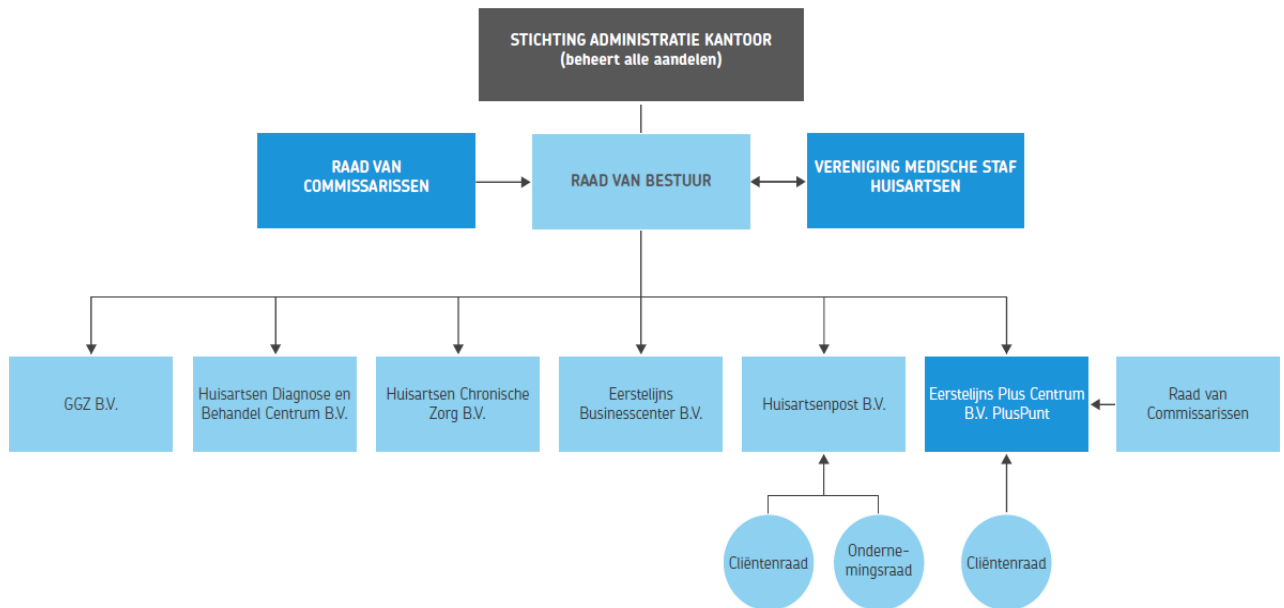


## B. Een holding met STAK en Huisartsenvereniging



### STRUCTUUR

#### Aard van de organisatie

Deze van-voor-en door-huisartsen organisatie regelt de 24/7-uurs huisartsenzorg voor 270.000 inwoners via één centraal loket. De organisatie heeft een brede portfolio met onder andere chronische zorg, avond- nacht en weekend zorg, anderhalvelijnszorg en diagnostiek. De organisatie begon in 2001 als stichting waarin de nachtdiensten gezamenlijk werden uitgevoerd. In 2005 is de stichting omgezet in een vennootschapsstructuur. Zo zou de invloed van de huisartsen beter verankerd zijn. 'Dan is en blijft het van ons' en 'ontstaat niet snel een instelling op afstand'. De holding is aandeelhouder van vijf werkmaatschappijen en heeft een 51% belang in een werkmaatschappij met het ziekenhuis ten behoeve van de organisatie voor en samenwerking met de specialisten. Deze laatste werkmaatschappij heeft een eigen raad van commissarissen.

De organisatie bevindt zich in een economisch kwetsbare regio met veel laag opgeleiden, ouderen met multi-morbiditeit, sociale problematiek en een krimpende bevolking. Er zijn hoge zorgkosten. Ook na een correctie op de populatiekenmerken nog ruim boven het landelijk gemiddelde. De bevolking is door de organisatie al goed in kaart gebracht. Zij zetten momenteel de eerste concrete stappen in het populatiemanagement, waarbij de Triple Aim doelstellingen worden nagestreefd.

#### Statuten

De statuten dateren uit 2015. De huisarts-certificaathouders zijn de eigenaar van de holding, waarbij een Stichting Administratief Kantoor (STAK) als houder van de certificaten fungeert. Van de 130 huisartsen zijn er 107 certificaathouders. Het statutaire doel van de Stak statuten houden verband met deze beheersfunctie en de belangen van de huisartsen. Juridisch gezien hebben de certificaathouders alleen financieel belang en is de zeggenschap belegd bij het STAK bestuur. Zij zijn

de Algemene vergadering van aandeelhouders (AVA). Doordat de certificaathouders de bestuurders benoemen en ontslaan bestaat er een correctiemechanisme op het uitoefenen van de zeggenschap door het bestuur. De certificaathouders komen twee keer per jaar bij elkaar. De certificaten kennen een vaste -redelijk gestelde- waarde die een vertrekkend huisarts krijgt uitgekeerd en waarmee een startende arts kan instappen.

Het statutaire doel van de holding is economisch/bedrijfsmatig van aard. De doelstellingen die verband houden met de (kwaliteit van) zorg zijn opgenomen in de statuten van de werkmaatschappijen. *[is dat zo?; die statuten heb ik niet]*

#### *Toezicht en bestuur*

De organisatie kent sinds 2009 een raad van commissarissen. In het burgerlijk wetboek en het uitvoeringsbesluit WTZi wordt de wettelijke grondslag gezien voor het instellen van de raad van commissarissen. De omvang van de RvC is niet in de statuten vastgelegd. De commissarissen hebben een toezichthoudende en adviserende taak. De raad van commissarissen wordt benoemd door de AVA van de Stak, de facto het bestuur van de Stak.

Deze AVA benoemt ook de bestuurders van de holding (ook directie genoemd), waarbij de commissarissen een bindende voordracht geven. De raad van bestuur bestaat uit een voorzitter en 'tenminste een lid dat verantwoordelijk is voor medische en zorg-inhoudelijke taken'. Statutair is een duaal bestuur noodzakelijk, maar de borging van medische en zorg-inhoudelijke taken is niet aan een specifiek profiel gekoppeld.

De tegengestelde belangenregelingen zijn opgenomen conform de vigerende wetgeving. Dat wil zeggen dat de bestuursbesluitvorming bij een tegenstrijdig belang van een van de bestuurders in het uiterste geval overgenomen kan worden door de raad van commissarissen of de AVA. De wetgever -en deze statuten- zijn daarmee minder stringent dan de governance code. Er zijn een aantal (te doen gebruikelijke) besluiten die de raad van bestuur van de holding ter goedkeuring dient voor te leggen aan de toezichthouders. Vervolgens is het aan de toezichthouders om te beoordelen of deze besluiten mogelijk medische of zorginhoudelijke zaken betreffen omdat in zo'n geval advies gevraagd moet worden bij de vereniging Medische Staf Huisartsen (MSH).

Van de vereniging MSH zijn alle huisartsen lid. Deze vereniging is als rechtsopvolger van de Regionale Huisartsen Vereniging de belangenbehartiger van de huisartsen in de regio.

Zowel het Stak bestuur als de raad van bestuur van de holding dienen 'besluiten die van invloed kunnen zijn op het medische of het zorginhoudelijke functioneren van huisartsen .....[waaronder begrepen apotheekhoudende huisartsen werkzaam binnen de regio van de vereniging zijn]..... voor te leggen aan vereniging MSH.

In de statuten van de vereniging MSH staat -als spiegelbeeld- 'het adviseren van en instemmen van beleid op medische inhoudelijk gebied bij het raad van bestuur en Stak bestuur' als taak genoemd. Deze statutaire verwerking in drie verschillende statuten (Stak, holding en vereniging) wordt op de website van deze organisatie samengevat als 'De vereniging MSH stuurt de holding medisch inhoudelijk aan.'

Het lidmaatschap van de vereniging MSH en/of het houden van certificaten in de Stak is voorbehouden aan de praktijkhoudende huisartsen. Hidha's zijn kandidaat-leden. Bij de vereniging zelfs zonder contributie te betalen. De functies van bestuurder van de Stak en de Vereniging MSH sluiten elkaar uit.

De reglementen zijn in revisie dus de uitwerking van de statuten kan niet verder worden weergegeven.

### Interne organisatie

Teneinde slagvaardig op te kunnen treden wordt gebruik gemaakt van een structuur waarin sprake is van dagelijks bestuur (DB), kernstaf en plenaire staf. Essentieel voor de goede werking van de structuur is adequate communicatie, terugkoppeling en maximale betrokkenheid van de leden MSH. De leden kernstaf en plenaire staf zijn verantwoordelijk voor een vlotte respons op voorgestelde ontwikkelingen. Het dagelijks bestuur hanteert een aanpak die grote lijnen inzichtelijk maakt en treedt dwingender op met betrekking tot tijdige respons.

**NB de organisatie werkt momenteel aan een overzicht van alle overleggen. Dit volgt dus nog.**

## ACTOREN

### Stak-bestuur

Het Stak bestuur is sinds december 2017 weer compleet. Het was een periode wat onderbezet en minder zichtbaar. Het bestuur bestaat nu uit drie leden, maar kan indien gewenst uitgebreid worden met meer leden, zolang het aantal leden oneven blijft (statuten: min. 3, max. 7).

Hoewel de zeggenschap van de certificaathouders gering is, wordt dit in de praktijk geheel anders beleefd. In de twee jaarlijkse bijeenkomsten vraagt het bestuur feedback op beleidsvoornemens en worden plannen voorgelegd. Het bestuur stelt de leden echter -terecht- niet in de gelegenheid om te stemmen.

De geïnterviewde Stak voorzitter geeft aan dat het bestuur zich meer positioneert en de leden een podium wil geven voor het stellen van vragen e.d. Huisartsen blijken toch niet goed te weten wat de rol van het Stak bestuur is. Voor de vereniging MSH is dat blijkbaar duidelijker. Het bestuur wil het verschil nu expliciet uitdragen. De achterban moet weten dat men voor het organisatorisch beleid bij de Stak moet zijn en voor de 'inhoud in je spreekkamer' bij de vereniging. Aan de hand van voorbeelden moet dit wel duidelijk worden. Als voorbeeld noemt hij dat het teruglopende bezoek aan de huisartsenpost -met allerlei financiële consequenties- een verminderde inzet van huisartsen mogelijk maakt. Maar omdat de STAK meer over de continuïteit van de organisatie gaat ligt het vraagstuk daar op tafel.

De Vereniging MSH is van oudsher de vereniging met gezag en aanzien bij de achterban. Het is in feite de 'huisartsenmacht' binnen de BV structuur. Veel kwesties vragen om een soepel schakelen tussen de Stak en MSH besturen. De beide huisartsen besturen hebben over en weer vertrouwen in elkaar. Zij treffen elkaar in de kernstafvergadering met de raad van bestuur en portefeuillehouders en vergaderen maandelijks gezamenlijk. Dan worden de organisatie- en belangenlijnen met elkaar in overeenstemming gebracht. Zo kan de organisatie gebruik maken van het gezag van de vereniging MSH. Dat is een krachtig middel want 'dokters willen ook gehoord worden', waarbij ook duidelijk moet zijn dat niet alle meningen overgenomen kunnen worden. In dit spectrum ziet de huisarts de zorggroep als faciliterend en uitvoerend. Dit beeld wordt ook door (medewerkers van) de zorggroep bevestigd.

Verder wil het Stak bestuur graag bemoeienis met de LHV kring. De LHV kring bemerkt dat de input van hun leden matig is. Mensen zijn niet meer te enthousiasmeren en op iedere vergadering zitten dezelfde dokters. Het Stak bestuur (en MSH?) willen hun positie gebruiken om de kring van input te voorzien, 'want de kring is voor ons wel de looplijn naar Utrecht en daar zitten zij met de minister

om tafel en wij niet'. De idee is nu dat de Stak evenals de raad van bestuur en de vereniging MSH de LHV kring van de regio-input gaan voorzien.

Intussen ziet de beroepsgroep het huisartsenbestand veranderen. Er komen meer (parttime) dokters en minder praktijkhouders, waarmee de facto het aantal Hidha's en waarnemers dus toeneemt. Het Stak bestuur wil nadrukkelijker kijken naar de rol en positie van de hidha. Op de laatste beleidsdag zijn alle hidha's en de vertegenwoordigers van de Wagro's uitgenodigd. Het bestuur ambieert een grotere betrokkenheid van deze dokters. Dat vraagt om een cultuuromslag. Een tweede noviteit voor deze beleidsdag was de inzet van de huisartsenpost waar iedere huisarts indien gewenst, vanaf drie uur gebruik van kon maken. De voorzitter is er van overtuigd dat betrokkenheid gecreëerd wordt door een ontmoetingscultuur. Fysieke plaatsen voor scholing en de kantoorruimten die als 'eigen' ervaren worden helpen daarbij. Vroeger had de huisartsenpost die functie ook, maar door de vele waarnemers is die functie verloren gegaan en bovendien is het er zo druk dat je nauwelijks koffie kan drinken.

Iedereen is doordrongen van de gaande ontwikkeling van meer samenwerken met stakeholders en 2<sup>e</sup> lijn ketenpartners. Vrijwel iedereen voelt zich ook verantwoordelijk voor de hoge zorgkosten en vindt dat het collectief via de zorggroep iets moet doen. De individuele vraag: Hoe krijg ik dat allemaal voor elkaar in mijn praktijk? is echter ook volstrekt legitiem.

De voorzitter vertrouwt er op dat iedere verandering begint met voortrekkers, goede voorbeelden en een eenduidige boodschap van de Stak, de MSH en de holding bestuurders en toezichthouders.

### Raad van commissarissen

#### *Samenstelling en structuur.*

Doordat de vorige raad van commissarissen gelijktijdig gestart is (2009), is de huidige raad in korte tijd in zijn totaliteit gewisseld. (3 leden). Als eerste van dit drietal is de huidige voorzitter in mei 2017 aangetreden. Bij de selectie en benoeming van toezichthouders speelt het Stak bestuur uiteraard een formele rol, maar het is vooral een samenwerkingstraject tussen Stak bestuur en voorzitter geweest. Met de Cliëntenraad was al overeengekomen dat ze bij de benoeming van alle toezichthoudende leden adviesrecht hebben in plaats van een voordracht voor één lid.

De voorzitter van de Stak vertelt dat de kwestie 'al dan geen huisarts als toezichthouder' bij het opstellen van het profiel aan de orde kwam. Besloten is hier van af te zien omdat de huisartsenpositie al op alle niveaus voldoende geborgd is. De meerwaarde van een raad van commissarissen wordt groter geacht als dit een brede afspiegeling van de maatschappij is. Daarbij is er wel voorkeur voor mensen met ervaring in maatschappelijke -non profit- organisaties. Het feit dat de voorzitter-commissaris een achtergrond in de gezondheidszorg heeft wordt als positief gezien. Verder werkt een commissaris met de financiële expertise in het hoger onderwijs en de andere had en heeft bestuurlijke functies in kinder-, jeugd- en maatschappelijke organisaties.

Regelmatig wordt op informele en onbevangen wijze een beroep gedaan op de kennis en ervaring van de voorzitter-commissaris, hetgeen deze als prettig ervaart. Hiermee krijgt de adviesrol van een toezichthouder gestalte. Hij constateert dat huisartsen oprecht geïnteresseerd zijn in de toezichthoudende rol. 'Als je vervolgens blijkt geeft van kennis van het huisartsenvak en de ervaren problematiek, ontstaat een basis van vertrouwen'.

Volgens de voorzitter-commissaris werkt de vennootschapsstructuur met het eigenaarschap bij de huisartsen en de verbinding tussen Stak bestuur en certificaathouders erg positief. Voor toezichthouders is het toezichthouden in dit type organisatie wel lastig: de echte werkvloer is bij de

huisartsen in de praktijk. De governance code past ook niet zo goed in dit soort situaties. Dit is feitelijk een netwerkorganisatie terwijl de -verder uitdijende code- toch institutioneel gericht blijft.

#### *Visie en toekomst*

De voorzitter-commissaris geeft aan dat de organisatie een interessante fase doormaakt. Als organisatie in wording zal een cultuuromslag plaatsvinden waarin de huisarts moet meebewegen. En de huisartsen staan open voor veranderingen. Ze hebben het besef dat ze met elkaar verder moeten, dat schaalvergroting nodig is en dat ze samen met het ziekenhuis en GGZ aan de slag moeten. De problematiek van alleen acteren wordt nu ervaren. Dit is de vooravond van een nieuw slag; een huisarts 'voor zichzelf' kan niet meer. Veel huisartsen hebben inmiddels een bredere managerial dimensie.

Samen met de huisartsen zou de voorzitter-commissaris aan een nieuw model willen bouwen, waarin de organisatie meer wordt dan een faciliterende ondersteunde organisatie. De intern gerichte doelstelling 'van, voor en door de huisartsen' heeft in de praktijk haar meerwaarde bewezen, maar daar zou nog 'het patiëntenperspectief en wat de buitenwereld van ons wil', meer expliciet aan kunnen worden toegevoegd. Om dat te bereiken zou een kwaliteits- en een managerial dimensie moeten worden toegevoegd aan het interne faciliterende profiel. Zo'n dimensie reikt verder dan alleen optreden als belangenbehartiger.

Om zo'n nieuw model te bouwen is het ook voor de raad van commissarissen belangrijk in heel goed contact te staan met de huisartsen. Bovendien betekent het toevoegen van dimensies voor de commissarissen een breder (in)zicht in de organisatie, breder dan de financiële paragraaf. Bij de commissarissen is behoefte aan het volgen en monitoren van de resultaten van de huisartsenzorg, waarbij de huisartsengroep ook verantwoording aflegt. Om die controlerende taak goed uit te kunnen voeren is er adequate informatie nodig. Een audit op de huisartsenpost geeft al inzicht, maar ook de kwaliteit van de chronische zorg behoort in systematische rapportage op het juiste aggregatieniveau. Daar wordt dit jaar met de bestuurder al aan gewerkt.

Los van de structuur geeft zo'n gezamenlijke ambitie de organisatie kracht. Ambitie verbindt mensen en dan worden ze trots.

#### **Raad van bestuur**

De geïnterviewde bestuurder vertelt dat in de loop der tijd nieuwe initiatieven steeds eenvoudig aangehaakt werden bij de opgezette vennootschapsstructuur. Daardoor kon de organisatie organisch groeien tot de holding met de werkmaatschappijen.

#### *Raad van Bestuur*

Bij de inrichting van de organisatie was/is het uitgangspunt dat in elk gremium een huisarts zitting heeft. Voor de driehoofdige raad van bestuur heeft dit geleid tot een volgende invulling. Een lid met medische achtergrond voor de chronische en anderhalvelijnszorg, een huisarts-bestuurder met de focus op medische onderwerpen en medische stakeholders en een (niet medische) algemeen directeur. Deze behoudt een overall blik op bedrijfskundige en financiële facetten. De bestuurder voelt zich daarmee ook eindverantwoordelijk voor het geheel. Bij de vergaderingen van de raad van commissarissen zijn de drie bestuursleden aanwezig. Hoewel de statuten niet expliciet aangeven dat de medische en zorginhoudelijke taken door een regionale huisarts uitgeoefend moeten worden is dit wel gebruikelijk. Tot nog toe is dit goed gelukt en heeft een 'dubbele pet' op bestuursniveau niet tot problemen geleid. Mocht er op enig moment geen geschikte huisarts beschikbaar zijn dan zou de borging van de huisartseninvloed op een andere manier geregeld moeten worden. Varianten als bijvoorbeeld de verankering in de Vereniging MSH of het toevoegen van een medisch adviseur aan de RvB.

### *Visie op sturing en bestuursstijl*

Naast de formele regelingen, met de centrale rol van de vereniging MSH op het gebied van medische en zorginhoudelijke zaken wordt er sterk gestuurd op betrokkenheid in een cultuur van elkaar zien en elkaar kennen. Binnen de BV's zijn er verschillende commissies (HAP, GGZ, ouderen) werkzaam waarbij een groot appel gedaan wordt op de huisartsen. Door de gemeentelijke decentralisatie en de -wijkgerichte- regulier drukke praktijken wordt dit wel steeds moeilijker.

De organisatie wordt door stakeholders gezien als dé regionale huisartsenpartij. Ze acteert in een overzichtelijk speelveld met 1 ziekenhuis, 1 zorgverzekeraar, 10 gemeenten waarvan 3 kerngemeenten (60 % van het volume), 3 samenwerkende care organisaties. De ambulante thuiszorg is wel meer versnipperd.

De bestuurder noemt de volgende succesfactoren:

- Een gezamenlijke visie en beleid, samen met de huisartsen ontwikkeld.
  - Men is doordrongen dat er meer wijkgericht en in gezamenlijkheid met andere zorgverleners gewerkt moet worden.
  - Er is besef dat nagedacht moet worden over de levering aan patiënten, meer servicegericht en het betrekken van de patiënt bij de te maken keuzen.
  - In toenemende mate in staat om Triple Aim te concretiseren.
  - Steeds met huisartsen voorbereiden en starten zoals het Eerstelijnspluspunt.
- Geen gedwongen winkelnering
  - Chronische keten doet iedereen.
  - Brede portfolio: meerdere producten om de algemene beleidslijn te realiseren.
  - Alle interventies zijn gericht op de toekomst en passen in de visie. De huisarts bepaalt zelf waar de praktijk aan meedoet, afhankelijk van praktijk en wijk (Be my guest).
- Relatie met de zorgverzekeraar.
  - Beleid door de strot duwen gaat niet werken.
  - Nieuwe aanpak gepresenteerd: Pluspraktijken.
  - Vijfjarencontracten. Probleem blijft wel relatie ZVW en WMO / ZV versus gemeenten.

Gezien de samenstelling van de bevolking legt de organisatie steeds meer nadruk op het ouderen beleid. Het eerstelijnspluspunt (anderhalvelijnszorg) en de juist ontwikkelde PLUS-praktijken gaan zich meer richten op ouderen. Voor het eerstelijnspluspunt betekent dit dat het verschuiven van zorg (bijv. dermatologie) minder interessant is en een meer duurzamer concept van geïntegreerde zorg als de echte substitutie wordt gezien.

De huisartsen die kiezen -er waren meer dan voldoende gegadigden- voor het concept PLUS-praktijken accepteren het hele pakket aan veranderingen. Daarbij is zo'n praktijk verzekerd van organisatieondersteuning en financiering van het extra werk. Opvallend is de differentiatie tussen de praktijken, die bij deze aanpak zichtbaar wordt.

Op het niveau van de PLUS-praktijken worden ook de patiënten (in gesprekken) getrokken. Dat lijkt succesvoller dan gebruik te maken van de regionale patiëntenorganisatie. Die inbreng beperkt zich tot het leveren van mensen die het individuele niveau niet ontstijgen, terwijl je zou willen dat zij onderzoek doen naar bijvoorbeeld de patiëntwaarden van bepaalde doelgroepen.

### **Toekomst**

Zowel de bestuurder als de voorzitter-commissaris refereren aan toekomstige ontwikkelingen. De commissaris verwacht dat de geïnstitutionaliseerde 2<sup>e</sup> lijn verandert in een aantal interventiecentra

die sterk gerobotiseerd en IT afhankelijk zijn. Tegelijkertijd wordt 70% van de zorg chronisch en kan naar de 1<sup>e</sup> lijn. De superspecialisatie van medisch specialismen vraagt om een nieuwe verbindingspositie van meer generalistische 2<sup>e</sup> lijns specialismen zoals dat met de SEH arts al te zien is.

Bij dit alles wordt veel verwacht van de eerste lijn. In deze regio wil de zorgverzekeraar hier met deze organisatie en het regionale ziekenhuis verder vorm aan geven. De toezichthouder geeft aan dat de organisatie graag gebruik maakt van zijn brede kennis en ervaring binnen en buiten de regio in zo'n proces. Het bestuur ziet de ontwikkeling als een stap naar populatiemanagement. Als er per regio middelen aan bepaalde doelgroepen gekoppeld worden zal een interne verdeling gerealiseerd moeten worden. Dat wordt op termijn een spannend proces waar de zorgverzekeraar ook zeker in meedenkt.

Vooralsnog benadert de bestuurder samenwerkingen met partners bewust vanuit het perspectief van huisartsenorganisatie. Gecombineerde organisaties leveren al snel gedeelde verantwoordelijkheid op en mogelijke onduidelijkheden over verantwoordelijkheidsverdeling. De bestuurder heeft een voorkeur voor samenwerkingsovereenkomsten vanuit de inhoud. Zo'n overeenkomst fungeert als het kader voor de huisartsen. Dan kan de organisatie namens de huisartsen optreden en ondertekenen.

Voor de toezichthouders is het volgen van de verbinding tussen de huisartsen en de organisatie belangrijk. De toezichthouders willen weten in hoeverre de organisatie verankerd blijft bij de achterban. Als de organisatie het mandaat verkrijgt moet ze dit ook op de langere termijn kunnen waarmaken naar de buitenwereld.

#### *Tenslotte*

Alle geïnterviewden wijzen op het belang van de cultuur van de organisatie die zoveel bepalender is dan de structuur. Cultuur heeft te maken met de onderliggende waarden. Om tot resultaten te komen wordt rekening gehouden met de waarde van respectievelijk professionals, zorgverzekeraars en patiënten.