelaars zien dat zorgverzekeraars hun eisen voor een afslag meestal onderbouwen met vergelijkingen. Ze verwijzen naar interne benchmarking, veronderstelde efficiëntiewinsten, vergelijking met andere aanbieders of geruchten over het prijsniveau dat andere verzekeraars hanteren. Deze onderbouwingen zijn vaak onvoldoende transparant en navolgbaar, waardoor het voor zorgaanbieders lastig is de redelijkheid ervan te beoordelen. In het bijzonder noemen veel zorgmakelaars het gebruik van Vektis als negatief voorbeeld hiervan. Door de discussie over de validiteit van de benchmarks blijft er minder tijd over voor een inhoudelijk gesprek.

Zorgmakelaars zeggen dat ze door hen gewenste opslagen meer onderbouwen met inhoudelijke argumenten. Bijvoorbeeld het cijfermatig inzichtelijk maken welke externe ontwikkelingen de kosten voor apotheken verhogen of wat hun voorgestelde zorginhoudelijke verbeteringen kosten en opleveren.

Maatschappelijke opgave

Richtsnoer 8 – Zorgverzekeraars maken inzichtelijk hoe de maatschappelijke opgaven worden vertaald in het zorginkoopbeleid.

Richtsnoer 9 – Zorgaanbieders maken inzichtelijk hoe de maatschappelijke opgaven worden vertaald in het strategisch beleid.

Richtsnoer 10 – Zorgaanbieder en zorgverzekeraar bespreken de bijdrage van beide partijen aan de transitie naar passende zorg en een toekomstbestendig zorglandschap, zodat zij dit kunnen gebruiken als uitgangspunt bij hun contractvoorstellen. Als dit gesprek nog niet kan worden gevoerd, concretiseren zij wanneer zij dit uiterlijk willen bespreken.

In de interviews kwam duidelijk naar voren dat de maatschappelijke opgaven zoals personeelstekorten, administratieve lasten, geneesmiddelenstekorten, duurzaamheid of de versterking van de eerstelijnszorg nauwelijks onderwerp van gesprek zijn tijdens de contractering (richtsnoer 8-10). Meestal zien zorgverzekeraars geen rol voor zichzelf in de aanpak van maatschappelijke problemen, buiten die van de betaalbaarheid van de zorg. Voorstellen van zorgmakelaars ten bate van maatschappelijke opgaven, bijvoorbeeld die zowel een impuls geven aan het werkplezier van apothekerspersoneel als aan de therapietrouw, worden alleen bij uitzondering gehonoreerd.

In enkele gevallen dat een zorgverzekeraar maatschappelijke opgaven wil bijdragen, vinden gesprekken hierover veelal naast de formele contractering plaats en leiden ze voornamelijk tot structurele afspraken. Zorgmakelaars geven aan dat zonder landelijke kaders en sturing, een structurele aanpak van maatschappelijke opgaven waarschijnlijk uitblijft.

Zorgverzekeraars geven regelmatig aan dat ze maatschappelijke opgaven zullen adresseren op regionaal niveau, via een Regionale Apothekersorganisatie (RAO) of in de toekomst via een Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV). In beginsel beperken verzekeraars zich daarmee wel tot hun kerngebieden. Zorgmakelaars zien bij deze beweging een risico dat een deel van de opgaven tussen wal en schip belandt. Er is kans dat maatschappelijk wenselijke projecten noch in de regio noch landelijk (voldoende) worden gecontracteerd. Zorgmakelaars geven aan dat regionale contractering in samenhang met landelijke contractering moet gebeuren. Het is kwetsbaar als alleen zorgverzekeraars het overzicht hebben van wat er regionaal en landelijk wordt gecontracteerd.

Escalatie en handhaving

Hoewel in meerdere trajecten sprake is van frictie en herhaaldelijk afwijken van de handvatten en de regeling, blijkt dat formele escalatie richting de NZa nauwelijks wordt ingezet. Tijdsdruk en afhankelijkheidsrelaties verhogen de drempel om formeel te escaleren. De dreiging van een gang naar de NZa kan partijen echter wel stimuleren om toch meer volgens de gelende regels te werken. Eén zorgmakelaar heeft twee meldingen van overtredingen door zorgverzekeraars ingediend bij de NZa.

Impact beleidsdoelstellingen KNMP

Richtlijnen en contractering

De KNMP bewaakt of de contracten tussen zorgverzekeraars en apotheken voldoende ruimte bieden om de farmaceutische patiëntenzorg conform de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg uit te voeren. Daarom zijn zorgmakelaars bevroegd over de impact en implementatie van de richtlijnen op de contractering.

Zorgmakelaars geven aan dat de KNMP-richtlijnen door zorgverzekeraars worden erkend als de standaard voor goede zorg. Verwijzing naar de zorg als beschreven in (aanpaste) richtlijnen leidt zelden automatisch tot ruimere tarieven. Verzekeraars vragen dan meestal aanvullende gegevens over de meerkosten en de meerwaarde. Zorgverzekeraars verwachten vaak dat openbaar apothekers de nieuwste richtlijnen volgen, ongeacht de vergoeding die hier tegenover staat.

Zorgverzekeraars stellen regelmatig aanvullende voorwaarden aan het verlenen van sommige farmaceutische zorg. Denk hierbij aan strengere inclusiecriteria voor patiëntengroepen of volumecaps. In sommige gevallen vragen zorgmakelaars zich af of de eisen van zorgverzekeraars de richtlijnen niet te veel onder druk zetten. Verzekeraars vragen bijvoorbeeld of een kleinere groep van hun verzekerden in aanmerking kan komen voor een medicatiebeoordeling dan de richtlijn voorschrijft. In sommige gevallen is de vergoeding voor een prestatie zo laag, dat het voor een apotheker weinig aantrekkelijk is om deze actief aan te bieden aan patiënten die er wel voor in aanmerking komen.

Contractering van zorgverlening

De KNMP heeft de ambitie om de rol van zorgverlener van de apotheker en de rest van het apotheekteam te versterken. Ook de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en andere branches en beroepsgroepen zien de meerwaarde hiervan¹. In de contracten van de extramurale farmacie ligt de financiële nadruk echter nog sterk op de

¹ Kamerbrief eerstelijns apotheekezorg 4103174-1081865-GMT

rol van de apotheek in de logistieke taken in de geneesmiddelenverstrekking: het overgrote deel van de inkomsten van de apotheek zijn verbonden aan de terhandstelling van een geneesmiddel.

De contractering van farmaceutische zorg die niet aan verstrekking van een geneesmiddel is gebonden, vaak kortweg (maar minder nauwkeurig) ook wel 'zorgprestaties' genoemd, was ook voor 2026 een weerbarstig onderdeel van de contractering. Zorgmakelaars zien er kleine stappen in de goede richting, maar tegelijkertijd valt er nog een wereld te winnen. Prestaties als de medicatiebeoordeling worden in vrijwel elk contract benoemd en beloond, maar daarbij vaak beperkt gecontracteerd, gemaximeerd of voorzien van aanvullende voorwaarden. Door de verschillende beperkende voorwaarden lopen apotheken een bedrijfsrisico bij investering van tijd en geld in deze zorg, wat tot terughoudendheid leidt in het opschalen van zorgprestaties. Bovendien leidt het tot meer administratieve lasten. De contractuele uitwerking blijft daarmee achter bij de beleidsmatige ambities.

Zorgverzekeraars zijn met name kritisch op de meerwaarde van de prestatie farmaceutisch consult, waardoor het tarief relatief laag blijft en er vaak beperkende voorwaarden zijn. De contractering van farmaceutische zorgprestaties bevindt zich volgens zorgmakelaars nog in een transitiefase. Zowel zorgverzekeraars als apotheken hebben behoefte aan meer informatie en financiële zekerheid. Zorgverzekeraars vragen vaak betere onderbouwing van de toegevoegde waarde. Tegelijkertijd zien zorgmakelaars ook dat een stapsgewijze transitie de enige reële route is gezien de grote financiële gevolgen van veranderingen. Ze verwachten dat met de bilaterale gesprekken van de contractering alléén de transitie naar een volwaardige bekostiging van zorgprestaties niet of zeer traag tot stand komt. Enige regie en ondersteuning van brancheorganisaties en overheid is hierbij gewenst.

Aanbevelingen

De KNMP ziet het als gezamenlijke opgave van zowel zorgverzekeraars als zorgmakelaars, ondersteund door brancheorganisaties en toezichthouders, om te werken aan een contracteerproces dat transparanter, sneller en meer inhoudelijk is geladen. Een contracteerproces dat ruimte biedt voor de verdere ontwikkeling van farmaceutische zorg én voor de aanpak van de maatschappelijke opgaven. We gaan graag met de betrokken partijen in gesprek over de hieronder door ons voorgestelde verbeteringen.

1. Verankering van de NZa handvatten in het contracteerproces

Het normatieve kader van de NZa is afgelopen contracteerronde duidelijk meer tot de praktijk doorgedrongen. Dit heeft tot positieve uitkomsten geleid. Tegelijkertijd verschilt de mate waarin men werkt volgens de handvatten nog sterk per zorgverzekeraar en zorgmakelaar. Een deel van partijen werkt nog beperkt volgens de handvatten en er blijft een risico dat men vervalt in oude patronen. Toezicht van de NZa op de naleving blijft daarom nodig. Als alle partijen vanaf het begin van de besprekingen lang de handvatten zouden werken, zal dit het contracteerproces naar verwachting voorspelbaarder en sneller maken, en zal de frictie tussen partijen verminderen. De volgende twee aanbevelingen gaan hier nader op in.

2. Vroegtijdig afspraken maken over methodieken en gegevens

Een terugkerend knelpunt is het ontbreken van duidelijke afspraken over gebruikte methodieken en gegevens, zoals benchmarking. Dit leidt ertoe dat de andere partij soms laat in het proces wordt geconfronteerd met nieuwe gegevens. Dit zorgt voor frustratie en vertraging. Het maken van vroegtijdige procesafspraken, bij voorkeur vóór 1 september, draagt bij aan een gelijkwaardigere onderhandeling en snellere afronding van contracten.

3. Betere onderbouwing van op- en afslagen

De evaluatie laat zien dat op- en afslagen op tarieven een grote rol spelen in de contractering, maar dat de onderbouwing hiervan regelmatig beperkt is. Een transparante onderbouwing van de op- en afslagen draagt bij aan voorspelbaarheid en vertrouwen. Het voorkomt dat afslagen van het startpunt feitelijk neerkomen op impliciete, generieke tariefkortingen. Het is daarom wenselijk als de onderhandelende partijen op- en afslagen zoveel mogelijk onderbouwen met concrete, verifieerbare aannames en zoveel mogelijk inzicht geven in de onderliggende gegevens.

4. Perspectief voor zorgprestaties

Dat apotheken meer moeten worden beloond voor zorgprestaties die niet direct aan de terhandstelling van een geneesmiddel zijn gekoppeld, wordt door zowel zorgverzekeraars als zorgmakelaars erkend. Maar dit heeft in de afgelopen jaren slechts tot kleine aanpassingen in de contracten geleid. Om de transitie naar bekostiging op basis van zorgverlening te versnellen, is het aan te bevelen om de zorgprestaties met een meerjarig groeiperspectief te contracteren. Richtinggevende kaders van brancheorganisaties en overheid zijn waarschijnlijk nodig om alle marktpartijen mee te krijgen in dit proces. Bij voorkeur wordt deze transitie gekoppeld aan de maatschappelijke opgaven, die nog te weinig aan bod komen tijdens de onderhandelingen.

Het farmaceutisch consult specifiek heeft extra beleidsinzet nodig om voldoende te worden gecontracteerd (en daarmee meer patiënten te helpen). Allereerst is het essentieel dat de NZa het als een landelijke zorgprestatie van de extramurale farmaceutische zorg aanwijst. Het consult heeft daarnaast een beter zichtbare onderbouwing van de (maatschappelijke) meerwaarde nodig.

5. Verbind regionale en landelijke contractering

Als zorgverzekeraars steeds meer afspraken maken met regionale apothekersorganisaties of RESV's, moet dit in samenhang met de landelijke contractering gebeuren. Er is een risico dat sommige opgaven niet of beperkt worden gerealiseerd als regionale en landelijke contractering niet op elkaar aansluiten. Het is daarom van belang dat alle partijen volgens de landelijke afspraken hierover in het kader van de implementatie van de Visie op de Eerstelijnszorg 2030². De KNMP met haar netwerk van regionale apothekersorganisaties, en de zorgmakelaars met hun inzicht in de landelijke afspraken, kunnen hier een sleutelrol vervullen.

² *Notitie Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden; Handreiking inkoop RESV's*

KNMP
Alexanderstraat 11
2514 JLDen Haag
070 373 73 73
www.knmp.nl