



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

# Positioneringsnota

## medisch specialisten in algemene ziekenhuizen en ZBC's



# Positioneringsnota

## medisch specialisten in algemene ziekenhuizen en ZBC's

### Colofon

De Positioneringsnota 'medisch specialisten in algemene ziekenhuizen en ZBC's' is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten in opdracht van de werkgroep Positionering van de Raad Beroepsbelangen van de Federatie Medisch Specialisten.

Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.

### Vrijwaring

De Federatie heeft de grootste zorg besteed aan de samenstelling van dit rapport. Desondanks accepteren wij 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.

### Vragen

Heeft u vragen of opmerkingen over dit document? Neem dan contact op met de Infodesk van de Federatie via [info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl)

### Copyright

© Federatie Medisch Specialisten  
Februari 2018

# INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	4
2	ONTWIKKELINGEN OP HET GEBIED VAN ORGANISATIE, NU EN TOT 2020	5
2.1	Continue aandacht voor bestuurbaarheid	5
2.3	Relatie met de toezichthouder (RvT)	6
2.4	Organisatieontwikkeling binnen het MSB	7
2.5	De participerende medisch specialist	7
3	ONTWIKKELINGEN OP HET GEBIED VAN SAMENWERKING, NU EN TOT 2020	9
3.1	Taakherschikking en substitutie	9
3.2	Procesoptimalisatie, zorgpaden en multidisciplinair werken	10
3.3	Netwerkvorming	10
3.4	Zorgevaluatie en shared savings	11
4	ONTWIKKELINGEN OP HET GEBIED VAN REGISTRATIE EN TRANSPARANTIE, NU EN TOT 2020	13
4.1	Reductie registratielasten	13
4.2	Registratie aan de bron	13
4.3	Gestandaardiseerde medische terminologie	13
4.4	CMIO	14
5	ONTWIKKELINGEN OP HET GEBIED VAN BEKOSTIGING, NU EN TOT 2020	15
5.1	Rust en stabiliteit	15
5.2	Aandacht voor wijzigingen na 2020	15
6	EFFECT OP POSITIE, PROFIEL EN TAKEN TOT 2020	17
7	TOT SLOT	18

# 01 Inleiding

Op welke wijze ontwikkelt zich de positie van de medisch specialist in een algemeen ziekenhuis en ZBC?

De tijd dat de medisch specialist zich alleen in de spreekkamer met goede zorg bezighoudt is voorbij. Om goede zorg te kunnen verlenen, is de medisch specialist betrokken bij optimale inrichting van het zorgproces en betaalbaarheid van zorg en daarmee bij de bedrijfsvoering van de zorginstelling. Zijn/haar positie is veranderd en blijft aan verandering onderhevig door verschillende ontwikkelingen.

Denk daarbij aan doorontwikkeling van positionering als gevolg van de komst van Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's) en Verenigingen van Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD's), als gevolg van de toenemende aandacht voor correct registreren en administratieve lasten en als gevolg van ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld netwerkgeneeskunde. De positie die de medisch specialist binnen de instelling inneemt – naast medische inhoudelijke ontwikkeling van kennis en vaardigheden en optimaal functioneren – vormt een belangrijk onderdeel van het medisch specialistisch werken. Vanuit een sterke positie kan de medisch specialist de meest waardevolle bijdrage leveren aan innovatie, kwaliteit en veiligheid van zorg.

4 In opdracht van de Raad Beroepsbelangen van de Federatie Medisch Specialisten heeft de werkgroep Positionering deze positioneringsnota opgesteld.

Het doel van deze positioneringsnota is om – met een horizon tot 2020 – de positie van de medisch specialist in een algemeen ziekenhuis of ZBC te beschrijven. Op basis van deze positioneringsnota kan de medisch specialist lokaal - met collega's – zijn positie beschouwen en nadenken over doorontwikkeling. De Federatie Medisch Specialisten gebruikt de nota ook als basis voor de activiteiten die zij ontplooit vanuit de Raad Beroepsbelangen. Waar raakvlakken liggen met de Raden Opleiding, Kwaliteit, Wetenschap & Innovatie worden activiteiten in afstemming ontplooit.

Uitgangspunt voor deze positioneringsnota is dat de positie van de medisch specialist in een algemeen ziekenhuis of ZBC in principe gelijk is. Al kan de omvang van de ZBC, de omvang van de werkzaamheden door de medisch specialist binnen de ZBC of een vorm van eigenaarschap van de medisch specialist in de ZBC leiden tot een andere positie dan in deze nota beschreven.

U vindt allereerst een beknopte beschrijving van de ontwikkelingen tot 2020 die relevant zijn voor de positie van de medisch specialist binnen de instelling. Bij deze ontwikkelingen is in een apart kader weergegeven wat de consequenties zijn van deze ontwikkelingen voor positie, profiel en taken van de medisch specialist beschreven. Deze zijn tot slot samengevat.

Deze positioneringsnota is opgesteld door de werkgroep Positionering in opdracht van de Raad Beroepsbelangen. De werkgroep kent de volgende actieve leden: Ivan Gan (oogarts, voorzitter), Josien Veris – Van Dieren (reumatoloog), Marc Verhagen (maag-darm-leverarts), Lennard van den Boom (orthopedisch chirurg), Sabrina Sluiter (beleidsadviseur Heelkunde).

# 02 Ontwikkelingen op het gebied van organisatie, nu en tot 2020

## 2.1 CONTINUE AANDACHT VOOR BESTUURBAARHEID

Met de komst van integrale bekostiging per 1 januari 2015 hebben raden van bestuur en vrijberoepsbeoefenaren samen keuzes gemaakt. Ongeveer 95% koos voor het samenwerkingsmodel en kwam tot oprichting van een instellingsbrede maatschap of coöperatie. Deze hebben de naam Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's) gekregen. Individuele toelatingsovereenkomsten zijn bij de vorming van een MSB vervangen door een collectieve samenwerkingsovereenkomst met de instelling. De korte termijn waarop deze overgang geregeld diende te worden en de onduidelijkheden in wet- en regelgeving maakten dat voor veel instellingen de overgang naar een participatiemodel nog niet mogelijk was.

Per 1 januari 2016 werd een nieuwe Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) van kracht voor medisch specialisten in dienstverband. In het statuut van de nieuwe Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) wordt ervan uitgegaan dat in elk ziekenhuis de medisch specialisten in dienstverband zich laten vertegenwoordigen richting de raad van bestuur via een vereniging van medisch specialisten in dienstverband (VMSD). Inmiddels zijn tientallen VMSD's opgericht. Niet voor alle medisch specialisten werkzaam in een ZBC geldt de AMS. Zij vallen onder de CAO ZKN waarin de oprichting van een VMSD niet is opgenomen.

Elke organisatiewijziging en daaraan gekoppelde herijking van interne verhoudingen kent uitdagingen met betrekking tot bestuurbaarheid. Zo ook de twee bovengenoemde ontwikkelingen.

De minister verwacht van raden van bestuur en medisch specialisten dat wordt gewerkt aan het bouwen van een goede verstandhouding tussen het bestuur van ziekenhuis of ZBC en de verschillende gremia waarin medisch specialisten zijn vertegenwoordigd waaronder ook de Vereniging Medische Staf (VMS). Er moet aandacht zijn voor het inrichten van effectieve besluitvormingsprocedures, het vergroten van de professionaliteit op het gebied van organisatie en financiering en het medisch leiderschap, het investeren in gelijkgerichtheid en een gezamenlijke strategie.

Per saldo moet de komst van MSB en VMSD een vereenvoudigend effect hebben op de interne bestuurlijke verhoudingen en de basis leggen voor meer openheid, eenheid en betrokkenheid. Deze positieve ontwikkelingen zijn inmiddels ook al zichtbaar en mede bevestigd in de rapportage naar aanleiding van het onderzoek naar governance door Tias en in de monitor integrale bekostiging door de NZa. Wel moet er continue aandacht zijn voor de bestuurbaarheid van de instelling. De Zorgbrede Governancecode 2017 kan hierbij helpen als richtinggevend document.

Zie ook: [Governance onderzoek van Tias en Monitor integrale bekostiging van NZa](#)

Zie ook: [Zorgbrede Governancecode van BoZ](#)

Met het oog op een goede bestuurbaarheid van de instelling is nauwe betrokkenheid van medisch specialisten, ongeacht werkvorm, essentieel bij het maken van strategische keuzes van het ziekenhuis of de ZBC. Denk daarbij aan keuzes ten aanzien van zorgprofiel of ten aanzien van samenwerking of fusie. Dit komt ten goede aan de gewenste openheid, eenheid en betrokkenheid én het draagvlak voor de gemaakte keuzes binnen de instelling.

## 2.2 STROOMLIJNEN BESLUITVORMINGSPROCESSSEN EN INRICHTEN ÉÉN AANSPREEKPUNT

De uitdaging zat – en zit soms nog - in het stroomlijnen van de nieuwe verhoudingen. Dit geldt met name voor grotere instellingen zoals ziekenhuizen en lijkt in mindere mate nodig in ZBC's.

Bestaande besluitvormingsprocessen tussen medisch specialisten en raden van bestuur of directies worden of zijn als gevolg hiervan opnieuw onder de loep genomen. In veel gevallen is aanpassing nodig om aan te sluiten op de nieuwe, formele verhoudingen. De rolverdeling tussen VMS, MSB en VMDS is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

Om te zorgen voor overkoepelende besturing en soepele besluitvorming dient gewerkt te worden aan het creëren van één gemandateerd aanspreekpunt voor de RvB. Dit kan door een overkoepelend bestuursorgaan in te richten of door over te gaan tot integratie van de gremia met behoud van de eigen identiteit en belangenbehartiging van de te onderscheiden groepen daarbinnen.

Een alternatief voor een overkoepelend bestuursorgaan is bijvoorbeeld de vorming van een combi-coöperatie, waarvan medisch specialisten ongeacht hun werkvorm lid zijn. Hierin krijgen de vrijberoepsbeoefenaren een winstgevend lidmaatschap en de dienstverbanders een niet winstgevend lidmaatschap. Het coöperatiebestuur wordt vervolgens zodanig ingericht dat deze een afvaardiging van de subgroepen bevat zodat alle onderwerpen aan één tafel kunnen worden besproken met elkaar en met de RvB. Een recent ontwikkeld alternatief is de oprichting van een Federatie waarvan VMS, MSB en VMDS onderdeel uitmaken.

Met één aanspreekpunt wordt de besturing van de instelling voor de RvB overzichtelijker en consistent en is het makkelijker om belangen af te wegen en op elkaar af te stemmen.

Zie ook: [Factsheet Creëren van één aanspreekpunt voor de Raad van Bestuur](#)



### 2.3 RELATIE MET DE TOEZICHTHOUDER (RVT)

In de monitor integrale bekostiging 2015 heeft de NZa enkele aanbevelingen opgenomen ten aanzien van de relatie tussen de raad van toezicht (RvT) van het ziekenhuis en het MSB.

De Federatie is van mening dat het MSB-bestuur zoveel mogelijk open hoort te zijn richting de raad van bestuur en daarmee (indirect) ook richting de raad van toezicht. Dit geldt ook voor de VMS en de VMSSD. Dit stimuleert naar verwachting ook de openheid van Raden van Bestuur jegens de medisch specialisten.

Daarvoor hoeft structureel niets te veranderen: de raad van bestuur is altijd vrij om het gesprek aan te gaan met VMS, MSB en VMSSD. De raad van toezicht kan hierop toezicht houden en zij kan eveneens zelf contact onderhouden met de besturen van deze gremia. Vanuit het principe dat niet alleen wordt toegezien op de raad van bestuur, maar ook op de gehele besturing van ziekenhuis of ZBC. De raad van toezicht kan zich ervan vergewissen hoe de gesprekken, afspraken en besluitvorming plaatsvinden tussen de raad van bestuur en de besturen van VMS, MSB en VMSSD en de raad van bestuur hierop aanspreken waar nodig. De raad van bestuur zou de raad van toezicht moeten stimuleren om zich actief te laten informeren.

Zie ook: [Factsheet Toezicht op MSB door RvT](#)

### 2.4 ORGANISATIEONTWIKKELING BINNEN HET MSB

Het MSB is vaak een onderneming met een aanzienlijke omzet, eigen personeel, investeringen in activa en grote verantwoordelijkheden die staan beschreven in de samenwerkingsovereenkomst met de instelling. Het MSB is één van de belangrijkste zakelijke partners die betrokken is bij het leveren van zorg door de instelling. Het is noodzakelijk dat het MSB een professionele partner is, die goed bestuurd wordt en goed georganiseerd is.

De meeste MSB's worden bestuurd door ervaren medisch specialisten, die bereid zijn om deze bestuurlijke rol meerdere jaren te vervullen en daarmee te zorgen voor senioriteit en continuïteit. Er is binnen deze groep een groeiende behoefte aan verdere ontwikkeling van hun bestuurlijke vaardigheden en professionele ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van een MSB-directeur.

De organisatiestructuur binnen het MSB is vaak nog gebaseerd op de oude maatschapstructuur. Dat wil zeggen dat er binnen het MSB per specialisme een vakgroep is, maar dat alle medisch specialisten maat of lid zijn van het grote MSB. In deze structuur is het – ten opzichte van de oude situatie –makkelijker om vakgroepeverstijgend samen te werken, bijvoorbeeld door het inrichten van een specialisme overstijgende (resultaatverantwoordelijke) eenheid, en daarmee tegemoet te komen aan de veranderende zorgvraag.

Uit de praktijk blijkt dat toetredend medisch specialisten steeds vaker de mogelijkheid krijgen om te kiezen voor een dienstverband met het MSB, eventueel met een toekomstperspectief als maat of lid.

### 2.5 DE PARTICIPERENDE MEDISCH SPECIALIST

De organisatieontwikkeling die de Federatie en de daarin verzamelende wetenschappelijke verenigingen voor ogen hebben, kent een bredere blik dan alleen doorontwikkeling van MSB's en sluit aan op de aanbevelingen genoemd in de rapportage van het onderzoek uitgevoerd door Tias en in de monitor integrale bekostiging door de NZa.

De Federatie stimuleert dat medisch specialisten in ziekenhuizen én ZBC's in dat kader aan de slag gaan met het thema 'de participerende medisch specialist'. Dat wil zeggen: de medisch specialist die - ongeacht werkvorm – zijn (professionele) verantwoordelijkheid draagt en samen met de instelling zorgt voor aanbod van de meest doelmatige zorg. Zowel het dienstverband als het vrij beroep bieden hiervoor een goede basis.

Participatie betekent actief bijdragen aan de organisatie van de instelling om duurzaam aan de instelling

verbonden te zijn. Dit betekent dat onder de noemer van participatie een breed spectrum valt van mogelijke invullingen. Dit spectrum loopt van duaal management en de inzet van medisch specialisten binnen Resultaat Verantwoordelijke Eenheden tot een vorm van mede-eigenaarschap van de medisch specialist in (onderdelen van) de instelling of de daarin geleverde zorg. Er zijn verschillende ZBC's die (mede) opgericht zijn door medisch specialisten waar zowel investeringsrisico's als eigenaarschap aanwezig is; een vergaande vorm van participatie.

Hét participatiemodel bestaat dan ook niet: de uiteindelijke vorm wordt bepaald door de lokale wensen, situatie en mogelijkheden, en zal zich in de komende jaren lokaal moeten ontwikkelen. Er is ruimte en tijd nodig om lokaal de best passende vorm te kiezen en verder te ontwikkelen. Dit is de enige manier om te komen tot een duurzame inrichting waarbij de geformuleerde doelstellingen rondom openheid, eenheid en betrokkenheid werkelijk kunnen worden gerealiseerd.

Participerende medisch specialisten kunnen hierin hun waarde bewijzen door bijvoorbeeld:

- Uit hun midden een co-bestuurder aan de raad van bestuur te leveren.
- Medisch management te leveren.
- Beloning of omzet te relateren aan de doelstellingen van de instelling of – op een lager niveau – van resultaat verantwoordelijke eenheden.
- De instelling financieel te ondersteunen middels gezamenlijke investeringen, leningen of mede-eigenaarschap van nieuwe initiatieven, zowel binnen als buiten de muren van de instelling (zoals anderhalve lijns zorg).

Participatie is daarmee geen doel op zich of structuur, maar een middel waarvoor kan worden gekozen, omdat er toegevoegde waarde voor de instelling mee wordt gecreëerd, met gelijkgerichtheid en doelmatigheid als belangrijkste pijlers.

Zie ook: [Factsheet Visie op Participatie](#)

## CONSEQUENTIES VOOR POSITIE, PROFIEL EN TAKEN

Elke medisch specialist moet over basiskennis beschikken ten aanzien van organisatie en financiering van de zorg.

High potentials uit de vakgroep op het gebied van management en besturing moeten zich kunnen ontwikkelen om – naast het werk als medisch specialist – een verantwoordelijke functie in de bedrijfsvoering van een zorginstelling te bekleden.

De besturen VMS, MSB en VMSSD moeten meer professioneel gaan besturen. Daarbij dient er structureel gewerkt te worden aan de doorontwikkeling van participatie, het optimaliseren van beleidscycli en besluitvorming onderling en met de raden van bestuur van de instellingen. Een goede invulling van de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur kan alleen waargemaakt worden bij adequate ondersteuning en participatie vanuit de medisch specialisten. Dit vraagt om een wederzijds open en transparante relatie tussen raad van bestuur, VMS, MSB en VMSSD.



# 03 Ontwikkelingen op het gebied van samenwerking, nu en tot 2020

## 3.1 TAAKHERSCHIKKING EN SUBSTITUTIE

Verpleegkundig specialisten en physician assistants hebben per 1 januari 2012 de bevoegdheid om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten. Deze bevoegdheid maakt het herschikken van taken tussen medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants juridisch beter mogelijk. Dit wordt mede ondersteund door de mogelijkheid voor deze beroepen om DBC's te openen en declareren.

In lokaal overleg en/of op basis van adviezen van wetenschappelijke verenigingen worden vaak de meer routinematige of minder complexe onderdelen van behandelingen overgelaten aan bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten of physician assistants, zodat medisch specialisten zich meer op complexe handelingen kunnen richten. Medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants zijn het er over eens dat deze vormen van taakherschikking plaats dienen te vinden in een vakgroep met medisch specialisten.

Taakherschikking kan bijdragen aan het vergroten van doelmatigheid van zorg. Het inrichten en borgen van taakherschikking vraagt goede afstemming en samenwerking tussen de betrokken beroepsbeoefenaars. Het uitgangspunt hierbij moet zijn dat de kwaliteit van zorg van gelijk niveau blijft of beter wordt.

Dit geldt ook voor substitutie van zorg van de 2e naar de 1e lijn. Onder substitutie wordt verstaan "het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie."

De overheid stimuleert substitutie om te komen tot basiszorg dicht bij huis en gespecialiseerdere zorg verder weg. Doelmatigere zorg zou hiervan het resultaat moeten zijn. Om duurzame substitutie van zorg te bereiken is lokale/regionale samenwerking tussen medisch specialisten en de eerste lijn - en met name met de huisartsen als poortwachters - essentieel. Voor substitutie is dan ook geen landelijke blauwdruk op te stellen. Wel kunnen wetenschappelijke verenigingen voor sommige aspecten van hun eigen vakgebied concrete handreikingen doen.

Bekende voorbeelden van substitutie zijn de ketenzorg voor patiënten met astma/COPD en diabetes mellitus type 2, en de integratie van de huisartsenposten en de SEH's die op de meeste plaatsen in Nederland is doorgevoerd.

Door het overhevelen van landelijk budget van de 2e naar de 1e lijn zal substitutie verder vorm moeten krijgen. Nauwe betrokkenheid van de medisch specialisten in deze context is essentieel om tot goede inrichting van deze samenwerking te komen ter borging van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Zie ook: [Handreiking Taakherschikking KNMG](#)

Zie ook: [Factsheet Substitutie van Zorg en Handreiking Substitutie](#)



### 3.2 PROCESOPTIMALISATIE, ZORGPADEN EN MULTIDISCIPLINAIR WERKEN

Met de schaarse zorgeuro en een kiezende patiënt in het achterhoofd werken veel ziekenhuizen en ZBC's aan het optimaliseren van zorgprocessen en de ondersteunende logistieke en zorgadministratieve processen. Deze procesoptimalisatie kan gepaard gaan met het realiseren van een besparing.

Een ontwikkeling in procesoptimalisatie, die al enige jaren geleden is ingezet, is de vorming van zorgpaden. In essentie helpen zorgpaden om de gang van de patiënt door het zorgproces te standaardiseren. De inhoud van dit zorgproces is het zorgprogramma, vaak opgebouwd uit diverse modules.

Zorgprogramma's leveren daarmee een gestandaardiseerde aanpak voor een specifieke patiëntengroep. De aanpak is vaak integraal en daarmee multidisciplinair. In het bedenken, inrichten en borgen van procesoptimalisaties zoals zorgpaden is goede samenwerking tussen procesanalisten, medisch specialisten en andere betrokken beroepsbeoefenaren van groot belang.

Een belangrijk aandachtspunt is het inrichten van feedbackinformatie vanuit de procesgang. Medisch specialisten moeten hier samen met procesanalisten over nadenken zodat relevante informatie uit het proces kan worden gegenereerd waarmee zij in staat zijn een verbetercyclus volgens het PDCA-model te doorlopen.

### 3.3 NETWERKVORMING

De hierboven genoemde ontwikkelingen laten zich vatten in het begrip netwerkvorming. In het visiedocument 2025 is de ambitie uitgesproken dat de medisch specialist in 2025 onderdeel is van een netwerk rondom de patiënt met netwerkgeneeskunde als resultaat. In de komende jaren is het dan ook van belang dat de medisch specialist zich richt op samenwerking in netwerken: met taakherschikte beroepen zoals Verpleegkundig specialisten en physician assistants, met de 1e lijn in het kader van substitutie /ketenzorg, met paramedici en intern met het oog op multidisciplinair werken en werken in zorgpaden. Daarnaast zal een deel van de medisch specialistische zorg anders verdeeld gaan worden over verschillende instellingen.

Zie ook: [Visiedocument Medisch Specialist 2025](#)

### 3.4 ZORGEVALUATIE EN SHARED SAVINGS

Met zorgevaluatie wordt bestaande zorg geëvalueerd en antwoord gegeven op de vraag welke zorg onder de gegeven omstandigheden het meest doelmatig is.

Zorgevaluatie levert gezondheidswinst op voor de patiënt. Daarnaast onderbouwt het richtlijnen en instrumenten voor gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making'). Zorgevaluatie kan leiden tot efficiëntere besteding van middelen. Eventuele besparingen kunnen worden aangewend om enerzijds de zorg betaalbaar te houden, maar ook ingezet worden om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren. Via dit concept van 'shared savings' komt er een vliegwieltje op gang waardoor zorgevaluatie zichzelf onderhoudt.

Om tot zorgevaluatie te komen zullen wetenschappelijke verenigingen - specialismespecifiek én specialismeoverstijgend - het voortouw moeten nemen in het inventariseren en prioriteren van onderwerpen voor zorgevaluatie. Vervolgens zal lokaal door medisch specialisten bijgedragen moeten worden middels deelname aan zorgevaluatie onderzoek en implementatie van de resultaten van zorgevaluatie in hun besluitvorming. Afspraken over shared savings dienen ook de betrokkenheid van de medisch specialist te stimuleren.

Zie ook: [Adviesrapport Zorgevaluatie](#)

### CONSEQUENTIES VOOR POSITIE, PROFIEL EN TAKEN

Elke medisch specialist is – naast het gezicht naar de patiënt – ook het gezicht naar ketenpartners en vervult een regiefunctie in het zorgproces van de eigen patiënt, maar ook in de lokale en regionale inrichting van dit zorgproces en de interactie met ketenpartners.

- Ontwikkeling van medisch leiderschap bij alle medisch specialisten is hierin een vereiste
- Het aanjagen, coördineren en continue verbeteren van zorgprocessen op patiëntniveau, zorgprocesniveau en over zorginstellingen heen moet worden beschouwd als vast en natuurlijk onderdeel van het takenpakket
- Daarbij kan uiteraard binnen een vakgroep een taakverdeling worden afgesproken



# 04 Ontwikkelingen op het gebied van registratie en transparantie, nu en tot 2020

Registraties en goede patiëntenzorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden ter ondersteuning van kwaliteitsverbetering en vernieuwing van zorg, overdracht, logistieke processen, declaratie van de zorg en richtlijnontwikkeling. Gezien de collectieve belangen en de inrichting van het zorgstelsel is het ook logisch dat patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders behoefte hebben aan verantwoordingsinformatie over de zorg.

In veel gevallen is de medisch specialist - vanuit zijn inhoudelijke en eindverantwoordelijke rol in het zorgproces voor de individuele patiënt – medeverantwoordelijk voor deze registraties en de persoon die deze registraties verzorgt of laat verzorgen.

## 4.1 REDUCTIE REGISTRATIELASTEN

In toenemende mate ervaart de medisch specialist het registreren als een last die ten koste gaat van de tijd en aandacht voor de zorg aan de patiënt zelf. Deze ervaren registratielast wordt gevoed door gebrekkige ondersteuning middels ICT-systemen, dubbele registraties als gevolg van wet- en regelgeving die koppeling tegenwerkt (privacywetgeving) en registraties waarvan het doel of de toegevoegde waarde onduidelijk is. Daarnaast ontbreekt soms overzichtelijke feedbackinformatie. Als informatie zinvol is voor intern gebruik en bijsturing zal de ervaren registratielast kunnen verminderen.

## 4.2 REGISTRATIE AAN DE BRON

Een ontwikkeling waarop landelijke programma's en lokale initiatieven al jaren inzetten is gestandaardiseerde vastlegging aan de bron voor meervoudig gebruik. Dit zou moeten leiden tot eenmalige vastlegging van activiteiten in het zorgproces waarna deze registraties voor alle doeleinden 'slimmer' hergebruikt kunnen worden.

Vanuit de Federatie zal samen met de Wetenschappelijke Verenigingen worden bekeken welke zaken vanuit de medisch specialist gezien nog extra aandacht behoeven in deze landelijke initiatieven. Daarnaast zal in de komende periode aandacht worden geschonken aan implementatieaspecten.

Om ervoor te zorgen dat de afgesproken landelijke standaarden lokaal goed kunnen worden geïmplementeerd, is het van belang dat de medisch specialisten in de eigen instelling betrokken zijn bij lokale inrichtingsvraagstukken.

## 4.3 GESTANDAARDISEERDE MEDISCHE TERMINOLOGIE

Gestandaardiseerde medische terminologie zal er naar verwachting aan bijdragen een deel van de registratielasten te reduceren. Bij het gebruik van gestandaardiseerde medische terminologie past slechts beperkt gebruik van vrij tekstvelden. De Federatie dient de consequenties en het gebruik van dit soort terminologie voor de individuele medisch specialist in kaart te brengen.



Daarnaast dient verkend te worden welke inhoudelijke rol de Federatie en Wetenschappelijke Verenigingen kunnen spelen bij het ontwikkelen van een gestandaardiseerde medische terminologie, zodat de toepasbaarheid in de medische praktijk is geborgd.

#### 4.4 CMIO

In het kader van versterking van de rol van de medisch specialist in de lokale inrichting van registraties en informatiesystemen ontstaat binnen de instelling steeds vaker de behoefte aan een Chief Medical Information Officer (CMIO).

De CMIO is verantwoordelijk voor het ontwerp, de implementatie en het gebruik van informatietechnologie binnen de medische organisatie van het ziekenhuis. Veelal rapporteert hij rechtstreeks aan de Raad van bestuur.

De CMIO is vaak een praktiserend medisch specialist met een opleiding op het gebied van informatiemanagement én met draagvlak binnen de medische staf.

### CONSEQUENTIES VOOR POSITIE, PROFIEL EN TAKEN

De medisch specialist moet over basiskennis beschikken ten aanzien van zorgadministratie en registratie. Tegelijkertijd moet er samen met de instellingen gezocht worden naar manieren om sneller en slimmer correcte registraties uit te (laten) voeren.

Vanuit de besturen medische staf, het MSB en de VMSD moet meer initiatief genomen worden om een bijdrage te leveren aan een meer efficiënte lokale inrichting van de registratie en ICT ten aanzien van het elektronisch patiëntendossier en ZIS.

- De opleiding en aanstelling van een CMIO is hierin een goede optie.
- Beleidslijnen zoals eenmalige vastlegging moeten binnen de zorginstelling maar ook onder de collega's worden uitgedragen waarbij bereidheid moet zijn om ook de benodigde aanpassingen in werkwijze door te voeren om dit te bereiken.

Een sterke positie voor de medisch specialist in het landelijke krachtenveld is hierbij ondersteunend.

# 05 Ontwikkelingen op het gebied van bekostiging, nu en tot 2020

## 5.1 RUST EN STABILITEIT

Tot 2020 worden op het gebied van bekostiging geen fundamentele wijzigingen verwacht. Dit is door de veldpartijen afgesproken met VWS en de NZa mede naar aanleiding van de roep van de Federatie om rust en stabiliteit.

Deze rust biedt mogelijkheden om te komen tot meerjarenafspraken tussen instellingen en zorgverzekeraars. Daarbij kan dan meer aandacht zijn voor netwerkvorming, kwaliteit van zorg en de eerdergenoemde zorgevaluatie en shared savings. De medisch specialist dient vanuit VMS, VMDS en MSB te zorgen voor een bijdrage aan de voorbereidingen op de onderhandelingen met zorgverzekeraars. Ook moeten VMS, VMDS en MSB zorgen voor vertegenwoordiging namens de medisch specialist aan de onderhandelingsstafel met de zorgverzekeraars.

Ook kan in deze periode ruimte worden gevonden voor nadere duiding van verzekerde en onverzekerde zorg en financiering van innovatieve medisch specialistische zorg,

## 5.2 AANDACHT VOOR WIJZIGINGEN NA 2020

Partijen zullen zich wel voorbereiden op wijzigingen vanaf 2020. Onderwerpen zoals uitkomstparameters in bekostiging (zorgevaluatie en opbouw naar value based healthcare), doorontwikkeling DOT/DBC (substitutie en eHealth) en het mogelijk loslaten van de financiële scheiding tussen 1e en 2e lijn zullen hierbij een belangrijke rol kunnen spelen.

Lokaal kan de medisch specialist zich hierop voorbereiden door ontwikkelingen op het gebied van bekostiging nauwlettend te volgen en – via VMS, VMDS of MSB – te zorgen dat tijdig kan worden aangehaakt bij interne projecten op dit vlak. Ook kan de medisch specialist bijdragen aan deze ontwikkelingen door – via zijn wetenschappelijke vereniging – initiatieven te ontplooiën of ondersteunen met betrekking tot het ontwikkelen van uitkomstindicatoren.

## CONSEQUENTIES VOOR POSITIE, PROFIEL EN TAKEN

Elke medisch specialist moet over actuele basiskennis beschikken ten aanzien van organisatie en financiering van de zorg.

De VMS, het MSB en de VMDS zullen actief moeten participeren in het voorbereiden en bijwonen van de onderhandelingen met zorgverzekeraars.





# 06

## Effect op positie, profiel en taken tot 2020

Alle genoemde ontwikkelingen hebben effect op profiel en taken van de medisch specialisten werkzaam in een algemeen ziekenhuis of ZBC. Hieronder is samengevat wat in het licht van de ontwikkelingen wordt verwacht van de positie die de medisch specialist inneemt ten gevolge van die ontwikkelingen.

Elke medisch specialist moet over basiskennis beschikken ten aanzien van organisatie en financiering van de zorg.

High potentials uit de vakgroep op het gebied van management en besturing moeten zich kunnen ontwikkelen om – naast het werk als medisch specialist – een verantwoordelijke functie in de bedrijfsvoering van een zorginstelling te bekleden.

De besturen VMS, MSB en VMSSD moeten meer professioneel gaan besturen. Daarbij dient er structureel gewerkt te worden aan de doorontwikkeling van participatie, het optimaliseren van beleidscycli en besluitvorming onderling en met de raden van bestuur van de instellingen. Een goede invulling van de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur kan alleen waargemaakt worden bij adequate ondersteuning en participatie vanuit de medisch specialisten.

Dit vraagt om een wederzijds open en transparante relatie tussen raad van bestuur, VMS, MSB en VMSSD.

De VMS, het MSB en de VMSSD zullen actief moeten participeren in het voorbereiden en bijwonen van de onderhandelingen met zorgverzekeraars.

Elke medisch specialist is – naast het gezicht naar de patiënt – ook het gezicht naar ketenpartners en vervult een regiefunctie in het zorgproces van de eigen patiënt, maar ook in de lokale en regionale inrichting van dit zorgproces en de interactie met ketenpartners.

- Ontwikkeling van medisch leiderschap bij alle medisch specialisten is hierin een vereiste
- Het aanjagen, coördineren en continue verbeteren van zorgprocessen op patiëntniveau, zorgprocesniveau en over zorginstellingen heen moet worden beschouwd als vast en natuurlijk onderdeel van het takenpakket
- Daarbij kan uiteraard binnen een vakgroep een taakverdeling worden afgesproken

De medisch specialist moet over basiskennis beschikken ten aanzien van zorgadministratie en registratie. Tegelijkertijd moet er samen met de instellingen gezocht worden naar manieren om sneller en slimmer correcte registraties uit te (laten) voeren.

Vanuit de besturen medische staf, het MSB en de VMSSD moet meer initiatief genomen worden om een bijdrage te leveren aan een meer efficiënte lokale inrichting van de registratie en ICT ten aanzien van het elektronisch patiëntendossier en ZIS.

- De opleiding en aanstelling van een CMIO is hierin een goede optie.
- Beleidslijnen zoals eenmalige vastlegging moeten binnen de zorginstelling maar ook onder de collega's worden uitgedragen waarbij bereidheid moet zijn om ook de benodigde aanpassingen in werkwijze door te voeren om dit te bereiken.

Een sterke positie voor de medisch specialist in het landelijke krachtenveld is hierbij ondersteunend.

# 07 Tot slot

In deze Positioneringsnota zijn vanuit beroepsbelangenperspectief diverse ontwikkelingen – met een horizon tot 2020 - beschreven die effect hebben op het profiel en de taken van de medisch specialist binnen een ziekenhuis of ZBC.

Daarbij dient expliciete aandacht te zijn voor de bekostiging van de tijdsinvestering van medisch specialisten ten behoeve van de realisatie van de gewenste profilering. Hierover zijn heldere afspraken gewenst binnen de instelling waarin de medisch specialist werkzaam is, los van de honorering van patiëntgerelateerde werkzaamheden.

Ontwikkelingen op het gebied van organisatie, zoals bestuurbaarheid en participatie, vragen erom dat elke medisch specialist kennis heeft van organisatie en financiering. Ook leidt het tot een behoefte om high potentials op het gebied van besturing en bedrijfsvoering vanuit het medisch specialistisch domein de kans te geven zich te ontwikkelen.

Ontwikkelingen op het gebied van samenwerking, zoals taakherschikking, substitutie en netwerkvorming vragen om een regiefunctie vanuit de medisch specialist en bijbehorende ontwikkeling van medisch leiderschap.

Ontwikkelingen op het gebied van registratie en transparantie vereisen basiskennis bij elke medisch specialist op het gebied van zorgadministratie en registratie. Vanuit besturen van medische staf, MSB en VMSD wordt initiatief gevraagd om bij te dragen aan een betere lokale inrichting van registratie en ICT, bijvoorbeeld door het inrichten van een CMIO functie.

Door invulling te geven aan een veranderend profiel kan de medisch specialist binnen de instelling een sterke positie creëren en de meest waardevolle bijdrage leveren aan innovatie, kwaliteit en veiligheid van zorg.

Op basis van deze Positioneringsnota kan de medisch specialist lokaal - met collega's – zijn positie beschouwen en nadenken over doorontwikkeling. De Federatie Medisch Specialisten kan de nota gebruiken als basis voor de activiteiten die zij ontplooit vanuit de Raad Beroepsbelangen.





Federatie  
**Medisch  
Specialisten**

**Bezoekadres:**  
Federatie Medisch Specialisten  
Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

**Postadres:**  
Postbus 20057  
3502 LB Utrecht

[www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl)