

108. De coöperatie, hét vehikel voor regionale samenwerking in de wijkverpleging

ELINE LAM

De coöperatie biedt kleine wijkverpleegkundige aanbieders de mogelijkheid om – met behoud van zelfstandigheid – gezamenlijk met de zorgverzekeraars te contracteren. Daarmee kunnen zij tegemoetkomen aan de wens van minister De Jonge om vanuit één herkenbaar wijkteam zorg te leveren en meer samen te werken. Dit artikel bespreekt de coöperatie als samenwerkingsvorm voor zorgaanbieders in de wijkverpleging, waarbij twee varianten aan bod komen (de coöperatie-zorgaanbieder en de coöperatie-niet-zorgaanbieder). Ook de mededingingsrechtelijke aspecten van regionale samenwerking in de coöperatie worden besproken.

Toekomstperspectief De Jonge

In de wijkverpleging zijn veel kleine organisaties en zelfstandige wijkverpleegkundigen actief. Volgens minister De Jonge levert deze *'doorgeschoten marktwerking (...) een ongezonde cocktail op voor de zorg'*. De Jonge ziet het liefst een daling van het aantal aanbieders en hij wil de huidige versnippering in het aanbod tegengaan, ook als de keuzevrijheid van cliënten daardoor wordt beperkt. Ook moet de samenwerking in de wijk worden versterkt. Gaan we toe naar één grote organisatie per wijk? Of heeft de kleine zorgaanbieder nog bestaansrecht?

De roep om samenwerking in de wijkverpleging wordt steeds sterker, net als de roep om het ongecontracteerd leveren van zorg tegen te gaan. De Jonge ziet het liefst één herkenbaar team per wijk, in plaats van *'twintig verschillende autootjes bij de serviceflat'*.¹ Samenwerking is daarbij het sleutelwoord, zowel binnen het wijkverpleegkundig team als met netwerkpartners: meer integrale zorg en samenwerkingsafspraken met bijvoorbeeld gemeenten, ziekenhuis en huisartsenpost, en samen met de zorgverzekeraars afspraken maken over zorg in de ANW-uren (avond-nacht-weekend).²

Pilot Zilveren Kruis

Bij het tegengaan van de huidige versnippering speelt de zorgverzekeraar een belangrijke rol. De verzekeraar kan met zijn inkoopbeleid sturen op het zorgaanbod in de wijk.

Al tijden strijden de zorgverzekeraars tegen de toename van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Contracteren is voor de partijen bij de hoofdlijnenakkoorden hét vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek.³ De kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging zijn per cliënt per maand hoger dan die van gecontracteerde zorg, wat veelal verklaard wordt door minder doelmatige personeelsinzet.⁴

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis experimenteert sinds 2016 met een nieuwe aanpak bij de inkoop van wijkverpleegkundige zorg. In deze pilot contracteert Zilveren Kruis nog maar met een beperkt aantal aanbieders. Amsterdam is een van de pilotgemeenten. Aanvankelijk waren er ongeveer honderd gecontracteerde zorgaanbieders in Amsterdam. Zilveren Kruis heeft in Amsterdam nu slechts tien grote samenwerkende zorgaanbieders gecontracteerd. Negentig zorgaanbieders die voorheen werden gecontracteerd, zijn nu dus ongecontracteerd.⁵

Deze pilot sluit aan bij het door De Jonge geschetste toekomstperspectief. De Amsterdamse partijen zijn met elkaar in gesprek om de gespecialiseerde zorg en de nacht-zorg gezamenlijk te organiseren. Een gezamenlijk bemiddelingsbureau bemiddelt als een van de zorgaanbieders een nieuwe cliënt niet zelf kan plaatsen.

1 E. van der Aa & L. Kok, 'We moeten bij de zorg terug naar het gezond verstand', AD 1 maart 2019.

2 Kamerbrief bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging, 14 mei 2019, *Kamerstukken II* 2018/19, 23235, nr. 181.

3 Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, 6 juni 2018, *Kamerstukken II* 2017/18, 25424, nr. 420, p. 5.

4 Monitor contractering wijkverpleging 2018 (rapport NZa van 26 april 2018), Rapport (niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging (rapport Arteria consulting van 13 december 2017, bijlage bij *Kamerstukken II* 2017/18, 29689, nr. 885).

5 S. Bremmers, 'Zilveren Kruis wijzigt aanpak wijkverpleging na debacle Utrecht', *Zorgvisie*, 27 juni 2019.

Wat met de niet-gecontracteerde aanbieders is gebeurd, is niet duidelijk. Een deel van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieders is volgens Zilveren Kruis gestopt en sommige cliënten zouden zijn overgestapt naar gecontracteerde aanbieders. Daarnaast is niet duidelijk wat de gevolgen van de pilot als geheel zijn voor het aandeel van niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de geleverde wijkverpleegkundige zorg in Amsterdam. Zijn zij verdwenen of worden zij bijvoorbeeld als onderaannemer van een gecontracteerde zorgaanbieder ingezet?

De coöperatie in de wijkverpleging?

De pilot van Zilveren Kruis en de wens van De Jonge roepen de vraag op of kleine zorgaanbieders in de toekomst kunnen blijven voortbestaan. De door De Jonge gestelde doelen kunnen worden bereikt door per wijk met één grote zorgaanbieder te contracteren. De kleine zorgaanbieder is het kind van de rekening, net als de cliënt wiens keuzemogelijkheid wordt beperkt. Kleinschaligheid en persoonlijk contact zijn voor cliënten redenen om een kleinschalige zorgaanbieder te kiezen. Ook kiezen cliënten voor een kleinschalige zorgaanbieder vanwege diens religieuze of culturele identiteit.

De coöperatie biedt kleine wijkverpleegkundige aanbieders de mogelijkheid om – met behoud van zelfstandigheid – gezamenlijk met de zorgverzekeraars te contracteren

Zeker, de wildgroei aan zorgaanbieders (zeker als zij van twijfelachtige kwaliteit zijn) moet worden aangepakt, maar ook de partijen bij het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging hebben tot uitgangspunt genomen dat alle aanbieders die zorg van goede kwaliteit op doelmatige wijze leveren, moeten kunnen deelnemen aan het contracteerproces.⁶ Ook De Jonge erkent dat één wijkverpleegkundig team per wijk, niet betekent één team van één zorgaanbieder. Het gaat hem er vooral om dat er een herkenbaar team is dat aanspreekbaar is voor cliënten. Zo'n team kan ook worden gevormd uit samenwerkende aanbieders.

In dit artikel wordt ingegaan op de coöperatie als samenwerkingsvorm. Ook andere samenwerkingsvormen waarbij partijen zelfstandigheid behouden, zijn mogelijk. Bijvoorbeeld een contractuele samenwerking of onderlinge dienstverlening, waarbij de 'onderaannemer' zorg verleent in opdracht van de 'hoofdaannemer', die voor de geleverde zorg afrekent met de zorgverzekeraar. Het belangrijkste voordeel van de coöperatie ten opzichte van andere samenwerkingsvormen is de slagkracht. Door de structuur van de coöperatie en besluitvorming in de algemene ledenvergade-

ring, kunnen meer en verdergaande samenwerkingsafspraken worden gemaakt.

Bij een contractuele samenwerking geldt bovendien het risico dat de samenwerking als een vennootschap onder firma wordt aangemerkt. Bij een VOF gelden er ruimere wettelijke aansprakelijkheidsregels: alle deelnemende partijen zijn als vennoten hoofdelijk aansprakelijk voor de schulden van het samenwerkingsverband. Voordeel van de coöperatie is dat de aansprakelijkheid van de leden kan worden beperkt of uitgesloten, mits deze beperking of uitsluiting naar buiten toe kenbaar is (in dat geval wordt 'B.A.' of 'U.A.' aan de naam van de coöperatie toegevoegd). Ten opzichte van een hoofdaannemer-onderaannemersconstructie is het voordeel van een coöperatie de gelijkwaardigheid van partijen. Vooral voor kleine zorgaanbieders, die in deze constructie vaak de onderaannemers zullen zijn, heeft de gelijkwaardige samenwerkingsrelatie in een coöperatie voordelen.

Kenmerken coöperatie

Het doel van de coöperatie is het in stand houden van één wijkverplegingsnetwerk in de regio. De coöperatie is een bijzondere vereniging, waarvan in dit geval de samenwerkende zorgaanbieders in de regio of wijk lid zullen zijn. Anders dan de vereniging, heeft de coöperatie een economisch belang (*'het voorzien in stoffelijke behoeften van haar leden'*). De relatie tussen de coöperatie en haar leden is tweeledig; op de eerste plaats vormen de samenwerkende zorgaanbieders gezamenlijk het hoogste orgaan van de coöperatie, de algemene ledenvergadering. Op de tweede plaats gaan alle leden van de coöperatie afzonderlijk een ledenovereenkomst aan met de coöperatie. Daarin worden de zakelijke afspraken over de samenwerking tussen de zorgaanbieder en de coöperatie vastgelegd.

De coöperatie kent een eigen bestuur en mogelijk een raad van commissarissen. De dagelijkse leiding van de coöperatie is in handen van het bestuur. De bestuurders kunnen worden aangewezen uit de leden of daarbuiten, bijvoorbeeld op basis van iemands specifieke expertise. Een raad van commissarissen is optioneel voor de coöperatie die niet zorgaanbieder is (zie hierna). Afhankelijk van de omvang en activiteiten van de coöperatie zal moeten worden bepaald of het instellen van een raad van commissarissen wenselijk is.

Net als bij de vereniging is de algemene ledenvergadering het hoogste orgaan en beslist die over benoeming en ontslag van het coöperatiebestuur, vaststelling van de jaarrekening en goedkeuring van bepaalde bestuursbesluiten. Het is mogelijk om andere organen in te stellen, zoals een auditcommissie. Ook kunnen adviesraden worden ingesteld. Een voorbeeld is een onafhankelijke commissie die beslist of een nieuwe zorgaanbieder lid mag worden van de coöperatie. De samenstelling, taken en bevoegdheden van

⁶ Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, 6 juni 2018, *Kamerstukken II 2017/18*, 25424, nr. 420, p. 6.

een commissie of adviesraad worden in de statuten of bij reglement bepaald.

De coöperatie-zorgaanbieder

Een van de belangrijkste afwegingen die de coöperatie in oprichting zal moeten maken, is de vraag door wie de zorg geleverd zal worden. Dat de coöperatie zelf wordt aangemerkt als zorgaanbieder is een van de mogelijkheden. In dat geval heeft de coöperatie een WTZi-toelating nodig en is de Zorgbrede Governancecode ook op de coöperatie van toepassing (en is instelling van een raad van commissarissen bijvoorbeeld verplicht). Een WTZi-toelating is niet nodig op niveau van de leden als zij uitsluitend zorg leveren in onderaanneming.

Als de coöperatie zelf wordt aangemerkt als zorgaanbieder, dan kan de coöperatie voor zichzelf onderhandelen en contracteren met de zorgverzekeraars. De coöperatie besteedt de zorglevering vervolgens uit aan haar leden via onderlinge dienstverlening. De inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars bepalen vaak dat de hoofdaannemer maar een beperkt deel van de zorg mag uitbesteden aan onderaannemers. Daarbij wordt vaak een uitzondering gemaakt voor coöperaties. Zij mogen wel 100% van de zorg uitbesteden aan leden.

Het belangrijkste voordeel van de coöperatie als zorgaanbieder is dat zij als één contractspartij kan optreden. Andersom is er voor zorgverzekeraars, cliënten en derden zoals netwerkpartners ook één aanspreekpunt, bijvoorbeeld op gebied van kwaliteit. Ook kan de coöperatie-zorgaanbieder mogelijk kleine zorgaanbieders aan zich binden die nu alleen niet-gecontracteerde zorg leveren. Sommige kleine zorgaanbieders kunnen zelfstandig niet voldoen aan de inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars, en kiezen er dan voor om dan maar niet-gecontracteerde zorg te leveren. Zo stellen sommige zorgverzekeraars bijvoorbeeld de eis dat de zorgaanbieder minimaal 1fte hbo-verpleegkundigen niveau 5 op gemiddeld 55 klanten in vaste dienst heeft.⁷

Niet alle inkoopvoorwaarden kunnen centraal op niveau van de coöperatie geregeld worden. De inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars verplichten de hoofdaannemer vaak dat zij de inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraar een-op-een aan haar onderaannemers doorlegt. Het is afhankelijk van de formulering in de inkoopvoorwaarden en overeenkomsten of onderaannemers zelf aan de eisen moeten voldoen, of dat het mogelijk is om gezamenlijk (in combinatie) of op het niveau van de coöperatie aan de eisen te voldoen.

Een ander aandachtspunt voor de coöperatie-zorgaanbieder is het naleven van de regels met betrekking tot medezeggenschap van ondernemingsraden en cliëntenraden. Afhankelijk van de inrichting van de coöperatie zullen of

alleen de leden of zowel leden als coöperatie over een cliëntenraad en ondernemingsraad moeten beschikken.

De coöperatie-niet-zorgaanbieder

Als de coöperatie zelf geen zorgaanbieder is, kan zij wel namens haar leden onderhandelen met de zorgverzekeraars en kan zij op basis van een volmacht voor ieder van haar leden met de zorgverzekeraars contracteren. De samenwerkende zorgaanbieders blijven in dat geval zélf de zorgaanbieder. Het voordeel van een coöperatie-niet-zorgaanbieder is dat geen WTZi-toelating nodig is, de Zorgbrede Governancecode niet van toepassing is (voor zover zorgverzekeraars daarmee instemmen) en daardoor ook geen verplichte raad van commissarissen hoeft te worden geïnstalleerd.

De coöperatie is hét vehikel voor de wijkverpleging om aan de wens van minister De Jonge te voldoen, zonder dat kleine zorgaanbieders die kwalitatief goede zorg leveren van de markt verdwijnen

De coöperatie kan wel een rol spelen op het gebied van ondersteunende diensten, zoals administratie en backoffice. Ook kunnen andere samenwerkingsafspraken worden gemaakt met de leden (zie hierna).

Samenwerkingsafspraken binnen de coöperatie

Voor beide varianten geldt dat samenwerkingsafspraken tussen de coöperatie en de leden worden vastgelegd in een ledenovereenkomst. Denk bijvoorbeeld aan de te betalen contributie. Ook kan de coöperatie de leden via de ledenovereenkomst minimumkwaliteits- en veiligheidseisen opleggen (waaronder door zorgverzekeraars gestelde eisen van kwaliteit of doelmatigheid). Andere mogelijkheden zijn toepassing van een gezamenlijke klachtenregeling en het aanwijzen/instellen van een cliëntvertrouwenspersoon, klachtencommissie of geschillencommissie en bemiddeling voor zorgaanbieders bij het verkrijgen van certificeringen.⁸ Ook de inzet van personeel en het gezamenlijk regelen van onplanbare zorg en nachtzorg, kan in de ledenovereenkomst worden overeengekomen.

Ook het declaratieproces kan door de coöperatie worden verricht. Als de leden zelf contracteren met de zorgverzekeraars, kan de coöperatie een faciliterende rol spelen bij het declaratieproces van haar leden. Afspraken over het (uitbesteden van) het declaratieproces worden vastgelegd

7 Zie bijv. de inkoopvoorwaarden wijkverpleging 2019 van Menzis, CZ en VGZ.

8 Sommige vereisten uit de Wkkgz, zoals de klachtenregeling en aansluiting geschilleninstantie, kunnen centraal geregeld worden op niveau van de coöperatie. De coöperatie-zorgaanbieder zal ook zelf aan de Wkkgz moeten voldoen.

in een separate service level agreement. Als de coöperatie zelf contracteert en declareert, maken de coöperatie en de leden afspraken over de vergoeding van de in onderaanneming geleverde zorg.

De coöperatie biedt kleine spelers in de wijkverpleging de kans om mee te blijven doen mét behoud van zelfstandigheid en de eigen identiteit

Om de samenwerkingsdoelen te behalen zal het voor een toekomstige coöperatie van belang zijn om de preferente zorgverzekeraar in de regio mee te krijgen in de te maken afspraken. De zorgverzekeraar zal uiteindelijk bereid moeten zijn om met de coöperatie c.q. haar leden te contracteren. Als de coöperatie één herkenbaar team in de wijk wil leveren, conform de politieke wens van minister De Jonge, heeft het bovendien de voorkeur dat de zorgverzekeraar naast de (leden van de) coöperatie niet ook met andere aanbieders in de wijk contracteert. Het initiatief daartoe zal bij de zorgverzekeraar moeten liggen, omdat het gezamenlijk afdwingen van exclusiviteit (en daarmee buitensluiten van andere aanbieders), stuit op het verbod op concurrentiebeperkende afspraken (zie hierna).

Toezicht ACM

De veelheid aan kleine zorgaanbieders in de wijkverpleging is volgens minister De Jonge een gevolg van doorgeschoten marktwerking in de wijkverpleging.⁹ Zijn oproep aan zorgaanbieders in de wijkverpleging om intensiever te gaan samenwerken, is ook een roep om minder marktwerking in de wijkverpleging. Tegelijkertijd is het toezicht van de ACM op de sector van toepassing en zijn vergaande samenwerkingen niet zonder meer toegestaan. Het toezicht van de ACM kan in dit geval worden onderverdeeld in (i) concentratietoezicht en (ii) het verbod van concurrentiebeperkende afspraken.

Concentratietoezicht

Het concentratietoezicht van de ACM is van toepassing indien een samenwerking leidt tot een ‘concentratie’, dat wil zeggen een duurzame wijziging van zeggenschap in een onderneming of deel daarvan.¹⁰ Het concentratietoezicht is eveneens van toepassing op de oprichting van een gemeenschappelijke onderneming die duurzaam alle functies van een zelfstandige economische eenheid vervult.

Wanneer de bij de concentratie betrokken ondernemingen bepaalde omzetrempels halen, dan moet de concentratie gemeld worden bij de ACM en geldt er een stand still-ver-

plichting. Voor de zorg gelden bovendien verlaagde omzetrempels.¹¹ Daarnaast moet onder omstandigheden een concentratie ook gemeld worden bij de NZa.

Om te beoordelen of de samenwerking in de coöperatie kwalificeert als een concentratie is het van belang in hoeverre de samenwerkende zorgaanbieders ten opzichte van elkaar zelfstandige marktpartijen blijven. Daarbij maakt het niet uit dat de zorgaanbieders ook als afzonderlijke rechtspersonen blijven bestaan, wanneer zij als voorheen onafhankelijke ondernemingen samengaan in een economische entiteit. Daarvan is onder meer sprake als de nieuwe economische entiteit onder één permanent ondernemingsbestuur wordt gebracht dat beslist over de strategische en commerciële belangen van de onderneming (zoals ook het geval is bij bestuurlijke fusie).¹²

Hoe voorkom je dat de oprichting van de coöperatie als concentratie wordt aangemerkt? Het sleutelwoord is behoud van zelfstandigheid. Iedere zorgaanbieder blijft zelf beslissen over het strategische en commerciële beleid van haar eigen onderneming. Bijvoorbeeld over de wijze waarop zorg wordt verleend (zoals kwaliteit en uitvoering van eigen zorgactiviteiten waaronder duur consult, aannamebeleid en investeringen) of de strategische beslissing om wel of niet een overeenkomst met de zorgverzekeraar aan te gaan. Een coöperatie-zorgaanbieder zal dus eerder als één economische entiteit worden aangemerkt dan een coöperatie-niet-zorgaanbieder.

Als het concentratietoezicht van toepassing is, zal de ACM toetsen of de concentratie de daadwerkelijke mededinging op (een deel van) de Nederlandse markt op significante wijze zou kunnen belemmeren.

Verbod van concurrentiebeperkende afspraken

Blijven de zorgaanbieders als zelfstandige marktpartijen bestaan, dan leiden bepaalde vormen van samenwerking tussen deze concurrenten tot een inbreuk op het verbod van concurrentiebeperkende afspraken.¹³ Veel ruimte bestaat er voor samenwerking op niet-concurrentiegevoelige aspecten, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit en samenwerking in de ANW-uren.¹⁴ Bij afspraken over concurrentiegevoelige informatie ligt dat anders, hoewel de ACM tot uitgangspunt neemt dat afspraken die tot stand komen in gezamenlijk overleg tussen zorgaanbieders, patiënten (of hun vertegenwoordigers) en zorgverzekeraars, voor de

9 Kamerbrief bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging, 14 mei 2019, *Kamerstukken II* 2018/19, 23235, nr. 181.

10 Zie art. 27 Mw en art. 3 Vo 139/2004.

11 Zie het Besluit tijdelijke verruiming toepassingsbereik concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen.

12 Y. de Vries 2008 (*Tekst & Commentaar Mededingingswet*), art. 27, aant. 2.

13 Zoals neergelegd in art. 6 lid 1 Mededingingswet. In hoofdstuk 6 van haar Richtsnoeren voor de Zorgsector (ACM, maart 2018) heeft de ACM de toepassing van het kartelverbod in de zorgsector nader uiteengezet.

14 Het uitgangspunt voor partijen bij het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging is dat deze ‘infrastructurale voorzieningen’ in principe niet-concurrentieel zijn. Dit is in lijn met de Richtsnoeren voor de Zorgsector (ACM, maart 2018), zie par. 6.3.3.1.2.

ACM niet direct aanleiding zijn om aan te nemen dat een samenwerking nadelig uitpakt.¹⁵

Verboden zijn afspraken die ertoe strekken of tot gevolg hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Voorbeelden zijn het maken van tariefafspraken of uitwisselen van informatie over tarieven zonder zorginhoudelijk doel of het collectief beperken van het aanbod richting patiënten of collectief boycotten van een contractsvorstel van een zorgverzekeraar.¹⁶ Deze afspraken beperken in principe de mededinging.

Ook marktverdelingsafspraken waarbij de coöperatie het werk in de regio verdeelt onder de leden zonder zorginhoudelijk doel, of afspraken binnen de coöperatie die verhinderen dat nieuwe zorgaanbieders lid kunnen worden van de coöperatie (en daardoor niet tot de markt kunnen toetreden), kunnen mededingingsbeperkend zijn. Als de coöperatie kwaliteitseisen wil stellen aan nieuwe zorgaanbieders die tot de markt willen toetreden, dan moeten deze afspraken objectief, open en niet-discriminerend zijn en de procedure voor toetreding moet transparant en onafhankelijk zijn (bijvoorbeeld via een onafhankelijke commissie).

De uitwisseling van concurrentiegevoelige informatie vormt ook een risico. Bij concurrentiegevoelige informatie in de zorgsector kan men bijvoorbeeld denken aan informatie over toekomstig strategisch beleid, gegevens betreffende patiëntenzorg, herkomst van en aantal patiënten, zakelijke relaties, leveranciers, markten, personeel, verkoop- en marketingplannen, financiële en andere commerciële informatie. Uiteindelijk hangt het af van de concrete marktomstandigheden of een uitwisseling van informatie de mededinging beperkt. De coöperatie zal moeten voorzien in een mechanisme waarbij de leden wel met elkaar kunnen samenwerken, zonder dat concurrentiegevoelige informatie met elkaar gedeeld wordt. Hierbij kan gedacht worden aan het opstellen van protocollen over informatiedeling.

Een coöperatie (in oprichting) heeft de mogelijkheid om haar samenwerking vóóraf te laten toetsen door de ACM door middel van een self-assessment. Zij kan de casus en de beoogde voordelen van de samenwerking voorleggen aan de ACM, en daarmee duidelijkheid krijgen over de vraag of zij mogelijk inbreuk maakt op het verbod van concurren-

tiebeperkende afspraken. De ACM heeft aangegeven dat zij altijd eerst waarschuwt voordat zij ingrijpt en partijen de gelegenheid geeft om hun afspraken aan te passen.¹⁷

Conclusie

De coöperatie is hét vehikel voor de wijkverpleging om aan de wens van minister De Jonge te voldoen, zonder dat kleine zorgaanbieders die kwalitatief goede zorg leveren van de markt verdwijnen of alleen nog niet-gecontracteerde zorg kunnen leveren. Dat zou een goede ontwikkeling zijn. Als zorgverzekeraars alleen nog met enkele grote aanbieders per regio contracteren, gaat dat ten koste van de keuzevrijheid van de patiënt.

Het belangrijkste voordeel van de coöperatie ten opzichte van andere samenwerkingsvormen is de slagkracht

Zowel de coöperatie-zorgaanbieder als de coöperatie-niet-zorgaanbieder bieden kleine spelers de kans om mee te blijven doen, mét behoud van zelfstandigheid en de eigen identiteit. Beide varianten kunnen tegemoet komen aan de wens van minister De Jonge van één herkenbaar samenwerkend wijkverpleegkundig team per wijk. Als het gaat om het maken van nieuwe bekostigingsafspraken met de zorgverzekeraars, is de coöperatie-zorgaanbieder geschikter, omdat in die variant de zorgaanbieders als één contractspartij gecontracteerd worden.

Ook de kwaliteit van de geleverde zorg kan via de coöperatie worden versterkt en er kan een efficiëntieslag worden gemaakt door processen centraal te regelen. Naast goede afspraken binnen de coöperatie en aandacht voor het mededingingsrecht, is betrokkenheid van de zorgverzekeraar bij de oprichting van de coöperatie een kernvoorwaarde.

Over de auteur

Mr. drs. E.R. Lam

Advocaat ondernemingsrecht, team gezondheidszorg bij Kennedy Van der Laan.

e-mail: eline.lam@kvdl.com

cc: zip@sdu.nl

15 *Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn*, p. 2.

Patiënten kunnen bij de te maken afspraken worden betrokken door consultatie van de cliëntenraden van de verschillende zorgaanbieders of het betrekken van (lokale) patiëntenorganisaties bij de samenwerkingsafspraken.

16 *Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn*, p. 4.

17 *Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn*, p. 2.