

Addendum dienstverband
Het Witte Boek deel IV

**Gevolgen van invoering DOT
en prestatiebekostiging**

Addendum dienstverband

Het Witte Boek deel IV

Gevolgen van invoering DOT en prestatiebekostiging

Inhoud

1 Inleiding	4
1.1 Introductie	5
1.2 Leeswijzer	5
2 Ontwikkelingen	6
2.1 Financiering en bekostiging tot en met 2011	7
2.2 Financiering en bekostiging per 2012	9
2.3 Rol en positie medisch specialist in dienstverband per 2012	11
3 Rol en positie van medisch specialist in dienstverband	12
4 Organisatie van medisch specialisten in dienstverband (OMSD)	16
Colofon	17

1

Inleiding



“Medisch specialisten in dienstverband merken de gevolgen van deze veranderingen.”

1.1 INTRODUCTIE

► *Per 1 januari 2012 is er veel in de bekostiging en financiering van de medisch specialistische zorg veranderd. Een transitie naar volledige prestatiebekostiging is ingezet voor de ziekenhuizen. En medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren vallen tijdelijk onder het beheersmodel medisch specialisten. Gelijktijdig is de DOT-systematiek ingevoerd.*

Medisch specialisten in dienstverband merken de gevolgen van deze veranderingen. ◀

Dit tweede addendum van het Witte Boek deel IV richt zich specifiek op de veranderingen voor medisch specialisten in dienstverband per 2012 werkzaam in algemene en categorale ziekenhuizen. Het informeert u over de relevante ontwikkelingen en veranderingen per 2012 en beschrijft mogelijkheden en instrumenten die uzelf, uw vakgroep en de medische staf kunnen helpen hierop te anticiperen.

De adviezen die de Orde van Medisch Specialisten (OMS) in dit addendum geeft zijn niet bindend, maar bieden u een handvat. Dit addendum van het Witte Boek is een initiatief van de OMS en is vindbaar op www.orde.nl.

1.2 LEESWIJZER

Hoofdstuk 2 vat de ontwikkelingen in financiering en bekostiging samen en schetst de gevolgen voor de rol en positie medisch specialisten in dienstverband. Hoofdstuk 3 bevat een aantal uitgewerkte veranderingen. Tot slot beschrijft hoofdstuk 4 de lokale vorming van een organisatie van medisch specialisten in dienstverband.

Heeft u vragen of opmerkingen over dit document? Stuur dan een e-mail naar infodesk@orde.nl. ◀

2 Ontwikkelingen

Financiering en bekostiging tot en met 2011:

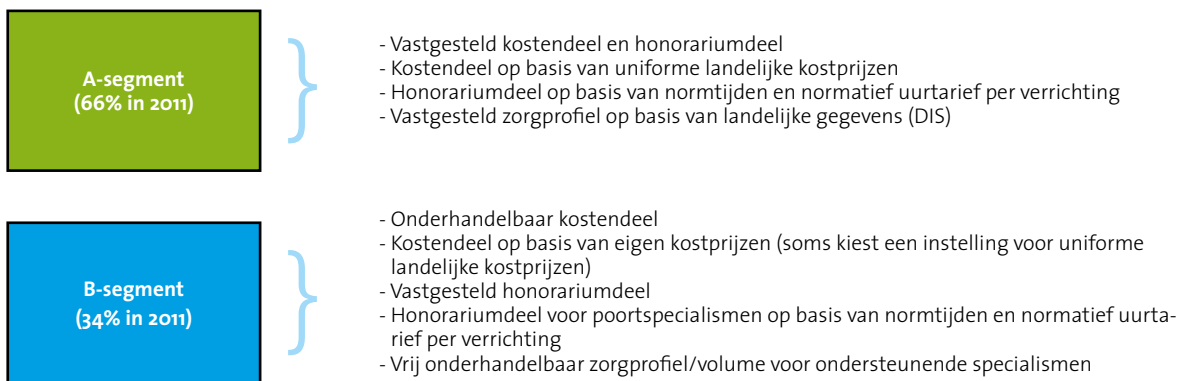
- DBC's
- Budget en omzet

Financiering en bekostiging per 2012:

- DOT
- Prestatiebekostiging
- Macrobeheersingsinstrument en beheersmodel

Rol en positie medisch specialist in dienstverband per 2012

“De medisch specialist in dienstverband was tot 2012 met zijn activiteiten en registraties mede bepalend voor zowel de vulling van het budget van het ziekenhuis als het genereren van omzet voor het ziekenhuis.”



Figuur 1. A- en B-segment DBC's in 2011

De ontwikkelingen in bekostiging en financiering heeft de OMS in dit hoofdstuk voor u samengevat. Daarnaast treft u een analyse van de gevolgen voor medisch specialisten in dienstverband.

2.1 FINANCIERING EN BEKOSTIGING TOT EN MET 2011

DBC's

In 2005 zijn diagnose behandelcombinaties (DBC's) ingevoerd in de medisch-specialistische zorg.

Een DBC is een administratieve en financiële vertaling van een daadwerkelijk geleverde prestatie door ziekenhuis en medisch specialist in de vorm van een standaard prestatie (combinatie van diagnose en behandeling). Deze standaard prestatie kent een prijs bestaande uit kosten ziekenhuis en honorarium medisch specialist.

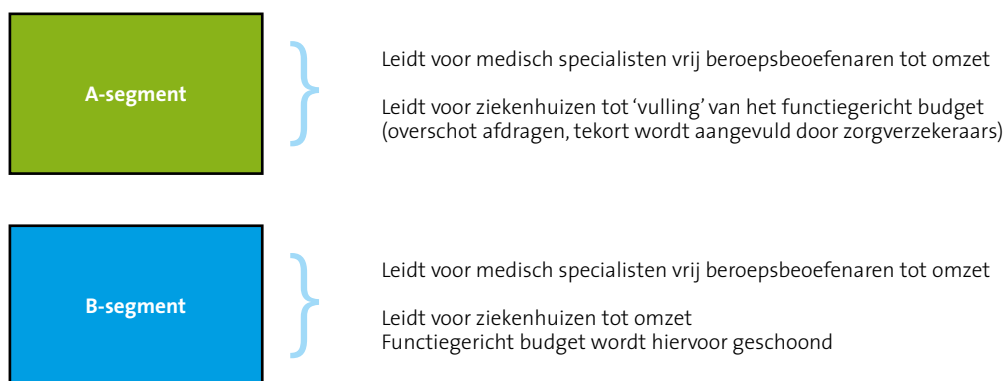
De medisch specialist registreert de DBC als combinatie van een zorgtype, diagnose en behandeling.

Het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) controleert (valideert) de standaardprestatie uit de registratie van diagnose, zorgactiviteiten en ingevoerde behandelas (behandelcode). De standaardprestatie met prijs wordt vervolgens door het ziekenhuis gedeclareerd bij de zorgverzekeraar of patiënt.

De invoering van DBC's had als doel de prestaties geleverd door ziekenhuis en medisch specialist transparanter te maken. Daarmee werd het ook mogelijk voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om te onderhandelen over inhoud van een prestatie (zorgprofiel) en de prijs. Deze mogelijkheid om te onderhandelen over inhoud en prijs van een DBC is sinds 2005 in stappen uitgebreid.

In 2011 was 34% van de DBC's onderhandelbaar. Deze DBC's vormen het zogenaamde B-segment. De onderhandeling over een B-segment DBC mocht daarbij gaan over het zorgprofiel ziekenhuisdeel (incl. zorgactiviteiten van ondersteunende specialismen) en het kostendeel ziekenhuis. Het honorarium medisch specialist en de zorgactiviteiten van poortspecialismen waren niet onderhandelbaar. In 2011 was 66% van de DBC's niet onderhandelbaar. Deze A-segment DBC's hebben een vastgesteld zorgprofiel met een vastgestelde prijs (kosten én honorarium).

Figuur 1 geeft nogmaals weer hoe A- en B-segment DBC's zijn opgebouwd.



Figuur 2. Budget en omzet in 2011

Budget en omzet

Alle A- en B-segment DBC's worden door het ziekenhuis gedeclareerd en door de zorgverzekeraar (of patiënt) betaald mits deze akkoord is met de declaratie. De ontvangen betaling bestaat uit een kostendeel ziekenhuis en een honorariumdeel medisch specialist. Dit honorariumdeel is bedoeld als vergoeding voor de inspanning van de medisch specialist, zowel in dienstverband als vrij beroep.

Afhankelijk van het soort DBC (A- of B-segment) en of er sprake is van betrokkenheid van een medisch specialist in dienstverband over vrij beroep wordt de ontvangen betaling op verschillende manieren doorgeleid:

Als het een A-segment DBC is, is het betaalde kostendeel ziekenhuis vulling van het budget van het ziekenhuis. Dit geldt ook voor het honorariumdeel van deze A-segment DBC, mits dit honorarium betrekking heeft op activiteiten van een medisch specialist in dienstverband¹.
Als het een B-segment DBC is, is het

ontvangen kostendeel ziekenhuis omzet voor het ziekenhuis. Dit geldt ook voor het honorariumdeel van deze B-segment DBC, mits dit honorarium betrekking heeft op activiteiten van een medisch specialist in dienstverband.

Voor zover het honorarium binnen een A- of B-segment DBC betrekking heeft op activiteiten van een medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar, wordt dit honorarium als omzet via het ziekenhuis aan de maatschap/medisch specialist betaald.

De medisch specialist in dienstverband wordt uiteraard door het ziekenhuis betaald in de vorm van salaris. Het ziekenhuis dekt deze kosten uit het functiegerichte budget (gerelateerd aan het A-segment) en de (honorarium)omzet uit het B-segment.

In figuur 2 is bovengenoemd onderscheid in budget en omzet schematisch weergegeven.

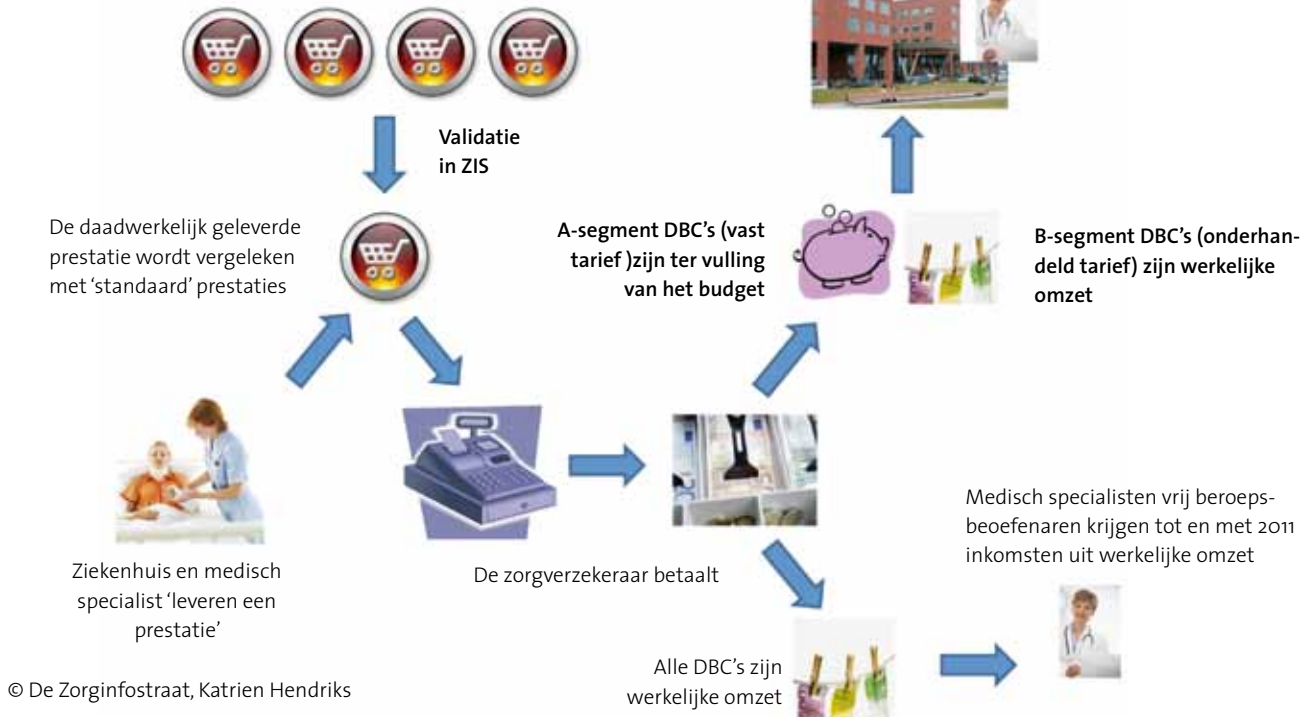
► **De medisch specialist in dienstverband was tot 2012 met zijn activiteiten en registraties mede bepalend voor zowel de vulling van het budget van het ziekenhuis als het genereren van omzet voor het ziekenhuis.** ◀

Figuur 3 op bladzijde 9 geeft de complexe materie rond DBC's, omzet en budget integraal weer.

1. Een uitzondering hierop geldt voor medisch specialisten die ten tijde van de lumpsum systematiek overstapten van vrij beroep naar dienstverband. Het ziekenhuis kon toen zelf kiezen of de medisch specialist werd opgenomen in het functiegerichte budget. Als daarvoor niet werd gekozen, ontving het ziekenhuis het betreffende honorarium uit een A-segment DBC als omzet en niet als vulling van het budget.

Ziekenhuis krijgt tot en met 2011 inkomsten deels uit een budget en deels uit werkelijke omzet, medisch specialisten in dienstverband krijgen een salaris van het ziekenhuis

Er bestaan 'standaard' prestaties met een (vast of onderhandeld) tarief: A- en B-segment DBC's



Figuur 3. DBC's, omzet en budget in 2011

2.2 FINANCIERING EN BEKOSTIGING PER 2012

DOT

DOT is de opvolger van de DBC-systematiek en staat voor DBC's Op weg naar Transparantie.

Ook een DOT-zorgproduct (voorheen een DBC) is een administratieve en financiële vertaling van een geleverde prestatie door ziekenhuis en medisch specialist in de vorm van een standaard prestatie.

Hoe is de systematiek van DBC naar DOT dan veranderd?

- DOT-zorgproducten zijn specialisme overstijgend, voor zover zorgproducten door meerdere specialismen worden uitgevoerd. Hiervoor bestaan geen aparte DBC's meer.
- Er zijn nieuw registratieregels en specialisme specifieke registratie-instructies van toepassing binnen DOT.
- De (typerende) diagnose bij een zorgproduct komt voort uit de ICD10 (een internationaal classificatiesysteem van diagnoses).
- Naast de registratie van de (typerende) diagnose zijn nog steeds de uitgevoerde

en registreerde zorgactiviteiten van toepassing. Een behandelas hoeft de medisch specialist echter niet meer vast te leggen.

- Een landelijke Grouper leidt de zorgproducten uit de basisregistratie van diagnose en zorgactiviteiten van de instellingen. De validatie, zoals voorheen met DBC's gebeurde binnen het ZIS, is niet langer van toepassing.
- Het sluiten van DOT-zorgproducten is gebonden aan vaste termijnen. Vaak zijn deze in het ZIS geautomatiseerd en sluit de medisch specialist deze niet langer zelf af, zoals bij DBC's.
- Bij het afleiden van een DOT-zorgproduct door de Grouper is, meer dan voorheen bij DBC's, van belang dat alle uitgevoerde zorgactiviteiten zijn geregistreerd.
- Het aantal standaard prestaties binnen DOT (DOT-zorgproducten) is zo'n 4.400. Dit in tegenstelling tot 30.000 DBC's.

► **Lokaal betekent de invoering van DOT hernieuwde nadruk op het juist, volledig én tijdig registreren van gestelde (typerende) diagnose en uitgevoerde zorgactiviteiten.**

Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen bij het patiëntproces: medisch specialist (in

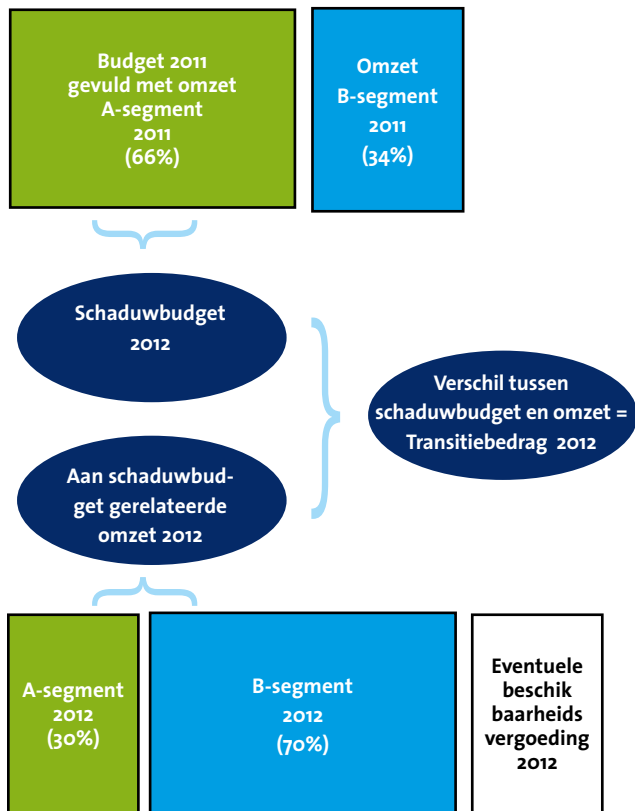
dienstverband én vrij beroep), paramedici, ondersteunend personeel polikliniek, verplegend personeel, medewerkers op functie-afdelingen.

Alleen met een juiste, volledige en tijdige registratie door alle betrokkenen kan een DOT-zorgproduct worden afgeleid door de landelijke Grouper dat recht doet aan de werkelijk geleverde prestatie door ziekenhuis en medisch specialist. ◀

Ook DOT kent conform de DBC-systematiek een segmentering in een gereguleerd segment (voorheen A-segment genoemd) en een vrij segment (voorheen B-segment genoemd). Per 1 januari 2012 geldt een gereguleerd segment van 30% en een vrij segment van 70%. Het segment waarover onderhandeld mag worden is daarmee fors vergroot.

Prestatiebekostiging

Per 1 januari 2012 is het functiegerichte budget afgeschaft. Dit betekent dat alle ontvangen DOT-declaraties (vrije én reguleerde segment) maar ook de ontvangen beschikbaarheidsvergoedingen als ziekenhuisomzet worden beschouwd. Dit is een grote stap naar volledige prestatiebekostiging.



Figuur 4. Basis van het transitie-model

Omdat de overgang naar volledige prestatiebekostiging samen met de invoering van DOT mogelijk grote financiële consequenties heeft voor ziekenhuizen, is voor 2012 en 2013 een transitie-model afgesproken. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft daarvoor de beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg vastgesteld.

Basis van het transitie-model is een vergelijking tussen de ontvangen omzet in 2012 en het bedrag dat zou zijn ontvangen wanneer de instelling nog deels op basis van het functiegerichte budget zou zijn bekostigd (dit heet het schaduwbudget). Een hogere of lagere omzet ten opzichte van het schaduwbudget wordt in 2012 voor 95% gedempt. In 2013 is dit percentage 70%.

Om een goede vergelijking te maken wordt in het transitie-model voorgeschreven dat gebruik wordt gemaakt van :

- **omzet 2012** gerealiseerd in het geregelde segment aangevuld met omzet 2012 in het gedeelte van vrije segment dat in 2011 nog onder het A-segment viel;
- **schaduwbudget 2012** op basis van het functiegerichte budget 2011 (dat in 2011 gerelateerd was aan het A-segment).

In 2012 wordt onderhandeld met de zorgverzekeraars over het volume op basis van gerealiseerde productieparameters. De medisch specialisten in dienstverband waarvoor een vergoeding in het budget was opgenomen, vormen daarmee eveneens onderdeel van het schaduwbudget. De zorg die in 2011 al onder het B-segment viel, blijft buiten de berekening van het transitiebedrag.

Figuur 4 toont een schema waarin de basis van het transitie-model wordt getoond.

Macrobeheersingsinstrument en beheersmodel

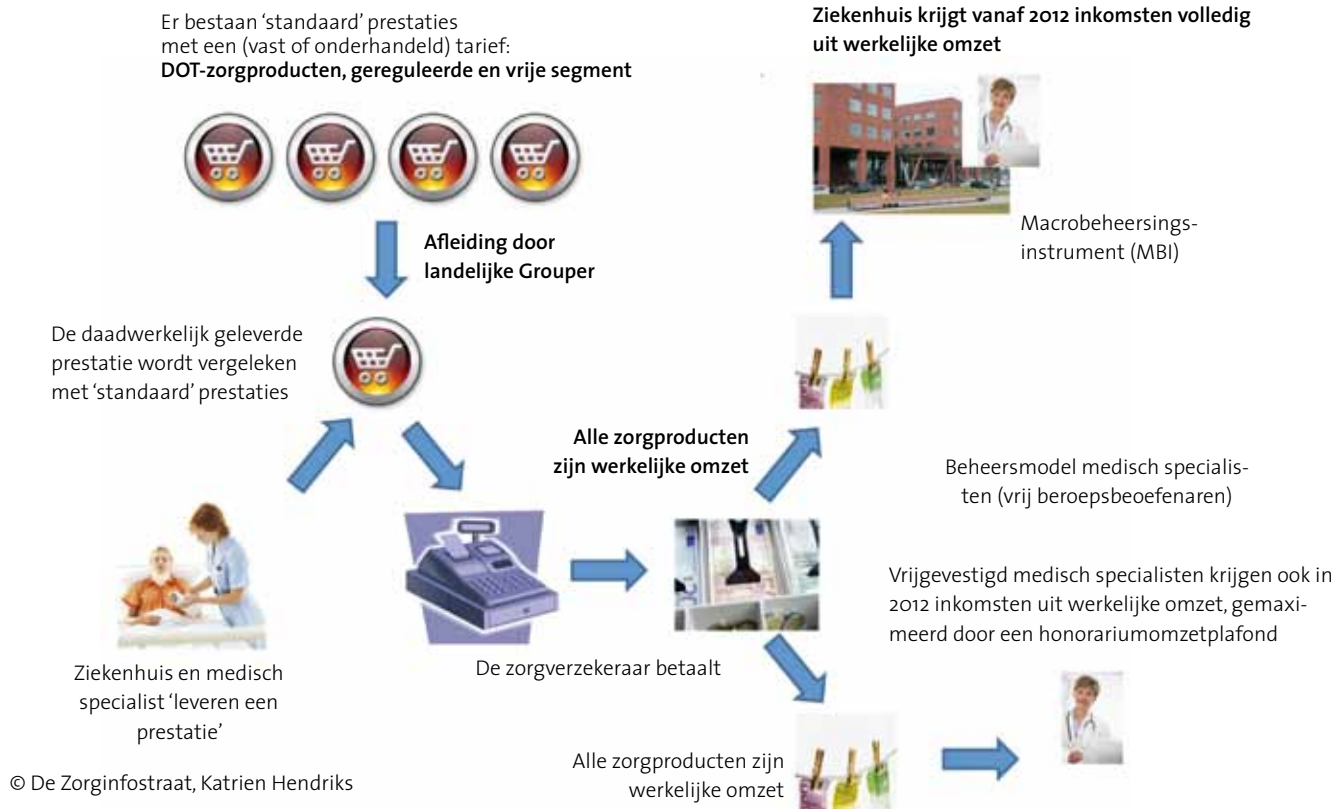
De Nederlandse zorgmarkt groeit jaarlijks meer dan de gemiddelde economische groei. In 2011 ging er meer dan € 65 miljard euro om in de Nederlandse zorgmarkt.

Jaarlijks wordt het makro-kader zorg vastgesteld als maat voor de politiek-maatschappelijk aanvaardbare kosten voor de zorg. Dit makro-kader maakt deel uit van de Rijksbegroting. Het makro-kader zorg kent dekkaders. Voor medisch-specialistische zorg gelden het makro-kader voor instellingen (ziekenhuizen en ZBC's) en het makro-kader

voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. De honorariumomzet die medisch specialisten in dienstverband genereren valt onder het makro-kader voor instellingen.

Om de betaalbaarheid van medisch-specialistische zorg te beheersen (lees: de kosten hiervan binnen de vastgestelde makro-kaders te houden) zet de overheid instrumenten in. Dit zijn bijvoorbeeld prestatiebekostiging en DOT met een groot onderhandelbaar segment. Inzet van deze instrumenten moet bijdragen aan een meer concurrerende zorgmarkt waarin kwaliteit en volume toenemen en (relatieve) kosten afnemen.

Ook zet de minister van VWS instrumenten in om een eventuele overschrijding op de makro-kaders voor medisch-specialistische zorg te voorkomen of achteraf te verrekenen. Met de wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg per 1 januari 2012 heeft de minister van VWS hiervoor ruimere mogelijkheden door invoering van het macro-beheersingsinstrument (MBI).



Figuur 5. DOT, omzet, MBI en beheersmodel 2012

► Voor het macrokader instellingen geldt met ingang van 2012 het MBI. Het MBI houdt in dat individuele instellingen een landelijke overschrijding op het macrokader moeten terugbetalen. ◀

Alle instellingen die onder het MBI vallen, krijgen voornamelijk een gelijke procentuele verrekening bij een landelijke overschrijding. Mogelijk wordt het MBI per 2013 gedifferentieerd.

► Voor het macrokader medisch specialisten (vrij beroepsbeoefenaren) geldt met ingang van 2012 het beheersmodel medisch specialisten. Het beheersmodel houdt in dat de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in een instelling vooraf een honorariumomzetplafond toegewezen krijgen. Ontvangen omzet boven dit plafond moet worden terugbetaald. ◀

Meer achtergrondinformatie over werking en lokale inrichting van het beheersmodel vindt u in het Witte Boek deel IV en het eerder uitgebrachte addendum voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren (Addendum: Van convenant naar lokale invoering van het

beheersmodel). Beide publicaties van de OMS vindt u op www.orde.nl.

Voor zowel het macrokader instellingen als het macrokader medisch specialisten (vrij beroepsbeoefenaren) is afgesproken dat deze de komende jaren met 2,5% per jaar groeien. Dit is niet voldoende om de huidige volumegroei in de zorg volledig te accommoderen, hetgeen wordt geschat op 4%. In het hoofdlijnenakkoord van juni 2011 (voor instellingen) en het convenant (voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren) van mei 2011 zijn maatregelen afgesproken die instellingen, medisch specialisten en zorgverzekeraars nemen om de volumegroei waar mogelijk te beperken. Denk daarbij bijvoorbeeld aan selectieve inkoop, concentratie en spreiding van zorg, doelmatig voorschrijven en vermijden van onnodige zorg.

In figuur 5 is op hoofdlijnen weergegeven hoe de financiering en bekostiging per 2012 werkt voor een ziekenhuis.

2.3 ROL EN POSITIE MEDISCH SPECIALIST IN DIENSTVERBAND PER 2012

Met de overgang van DBC naar DOT bepalen medisch specialisten in dienstverband met hun activiteiten en registraties onverminderd de omzet voor het ziekenhuis. De omzet is door de invoering van prestatiebekostiging voor de instellingen van groter en cruciaal belang geworden. De snelle afbouw van het transitie-model maakt dat niet lang gerekend kan worden op een vangnet.

De medisch specialist in dienstverband is vanuit zijn rol medeverantwoordelijk en betrokken bij onderwerpen die raken aan prestatiebekostiging en DOT, zoals zorgprofiel en productieafspraken, registratie en informatie.

De medisch specialist in dienstverband zal in zijn positie ook meer aangesproken kunnen worden op zijn prestatie en bijdrage in het financieel en kwalitatief resultaat.

De veranderende rol en positie van de medisch specialist in dienstverband kan tot lokale veranderingen leiden. ◀

3 Rol en positie van medisch specialist in dienstverband

De genoemde onderwerpen waarbij medisch specialisten in dienstverband betrokken zijn, zijn in dit hoofdstuk beschreven:

- Zorgprofiel en productieafspraken
- Registratie en informatie
- Financieel en kwalitatief resultaat

“Lokaal is het belangrijk dat (proces)afspraken worden gemaakt over de betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de medisch specialist in dienstverband bij het bepalen van het zorgprofiel en de productieafspraken.”

Zorgprofiel en productieafspraken

► ***Lokaal is het belangrijk dat (proces-)afspraken worden gemaakt over de betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de medisch specialist in dienstverband bij het bepalen van het zorgprofiel en de productieafspraken.*** ◀

Van belang is dat de medisch specialist in dienstverband betrokken is bij de vaststelling van het productiekader. Het productiekader beschrijft de doelstellingen van het ziekenhuis ten aanzien volume, kwaliteit en prijs van de medisch-specialistische zorg. Hierbij geldt als uitgangspunt het gekozen zorgprofiel van het ziekenhuis.

De raad van bestuur stelt het zorgprofiel en het productiekader vast na overleg met de medische staf, de medisch specialisten in dienstverband en het collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Het meerjarige medisch beleidsplan en het ziekenhuisbeleidsplan vormen mede input.

Aan de hand van het productiekader maakt de raad van bestuur vervolgens afspraken met de zorgverzekeraars. Een vertegenwoordiging van de medisch specialisten in dienstverband in het ziekenhuis zou volgens de OMS, naast of samen met een vertegenwoordiging van de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren, deel

moeten zijn van de voorbereiding en de onderhandelingsdelegatie.

Met inachtneming van het productiekader en de productieafspraken met zorgverzekeraars maken de raad van bestuur en de vakgroep / de medisch specialist in dienstverband jaarlijks concrete productieafspraken. Deze productieafspraken moeten door zowel de raad van bestuur als de vakgroep en de medisch specialist in dienstverband worden nageleefd.

Registratie en informatie

► ***Volledige en juiste registratie van geleverde productie door medisch specialisten in dienstverband is essentieel. Enerzijds om de geleverde productie ook daadwerkelijk te declareren, anderzijds om inzicht te krijgen in werkelijke productie, kosten en opbrengsten.***

Lokaal is het belangrijk dat inhoudelijke en procesafspraken worden gemaakt over registratie. Bijvoorbeeld de wijze van registratie en de ondersteuning die hierin door het ziekenhuis wordt geleverd. Uitgangspunt moet zijn dat registratie plaatsvindt conform de registratieregels en specialismespecifieke registratie-instructies. ◀

De werkelijke, geregistreerde productie kan vervolgens worden afgezet tegen de met de raad van bestuur overeengekomen en door zorgverzekeraars gecontracteerde productieafspraken. Bij het maken van productieafspraken is het goed om met de raad van bestuur overeen te komen op welke wijze en momenten inzicht wordt gegeven in geleverde productie, kosten, opbrengsten en verloop ten opzichte van de productieafspraken en de begroting.

Financieel en kwalitatief resultaat

► ***Lokaal zullen inhoudelijke en procesafspraken gemaakt worden over de prestatie en bijdrage van de medisch specialist in dienstverband. Het gaat dan enerzijds om kwalitatief resultaat, bijvoorbeeld te meten ofwel te bewaken via kwaliteitsafspraken en het individueel functioneren van de medisch specialist. Maar ook financieel resultaat is een belangrijk aspect waarop ook vanuit de ziekenhuizen meer nadruk wordt gelegd.*** ◀

Ook in dit kader zijn de onderhandelingen rondom het vernieuwen van de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in dienstverband (AMS) relevant. Daarbij wordt onder meer gesproken over de wijzigende context, rol en positie van de

medisch specialist in dienstverband en de aandachtspunten die dit op instellings- en vakgroepniveau meebrengt. Hierbij moet gedacht worden aan:

- *Kwaliteitsafspraken*

Lokaal kunnen kwaliteitsafspraken worden uitgewerkt. Hierbij kan worden gedacht aan activiteiten op het gebied van kwaliteitsborging en kwaliteitsverhoging van de medisch-specialistische zorg in de instelling.

In het Kwaliteitskader Medisch Specialisten staat omschreven aan welke werkzaamheden hierbij moet worden gedacht (Kwaliteitskader Medisch Specialisten, blz. 22). In het Kwaliteitskader Medisch Specialisten staat ook omschreven dat medisch specialisten periodiek en systematisch verantwoording afleggen over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg op de wijze zoals is vastgelegd tussen de vakgroep en de raad van bestuur.

- *IFMS*

Professionele kwaliteit is een impliciete, professionele noodzaak voor medisch specialisten. De afgelopen decennia is dan ook een veelomvattend systeem van kwaliteitsbewaking, kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging ontwikkeld. Een essentieel onderdeel in de kwaliteitsketen is de mate van functioneren van de medisch specialist.

De OMS heeft daarom in 2008 IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten) geïntroduceerd binnen de algemene ziekenhuizen. Het IFMS is een evaluatie van individuele functioneren van een medisch specialist door middel van het bijhouden van een portfolio, het verzamelen van informatie bij derden, het voeren van evaluatiegesprekken en het maken van een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP).

De OMS vindt dat voor alle medisch specialisten het systeem IFMS van toepassing moet zijn.

- *Resultaatverantwoordelijkheid*

Het geven van resultaatverantwoordelijkheid is een mogelijkheid om meer verantwoordelijkheid over het financiële resultaat bij vakgroepen neer te leggen. Het gaat daarbij om het evenwicht tussen de kosten van de medisch specialisten in dienstverband binnen de vakgroep en de honorariumomzet die het ziekenhuis ontvangt uit DOT-zorgproducten.

Zogenaamde resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) worden ingericht op vakgroep-, afdelings- of clusterniveau. RVE's bestaan in enkele instellingen en kennen verschillende vormen en omvang. ◀

4

Organisatie van medisch specialisten in dienstverband (OMSD)

“Belangenbehartiging, vertegenwoordiging en beïnvloeding middels een OMSD.”

Organisatie van medisch specialisten in dienstverband (OMSD)

► *Als gevolg van de wijzigende context, rol en positie van de medisch specialist in dienstverband, hebben medisch specialisten in dienstverband in enkele ziekenhuizen zich lokaal al georganiseerd in een OMSD als pendant van een stafmaatschap/ collectief. Met een OMSD kunnen belangenbehartiging, vertegenwoordiging en beïnvloeding op de hierboven genoemde punten wordt bereikt. ◀*

De OMSD kan in algemene zin:

- dienen als gesprekspartner/ aanspreekpunt voor raad van bestuur, medische staf en collectief van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren;
- afspraken maken met raad van bestuur, medisch staf en collectief van vrij beroepsbeoefenaren;
- betrokken zijn bij het ontwikkelen van een toekomstvisie voor de ziekenhuisorganisatie;
- een belangrijke rol spelen bij het maken van de vertaalslag van het medisch beleidsplan naar de belangen van de medisch specialisten in dienstverband.

De OMSD kan invloed uitoefenen en afspraken maken ten aanzien van concrete onderwerpen zoals ook in voorgaand hoofdstuk benoemd:

- zorgprofiel en productieafspraken;
- registratie en informatie;
- financieel en kwalitatief resultaat.

Een samenwerkingsverband zoals de OMSD kan worden opgericht als informele vereniging. Ook is het mogelijk om een formele vereniging op te richten met statuten bij notariële akte (een Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband: VMSD). De OMS heeft hiervoor model statuten vereniging medisch specialisten in dienstverband opgesteld. De bepalingen uit het model kunnen ook worden gebruikt voor een informele vereniging.

U vindt het model via www.orde.nl. ◀



COLOFON

Het Addendum is een uitgave van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) te Utrecht en is bestemd voor medisch specialisten in dienstverband. Dit Addendum vindt u op de website www.orde.nl

Daarnaast bevat de website Het Witte Boek deel IV en verschillende modellen en overeenkomsten als basis voor praktische toepassing van regelingen. In de tekst van dit Addendum wordt daar op diverse plaatsen naar verwezen.

Vragen

Heeft u vragen of opmerkingen over het Addendum? Meld uw vragen of opmerkingen via infodesk@orde.nl.

Redactie

Orde van Medisch Specialisten

Vormgeving

IJzersterk, Rotterdam

Copyright

*© Orde van Medisch Specialisten
Alle opgenomen informatie is eigendom van de Orde van Medisch Specialisten. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk is toegestaan mits met bronvermelding.*

Vrijwaring

De Orde van Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van het Addendum. Desondanks accepteert de OMS geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) is een beroepsvereniging voor en door medisch specialisten.

De OMS:

- zet zich in voor de kwaliteit van de zorg die door de medisch specialisten wordt geleverd;
- behartigt de belangen van medisch specialisten in het vrij beroep, medisch specialisten met een dienstverband en universitair medisch specialisten;
- speelt een belangrijke initiërende, coördinerende en stimulerende rol in processen ter verbetering van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg;
- levert haar leden juridische en financiële adviezen in het kader van de individuele dienstverlening.

De OMS werkt in de praktijk nauw samen met de wetenschappelijke verenigingen, die staan voor de 29 erkende specialismen.



Orde van Medisch Specialisten