



Onderhandelingsakkoord over budgettering laat rechtsvorm vrij

# De opvolger van de maatschap

mr. dr. J.J.M. Linders,  
als jurist verbonden aan de  
gezondheidszorggroep van PwC

drs. J.W. van Manen,  
reguleringsdeskundige bij de  
NZa

Correspondentieadres:  
hans.linders@nl.pwc.com;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Het kabinet confronteert vrijgevestigde medisch specialisten in een instelling met nieuwe financiële regels. De maatschap als rechtsvorm lijkt niet langer geschikt. Gelukkig is er een alternatief: de coöperatie.

**B**egin 2010 deed de toenmalige minister van VWS, Ab Klink, ingrijpende voorstellen aan de Tweede Kamer om de regulering van de uitgaven aan honoraria voor medisch-specialistische zorg te wijzigen.<sup>1</sup> Zijn voorstellen behelzen een nieuw beheersingsmodel voor de kosten van deze zorg. In december 2010 bereikten de Orde van Medisch Specialisten (OMS), VWS en de NVZ vereniging van ziekenhuizen hierover een akkoord.

## Beheersmodel

Tot nu toe leiden overschrijdingen van het macrobudgettair kader voor medisch-specialistische zorg achteraf tot (grote) tariefkorting voor medisch specialisten. Om het automatisme van overschrijdingen gevolgd door tariefkortingen te doorbreken, stelde minister Klink het beheersmodel voor: introductie van een plafond voor de door medisch specialisten gedeclareerde tarieven (de honorariumomzet).

In geval van een coöperatie wordt deze risicodragend voor het honorariumbudget.

beeld: Gettyimages

De hoofdlijnen van het beheersmodel van minister Klink zijn:

- de minister van VWS stelt een macrobudget voor medisch specialisten vast;
- de NZa stelt jaarlijks per ziekenhuis een honorariumbudget voor medisch-specialistische zorg vast; het ziekenhuis is budgethouder;
- de verdeling van het budget is een verantwoordelijkheid van ziekenhuis en medisch specialisten samen;
- de medisch specialist kan uitsluitend jegens het ziekenhuis ('aan' in plaats van 'via') declareren;
- het ziekenhuis stort budgetoverschrijdingen terug in het Zorgverzekeringsfonds.

Het eind 2010 gesloten onderhandelingsakkoord wijkt op essentiële punten af van het hierboven geschetste beheersmodel. Het honorariumbudget blijft weliswaar gehandhaafd, maar de verdeling daarvan over de maatschappen of individuele specialisten wordt uitgevoerd door 'het collectief' van vrijgevestigde specialisten binnen het ziekenhuis.

Een ander verschilpunt is dat als er sprake is van afspraken over de verdeling van honoraria tussen ziekenhuis en het collectief, dan kan de specialist die deelneemt aan het collectief 'via' het ziekenhuis blijven declareren. Daarmee behoudt hij zijn fiscale status als vrij ondernemer.

Indien er geen afspraken worden gemaakt of indien een specialist niet deelneemt aan het collectief, dan kan hij alleen nog 'aan' het ziekenhuis declareren. Dat heeft waarschijnlijk

consequenties voor zijn fiscale status.

In haar brief van 16 maart 2011 heeft de huidige minister van VWS de werking van het beheersmodel verder toegelicht.<sup>2</sup>

Om het beheersmodel te implementeren zijn maatregelen nodig met een publiekrechtelijk en een privaatrechtelijk karakter. Slechts een combinatie van beide typen maatregelen leidt tot het gewenste resultaat.

#### Publiekrechtelijke maatregelen

De publiekrechtelijke maatregelen hebben betrekking op de vereiste wijzigingen in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en de daarop gebaseerde (beleids)regels van de NZa. Via de WMG dient het mogelijk te worden per instelling een honorariumbudget vast te stellen. Verder moet het mogelijk worden het 'via-declareren' te verbieden indien een specialist

niet deelneemt aan het collectief. En ten slotte dient in de WMG een terugstortverplichting bij overschrijding van het budget te worden opgenomen.

Het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG voorziet in deze mogelijkheden. De geplande ingangsdatum is 2012.

Op basis van de gewijzigde WMG dient de NZa de verdere vormgeving van het beheersmodel te regelen in beleidsregels en algemene regels. Zo zal de NZa per ziekenhuis de hoogte van het honorariumbudget moeten vaststellen. Dit gebeurt in de vorm van een beschikking voor het ziekenhuis. Daarmee wordt het ziekenhuis jegens de NZa budgetverantwoordelijk.

De NZa zal voorts regels opstellen om de omvang van een eventuele budgetoverschrijding en dus van de terugstortverplichting voor het ziekenhuis te bepalen.

De voorwaarden waaronder 'via-declareren' is toegestaan, zullen in algemene declaratieregels van de NZa worden neergelegd; daarbij gaat het met name om de afspraken tussen de medisch specialisten onderling (vorming van 'het collectief') en tussen het collectief en het ziekenhuis. Deze afspraken bepalen vervolgens of aan de voorwaarden voor via-declareren is voldaan. Als niet aan de voorwaarden voor 'via-declareren' wordt voldaan, moet de medisch specialist 'aan' het ziekenhuis declareren.

#### Privaatrechtelijke afspraken

Het akkoord legt een verantwoordelijkheid neer bij ziekenhuis en medisch specialisten. Er zijn afspraken nodig, tussen medisch specialisten onderling en tussen het collectief en het ziekenhuis. Dit is een louter privaatrechtelijke aangelegenheid.

Medisch specialisten dienen met elkaar een 'collectief' te vormen dat bindende afspraken maakt met het ziekenhuis over de verantwoordelijkheid voor het honorariumbudget en de aanwending daarvan. Het collectief maakt ook afspraken met maatschappen of individuele specialisten over de verdeling van het budget. De medisch specialist behoudt zijn – aangepaste – toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis.

Via de WMG kan de medisch specialist niet worden verplicht deel te nemen aan het collectief. De WMG kan wel een faciliterende rol spelen ('via-declareren' mogelijk maken). Via de privaatrechtelijke weg kan deelname aan het collectief dwingend worden geregeld. Zo kan bijvoorbeeld in een aangepaste toelatingsovereenkomst de eis worden opgenomen dat een specialist is aangesloten bij het collectief.

## De maatschap kan niet over eigen vermogen beschikken

### Maatschap of coöperatie

Het onderhandelingsakkoord laat in het midden welke juridische vorm het collectief heeft. Een stafmaatschap zoals relatief veel instellingen die nu al kennen, is mogelijk, maar ook bijvoorbeeld een coöperatie is denkbaar.

Veel instellingen kennen nu een stafmaatschap, die zou kunnen optreden als collectief. Voordeel hiervan is dat de stafmaatschap vaak al functioneert als een vertrouwde waarde binnen

het ziekenhuis en tussen de specialisten onderling.

Een alternatieve rechtsvorm is de coöperatie. De coöperatie wordt geregeld in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. Doel van een

coöperatie is voorzien in de stoffelijke behoeften van de leden. Daartoe worden overeenkomsten met de leden gesloten.

Een coöperatie heeft ons inziens lichte voordelen ten opzichte van een (staf)maatschap. Beide rechtsvormen zijn op gelijke wijze in te richten, maar de coöperatie heeft rechtspersoonlijkheid.<sup>3</sup> De maatschap heeft dat niet en kan daardoor niet over eigen vermogen beschikken. In- en uittreden in een coöperatie is eenvoudiger dan in een maatschap waar het principe van een onverdeeld vermogen van de maten geldt dat bij uittreden moet worden overgedragen. De coöperatie kent verder de mogelijkheid van beperking en zelfs uitsluiting van aansprakelijkheid van haar leden, waar in de maatschap de maten voor een gelijk deel aansprakelijk zijn. De inrichting van de coöperatie, zoals lidmaatschap en bestuur, kent een wettelijk kader, terwijl bij de maatschap alles moet worden geregeld op basis van contracten. Dit kan met het oog op implementatie een voordeel zijn. Tegelijkertijd stelt de wet weinig eisen aan de inrichting van de coöperatie en is er veel vrijheid voor inrichting op maat.

### De rol van de coöperatie

De coöperatie heeft een relatie met het ziekenhuis en een relatie met haar leden.

De relatie met het ziekenhuis heeft de volgende kenmerken. De verantwoordelijkheid voor het

honorariumbudget en de verdeling ervan verschuiven van het ziekenhuis naar de coöperatie (en indirect naar de leden). De coöperatie wordt dus risicodragend voor het honorariumbudget.

De coöperatie maakt in dat verband namens zijn leden bindende afspraken met het ziekenhuis over onder meer: de verantwoordelijkheid voor het honorariumbudget waaronder het terugbetalen van budgetoverschrijdingen, productie en maximale wachttijden, de vast/variabel-verdeling van de omzet binnen de marges van het onderhandelingsakkoord, kwaliteitsbevordering, debiteurenrisico en bevoorschotting.

De relatie met de leden ziet er op hoofdlijnen als volgt uit:

- Lid van de coöperatie worden de specialistenmaatschappen dan wel individuele medisch specialisten.
- Iedere maatschap sluit een lidmaatschaps-overeenkomst met de coöperatie waarin de afspraken met het ziekenhuis worden doorvertaald en een verdeelsystematiek wordt afgesproken.
- Binnen de coöperatie worden afspraken gemaakt over de wijze waarop het budget per maatschap wordt vastgesteld en hoe eventuele overschrijdingen worden gecorrigeerd en terugbetaald aan het ziekenhuis. De verdeling tussen de maten wordt binnen de maatschap geregeld; dat is geen aangelegenheid van de coöperatie.
- De inrichting van de governance binnen de coöperatie, stemverhoudingen en procedures wordt uitgewerkt in statuten en reglementen van de coöperatie, maar hiervoor bestaat een grote mate van vrijheid.

### Kansen

De coöperatie is dus een alternatief voor de stafmaatschap. We beschrijven twee mogelijke ontwikkelingen waarbij de coöperatie als rechtsvorm een rol kan spelen.

#### Aandeelhouder

De minister van VWS heeft in haar brief aan de Tweede Kamer 'Zorg die werkt' haar beleids-

## Bij een coöperatie is uitsluiting van aansprakelijkheid mogelijk

beeld: iStockphoto



## SAMENVATTING


- De uitwerking van de budgettering van de medisch specialisten vergt een arrangement van publiekrechtelijke en privaatrechtelijke maatregelen die in elkaar grijpen.
- Dit stelt eisen aan de vormgeving en inrichting van het 'collectief' van medisch specialisten in het ziekenhuis.
- De rechtsvorm van de coöperatie biedt daarbij de beste mogelijkheden.

doelstellingen uiteengezet. Onderdeel daarvan is het voornemen om winstuitkering voor ziekenhuizen mogelijk te maken.<sup>4</sup> Hiertoe zal de Wet Cliëntenrechten Zorg worden aangepast. De adviesaanvraag wordt voor de zomer naar de Raad van State gestuurd.

Als deze wijziging er komt, ontstaat er een interessant perspectief voor de coöperatie. Deze zou immers een financieel (risicodragend) belang in het ziekenhuis kunnen nemen en zo ook voor noodzakelijk kapitaal zorgen. Voordeel van dit participatiemodel is dat strategische keuzes over de koers van de ziekenhuisorganisatie door de coöperatie zowel vanuit de medisch-inhoudelijke beroepsuitoefening als vanuit de gezamenlijke financiële belangen van de leden kunnen worden benaderd. Bovendien wordt hiermee de vermogensstructuur van het ziekenhuis versterkt, hetgeen ook het aantrekken van vreemd vermogen voor investeringen kan faciliteren.<sup>5</sup>

### *Carrièreperspectief*

Een andere mogelijke ontwikkeling is de wijze waarop de loopbaan van nieuw toetredende specialisten vorm kan krijgen. In een coöperatiemodel zou een beginnend specialist in loondienst van de coöperatie kunnen komen en, na verloop van tijd, doorgroeien naar resultaatgerechtigd lid. Dat vergt duidelijke afspraken over kosten en dergelijke, indien de maatschap lid is van de coöperatie. Gezien de verwachte wijzigingen bij de instroom van nieuwe specialisten – flexibeler werktijden et cetera – heeft een model met meer flexibiliteit voor de arbeidsovereenkomst voordelen boven de traditionele structuren.

Verder kan via de coöperatie de afkoop van goodwill worden geregeld, waarvoor in de plaats winstbewijzen in de coöperatie komen. Tevens kan via de coöperatie een inderdien- dan wel een *performance based*-model worden geïntroduceerd. Dit wordt ook bij andere professionele dienstverleners gehanteerd. 

## Jeugdzorg

De jeugdzorg is al jaren een puinhoop. Slechte detectie van problemen, gebrekkige diagnostiek, geen mogelijkheden tot het doen van risicopreventie. Dat is de Tweede Kamer niet ontgaan (hoe kan het ook anders, als de kranten vol staan over de missers). En die wil er iets aan doen. Een nobel streven.

Probleem is echter dat de Haagse politici de slechtst mogelijke oplossing voorstaan. Omdat ze de juist wel goed werkende aspecten van de zorg voor kinderen en jeugdigen willen samenvoegen met de disfunctionerende rest. Omdat ze het medische deel van de zorg, namelijk de kinder- en jeugdpsychiatrie, uit de geneeskunde willen verwijderen en samen met de jeugdzorg onder de verantwoordelijkheid willen brengen van de gemeenten.

Dat er veel schort aan de opvang voor kinderen, de evaluatie en de preventie van risico's, is juist. Maar een van de belangrijkste redenen hiervoor is niet dat de organisatie onvoldoende is gecentraliseerd, maar dat er onvoldoende inzet is van psychiaters, medici die getraind zijn in diagnostiek en risico-inschatting. De psychiatrie is een medische discipline en de kinder- en jeugdpsychiatrie dus ook. Die hoort net als de rest van het vak gewoon bij het ministerie van VWS thuis. Ik begrijp dat de zorg voor kinderen een extra emotionele snaar raakt. De oplossing is echter een grotere professionalisering, niet een versterking van de bureaucratie (die laatste heeft er juist voor gezorgd dat men in de jeugdzorg meer tijd besteedt aan papieren invullen dan aan gezinnen helpen).

Als we echt een puinhoop van de jeugdzorg willen maken, dan heeft de Tweede Kamer de blauwdruk hiervoor geschreven.

René Kahn,  
psychiater



De voetnoten vindt u bij dit artikel op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Meer artikelen over dit onderwerp vindt u in het dossier specialisteninkomens.



#### Voetnoten

1. Voorhangbrief van 26 april 2010, kenmerk CZ / IPZ 2996974.
2. Brief van minister Svijppers aan de Tweede Kamer 16 maart 2011 'Nadere uitwerking voorhang beheersmodel medisch specialisten'.
3. Opgemerkt wordt dat met de invoering van het wetsvoorstel Personenvennootschappen ook de maatschap rechtspersoonlijkheid kan krijgen.
4. Kamerstuk MC-U-3048431 van 26-01-2011.
5. Zie over de mogelijkheden van participatiemodellen ook het artikel van Plantinga en Hakbijl in het Financieele Dagblad van 26 april 2011 'Ziekenhuis is nu toe aan nieuwe eigendomsvorm'.