

# Van een zorggroep met certificaathouders

De eerste huisartsenzorggroepen in Nederland bestaan tien jaar. De rechtsvorm en juridische structuur van zorggroepen is divers: zo zien wij bijvoorbeeld coöperaties, maatschappen en stichtingen. Ook een zorggroep als B.V. met daarboven een STAK (Stichting Administratiekantoor) komt regelmatig voor. Het STAK blijkt aan populariteit in te boeten ten gunste van de coöperatie aan het hoofd van de structuur. Welke overwegingen spelen hierbij een rol en waar loopt men tegenaan bij een dergelijke structuurverandering?

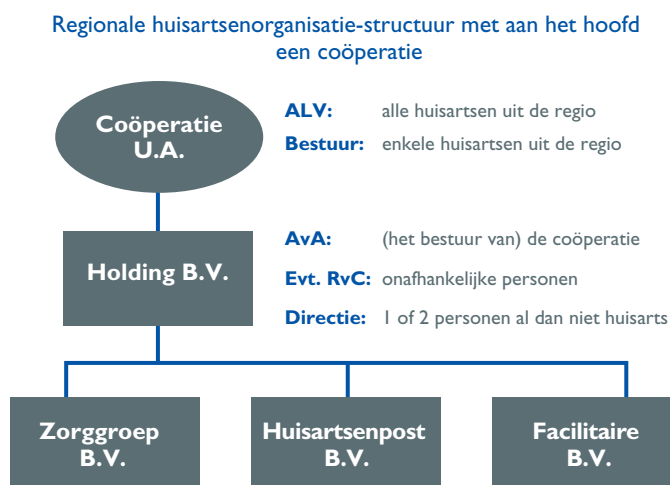
In het verleden zijn zorggroepen met aan het hoofd een STAK opgezet om slagvaardig van start te kunnen gaan en de huisartsen te binden door mogelijk financieel gewin. De aangesloten huisartsen zijn certificaathouder van de B.V. en het STAK is de aandeelhouder. De zeggenschapsrechten verbonden aan de aandelen berusten bij het bestuur van het STAK. De inspraak van de huisartsen is over het algemeen beperkt tot de benoeming van de bestuurders van het STAK. Voor het overige hebben zij in de regel geen inspraak en is het bestuur van het STAK ook niet verplicht om jaarlijks verantwoording af te leggen aan de certificaathouders.



De certificaathouders zijn gerechtigd tot de financiële rechten verbonden aan de aandelen. Dit betekent dat een eventuele uitkering van winst uit de B.V. toekomt aan de certificaathouders. Winstuitkeringen komen echter niet veel voor. Wel zien wij dat huisarts-certificaathouders die met pensioen gaan de mogelijkheid wordt geboden hun certificaten aan de zorggroep te verkopen tegen de intrinsieke waarde van die certificaten. Door de reserves die sommige zorggroepen hebben opgebouwd kan die intrinsieke waarde hoger zijn dan de inleg. Huisartsen die bij de start van de zorggroep voor een relatief kleine bijdrage certificaathouder zijn geworden, ontvangen ten tijde van hun pensionering door verkoop van de certificaten dan een koopsom die hoger is dan die inleg.

## Keerzijde certificering

Nu de zorggroepen steeds meer werkzaamheden van en voor de huisartsen gaan verzorgen, wensen de huisartsen in deze tijd vaak meer zeggenschap dan het enkele recht om de bestuurders van het STAK te benoemen. Daarnaast blijkt dat de hogere huidige waarde van de certificaten toetreding van nieuwe huisartsen als certificaathouder onaantrekkelijk/moeilijk maakt. Toetreders wordt immers gevraagd de huidige waarde te betalen. Ook brengt certificering administratief veel werk met zich mee. Voor iedere overdracht van certificaten is een overeenkomst en besluitvorming vereist. Om die redenen overwegen zorggroepen een coöperatie aan het hoofd van de structuur in plaats van een STAK. De aangesloten huisartsen zijn dan lid van de coöperatie en vormen gezamenlijk de ALV. De ALV is het hoogste orgaan van de coöperatie en daarmee het hoogste orgaan in de structuur. Toe- en uittreding als lid is administratief eenvoudig en over het algemeen is geen hoge waarde verschuldigd bij toetreding. Overigens sluit een coöperatie aan het hoofd van de structuur ook goed aan bij de landelijke tendens waarbij alle huisartsenorganisaties uit een betreffende regio worden ondergebracht in één juridische structuur.



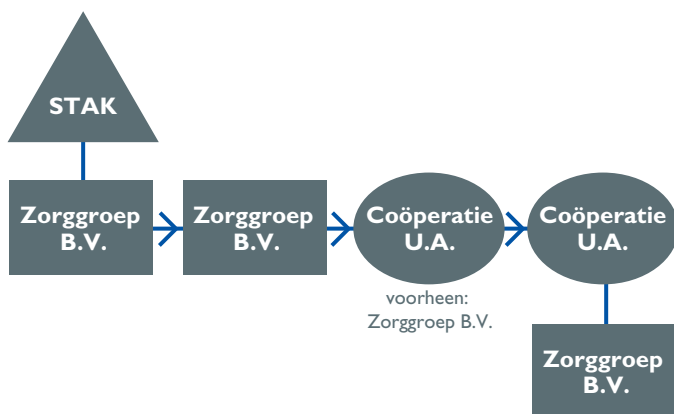
## naar leden

**Van STAK naar coöperatie**

Vervang het STAK door een coöperatie en de nieuwe structuur is een feit, zul je in eerste instantie denken. Zo eenvoudig is het echter niet. Om naar de nieuwe structuur te komen dient eerst te worden gedecertificeerd. Hierbij leveren de aangesloten huisartsen hun certificaten in voor aandelen in de Zorggroep B.V. en wordt het STAK opgeheven. Aan die decertificering moeten alle huisartscertificaathouders actief hun medewerking verlenen. De decertificering wordt vastgelegd in een notariële akte. Hiertoe dient de behandelend notaris alle huisartscertificaathouders persoonlijk te zien (verplichte identificatie).

Vervolgens kan de Zorggroep B.V. worden omgezet in een coöperatie. Hierbij wordt als het ware het aandeelhouderschap van de B.V. geruild voor het lidmaatschap van de coöperatie. Op grond van de wet kunnen de huisartscertificaathouders schadeloosstelling vragen voor het verlies van hun aandelen. Dit is niet de bedoeling, omdat er hiermee weerstandsvermogen uit de zorggroep verdwijnt.

Om te voorkomen dat huisartscertificaathouders niet meewerken/schadeloosstelling vragen, is het belangrijk dat het voor elk van hen duidelijk is waarom de structuurverandering gewenst is. Tevens kan het “overzetten” van de waarde van de aandelen op een risicodragende ledenrekening eraan bijdragen dat alle huisartsen uiteindelijk hun medewerking verlenen. Afhankelijk van de verdere structuur kan door de coöperatie tot slot weer een Zorggroep B.V. worden opgericht waarin de zorggroep wordt ingebracht. <<

**Stroomschema: van STAK aan hoofd-structuur naar coöperatie**

Oskar Gietema, notaris Gietema legal  
Linda Meijer, kandidaat-notaris

**Uurtarieven keten-DBC's: onzin!**

De onderhandelingen over zorgprogramma's met zorgverzekeraars zijn al weer in volle gang. Zorgverzekeraars maken daarbij gebruik van de ruimte die de markt biedt. In de NZa-beleidsregel huisartsen- en multidisciplinaire bekostiging 2015 staat voor S2 en S3 vrije tarieven. Vervolgens komt er een NZa-berekening waar het norminkomen van een huisarts in S1, met gereguleerde tarieven, en S2 en S3 met vrije tarieven op uit zou kunnen komen. Ambtenarschaal 16 BBRA komt daar opvallend veel voor. Is dat niet uit de tijd van overheidssturing? Is de NZa niet dubbelhartig in de aanpak van gezondheidszorgmarkt?

Laat al de sturing en discussie nu eens gewoon los. Je hebt een bedrijf, bijvoorbeeld een zorggroep, en je moet een contract afsluiten. Er is een vrij tarief. Als zorgonderneming beoordeel je welke expertise, hulpmiddelen en dergelijke je nodig hebt om de klus te klaren. Je hebt onderaannemers nodig en die moet je inhuren voor een marktconforme prijs. Het economisch principe geldt dat als het aanbod kleiner is dan de vraag, de prijs stijgt en vice versa. Nu wil je graag huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, fundusfoto's, diëtisten, medisch specialisten en een ketenzorginformatiesysteem inkopen. Dan is het feit dat deze onderaannemers uit een gereguleerde markt (S1) ook inkomsten hebben, niet relevant. Je moet gewoon de marktprijs betalen in de vorm van een integraal uurtarief. Een wijkverpleegkundige kost bijvoorbeeld 75 euro per uur, een POH-ggz 76 euro per uur, een diëtiste 63 euro per uur, et cetera. Een medisch specialist kost 138 euro per uur. Nu moet je het integraal uurloon van een huisarts gaan berekenen. Dat is een kwestie van marktbenadering: voor welk tarief krijg je de huisarts zo ver dat zij voor jou wil werken?

Dat zorgverzekeraars die zo goedkoop mogelijke polissen willen verkopen met de beste inhoud, dat proberen om te sturen in de prijsvorming, is logisch. Zij komen met inkoopkaders, met benchmarks en met alle mogelijke onderhandelings technieken. Maar de integrale ketenzorg is een vrije markt en een zorggroep een zorgonderneming die goede zorg wil verlenen tegen een marktconforme prijs. De prijs die u wilt hebben voor een bepaald product, bepaalt uw prijsaanbod aan de zorgverzekeraar en niet NZa-uurtarieven die niet van toepassing zijn op S2 en S3 of inkoopkaders van zorgverzekeraars en benchmarks. Geen overeenstemming, geen contract en geen integrale zorg voor patiënten.

Laat de zorgverzekeraar dat maar uit gaan leggen aan zijn patiënten. Dat moet je als zorggroep dan wel durven zeggen en doen! Als je dat niet kan of wil, wordt het wellicht tijd voor een zorgmakelaar.

Jan Erik de Wildt  
Directeur De Eerstelijns

Reageren? [Je.dewiltdt@de-eerstelijns.nl](mailto:Je.dewiltdt@de-eerstelijns.nl)