



Federatie
**Medisch
Specialisten**

HANDREIKING

Fte model voor medisch specialisten



Colofon

De Handreiking Fte model voor medisch specialisten is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten. Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie, tenzij anders vermeld. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten
Oktober 2024

Vormgeving: IJzersterk.nu

Vrijwaring

De Federatie Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van deze handreiking. 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.

Inhoud

Voorwoord	4
2024: Tussentijdse aanpassing handreiking Fte model voor medisch specialisten	5
Samenvatting	6
Leeswijzer:	8
Inleiding	9
Context	9
Hoofdstuk 1: Uitgangspunten fte-definitie	11
Hoofdstuk 2: Categorieën werkzaamheden en activiteiten	13
Achtergrond	13
Figuur 1: Toelichting uitgangspunten benchmarkanalyse MSB versus VMSD	14
De werkzaamheden en activiteiten onderverdeeld in 4 categorieën	14
Figuur 2: Indeling werkzaamheden medisch specialist	15
Uitgewerkte omschrijving van de verschillende categorieën werkzaamheden en activiteiten	16
1. Categorie 1.a: patiënt-gerelateerde werkzaamheden	16
2. Categorie 1.b: conditionele patiëntenzorg- en praktijk gerelateerde werkzaamheden	16
3. Categorie 2: niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden*	17
4. Categorie 3: onderwijs en wetenschappelijk onderzoek*	17
Opgave van dagdelen en fte's van de categorieën werkzaamheden en activiteiten	18
Tabel 1: Categorieën werkzaamheden, opgave fte voor landelijke benchmark en lokaal en aandachtspunten	20
Invulling werkzaamheden en thuiswerken	21
Hoofdstuk 3: Aandachtspunten voor het MSB-, (combi-)coöperatie- en VMSD-bestuur c.q. vakgroep	23
Algemeen	23
Gezond en veilig werken	24
Bijlage 1 Rekenvoorbeelden	26
Rekenvoorbeeld 1: Opgave per vakgroep van werkzaamheden per categorie in dagdelen en fte	26
Rekenvoorbeeld 2: Opgave per specialist in vakgroep van werkzaamheden per categorie in dagdelen en fte	27
Bijlage 2 Tabel (mate van) meetellen medisch ondersteunend personeel in de Fte opgave/benchmark	28
Bijlage 3 Toelichting fte-definitie en -opgave en toelichting vrij-na-dienst regeling	29
Bijlage 4 Samenstelling Commissie Verdeelmodel (en normtijden) en Werkgroep benchmarken dienstverband	31

Voorwoord

Deze nieuwe Handreiking Fte model voor medisch specialisten is tot stand gekomen o.b.v. de sterke wens om de eerdere Handreiking Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep¹ van 2017 geschikt te maken voor alle werkvormen van medisch specialisten, zowel vrijgevestigd als in dienstverband, en onafhankelijk van de instelling waar men werkt (inclusief academische zorginstellingen). Hiervoor is een heldere indeling in categorieën werkzaamheden van belang, waarbij nu ook de 'conditionele' werkzaamheden i.r.t. de patiëntenzorg zijn meegenomen, aangezien die in omvang kunnen verschillen tussen vakgroepen. Tevens is de handreiking 'gemoderniseerd' en zijn de ontwikkelingen in het zorglandschap vanaf 2018-2020 m.b.t. eHealth/digitale zorg, zorg op afstand en thuis werken meegenomen. De voorliggende handreiking is hiermee te gebruiken voor MSB's, (combi-)coöperaties en/of VMSSD's en voor zowel vrijgevestigde als dienstverband (inclusief academische) medisch specialisten. Het gebruiken van (fte) benchmarking tools betreffende medisch specialisten en/of vakgroepen dient in beginsel ofwel door henzelf geïnitieerd te zijn ofwel na vooraf betrokkenheid en overleg hierover met hen. Er is bewust voor gekozen om voor de fte opgave één handreiking te behouden, aangezien de essentie van het werk van medisch specialisten hetzelfde is, ongeacht hun werk- en contractvorm. Het verschil in werk- en contractvorm tussen medisch specialisten uit zich voornamelijk in de bij dienstverband aanwezige (contractuele) begrenzing van de te werken uren per week en welke werkzaamheden en activiteiten daar in dienen te passen.

Voor vrijgevestigd medisch specialisten bevat deze update van de eerdere Handreiking Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep van 2017 niet veel nieuws, behoudens genoemde modernisering/verruiming van het thuiswerken in de fte opgave. De nu onderverdeelde categorie 1 werkzaamheden in categorie 1.a en 1.b (zie samenvatting en [hoofdstuk 2](#)) is vooral van belang voor dienstverband medisch specialisten. Voor vrijgevestigd medisch specialisten zullen deze 2 subcategorieën veelal samengevoegd blijven in de fte opgave, hetgeen daarin dus bij hen geen significante verandering zal geven. De nieuwe categorie 3 werkzaamheden (onderwijs en onderzoek) is vooral van belang voor medisch specialisten die zich daar in belangrijke mate mee bezig houden, zoals in academische centra en grotere algemene ziekenhuizen.

Deze handreiking is een update van de Handreiking Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep van 2017, die toen was gemaakt naar aanleiding van vragen via wetenschappelijke verenigingen (wv-en) en MSB's om de destijds vigerende fte opgave in het benchmark model van het Witte Boek IV van de Federatie Medisch Specialisten uit 2011 te herzien, te verduidelijken en waar mogelijk te vereenvoudigen. Dit vanwege het destijds blijven bestaan van interpretatieverschillen en het niet goed inpasbaar zijn van een aantal situaties. Dat was een belangrijk signaal, aangezien het (LOGEX) benchmark model in veel ziekenhuizen wordt gebruikt om voor medisch specialisten (ten opzichte van een benchmark) de zorgverlening activiteiten en trends daarin inzichtelijk te maken, hun efficiency en verbruik van middelen en kosten daarbij, de getalsmatige eigen vakgroep fte inzet én voor verdeling van honorarium. In vergelijking met de 2011 uitgangspunten was de handreiking van 2017 al een duidelijk betere weergave van de werkelijkheid van praktijkvoering, was deze gemoderniseerd, makkelijker uit te leggen, consistent en met daarbij een beter 'level playing field'. Voorts aan de ene kant flexibeler en aan de andere kant met meer randvoorwaarden omgeven. Daarmee is toen een stevig fundament voor de fte opgave systematiek gelegd, die bijdraagt aan een zo optimaal en uniform mogelijke vaststelling van de landelijke benchmark fte norm.

In de Handreiking Fte benchmark model van 2017 waren al een aantal aanpassingen gedaan, die nu onveranderd zijn gebleven: het samenvoegen van direct en indirect (m.n. administratieve, nu meer in het EPD geïntegreerde) patiëntgebonden werkzaamheden tot één categorie 'patiënt-gerelateerde' werkzaamheden en het daarmee beter en logischer kunnen inpassen van de verschillende soorten werkzaamheden en het kunnen rond rekenen op 10 dagdelen. Voorts het verbreden van de 'vrij-na-dienst' regeling naar meerdere specialismen, die tegelijkertijd zijn voorzien van duidelijker randvoorwaarden. Ook het kunnen inpassen van thuiswerkzaamheden was in de handreiking van 2017 al meegenomen. De geüpdatete voorliggende handreiking is ook nu van rekenvoorbeelden, tips en nadere uitleg voorzien.

1 Zie www.demedischspecialist.nl thema 'MSB'

Het updaten van genoemde handreiking is voortvarend opgepakt middels uitstekend voorwerk door een Werkgroep benchmarken dienstverband met een aantal deskundige dienstverband medisch specialisten en vrijgevestigde collega's daarin. Deze werkgroep is onderdeel de Commissie Verdeelmodel en Normtijden, en de voorliggende handreiking is in deze Commissie gefinaliseerd. Deze Commissie en Werkgroep zijn ingesteld door het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten en geeft zowel aan als vraagt feedback van de Raad Beroepsbelangen. Indien nodig zal ook deze handreiking in de toekomst weer worden geüpdatet.

De 'highlights' van deze Handreiking Fte opgave voor medisch specialisten (ingaaend 1 januari 2022) t.o.v. die van 2017:

- Omschrijving van alle werkzaamheden en activiteiten in de dagelijkse praktijk van de medisch specialist in 4 categorieën, waarbij onderwijs en wetenschap ook een duidelijker plaats hebben;
- Het toepasbaar zijn voor benchmarking van alle medisch specialisten, onafhankelijk van aanstelling en werkvorm in MSB's, (combi-)coöperaties en/of VMSSD's;
- De eerdere uitgangspunten en aanpassingen in de Handreiking Fte benchmark model van 2017, t.o.v. de Witte Boek IV fte opgave omschrijvingen van 2011, zijn onveranderd gebleven;
- Modernisering t.a.v. eHealth zorgvormen en thuiswerken is meegenomen.

De Commissie Verdeelmodel en normtijden hoopt hiermee opnieuw het benchmark model naar de toekomst te hebben bestendigd met een sterkere en bredere basis, die een goede uniforme 'level playing field' fte opgave blijft faciliteren.

Marcel van der Linde,
voorzitter Commissie Verdeelmodel en normtijden.

2024: Tussentijdse aanpassing handreiking Fte model voor medisch specialisten

Vanuit de commissie Verdeelmodel en Normtijden is aangekondigd dat deze handreiking voor het Fte-model van medisch specialisten uit 2021 op specifieke onderdelen geüpdatet zal worden. Hoewel het grootste deel van het document nog steeds geldig en bruikbaar is, zoals de bepaling van de Fte-waarde van medisch specialisten, is er één belangrijk onderdeel dat niet langer van toepassing kan zijn. Dit betreft het laatste item in de tabel van bijlage 2, waarin wordt ingegaan op de vraag hoe medisch ondersteunend personeel wordt meegewogen in de Fte-opgave voor benchmarking.

In deze tabel werden seh-artsen voorheen meegenomen als medisch ondersteunend personeel. Dit is echter niet meer correct, omdat seh-artsen sinds 2024 door de minister van VWS zijn erkend als een apart medisch specialisme. Door deze gewijzigde status is de opname van seh-artsen in de tabel van bijlage 2 van de handreiking niet langer juist en van toepassing en is daarom komen te vervallen (dit document is de voorlopig aangepaste handreiking).

Door hun nieuwe positie als zelfstandig specialisme rijst de vraag hoe en op welke wijze seh-artsen nog meegewogen moeten en kunnen worden in de benchmarksystematiek voor (vrijgevestigd) medisch specialisten. Daarbij is ook de vraag hoe zorgproductie, gerealiseerd door of samen met seh-artsen, daarin meegewogen kan worden. Uit de informatie die bij de Federatie bekend is, blijkt dat er over toewijzing van zorgverlening productie door of samen met seh-artsen aan de vakgroepen waarvan zij de typeringlijsten gebruiken, zowel in het verleden als nu, geen uniforme afspraken bestaan tussen de ziekenhuizen.

Ook de doorbelasting van (loon-)kosten van seh-artsen in dienst van het ziekenhuis aan medisch-specialistische bedrijven (msb's) en/of vrijgevestigde vakgroepen verschilt per ziekenhuis, evenals de vraag of er in die doorbelasting rekening gehouden wordt met een onderscheid tussen 24/7 beschikbaarheid en zorgverlening productie door seh-artsen. Of en in hoeverre dit in de toekomst zal veranderen is op dit moment moeilijk te voorspellen.

De Federatie en de commissie Verdeelmodel en Normtijden zijn in gesprek met de betrokken specialismen en Logex om naar een oplossing te zoeken. Vanwege de historische en nog bestaande verschillen in afspraken tussen ziekenhuizen over zorgverlening productie toewijzing en eventuele doorbelasting van (loon)kosten van seh-artsen aan de andere medisch-specialistische vakgroepen, is het echter een uitdaging om tot een uniforme oplossing te komen. Verdere communicatie hierover volgt zodra er meer duidelijkheid is.

Samenvatting

Vanaf 1 januari 2017 is m.b.v. de voorgaande Handreiking Fte benchmark model de methodiek van de fte opgave verduidelijkt en daarmee al zoveel mogelijk een 'level playing field' gecreëerd. Hiermee is gerealiseerd dat de fte opgave voor de landelijke benchmark zo maximaal mogelijk passend is bij de werkelijkheid van de praktijkvoering en de verschillen in werkzaamheden die tussen de specialismen nu eenmaal aanwezig zijn. Daarbij is in de opgave van werkzame dagdelen geen onderscheid meer gemaakt tussen direct en indirect (m.n. administratieve, nu met het EPD meer geïntegreerde) patiëntgebonden dagdelen. De term patiëntgebonden is sindsdien vervangen door de term 'patiënt-gerelateerd'.

Het (LOGEX) benchmark model wordt gebruikt in veel ziekenhuizen om voor medisch specialisten (ten opzichte van een benchmark) een aantal zaken inzichtelijk te maken: de zorgactiviteiten en trends per vakgroep, de daaraan gerelateerde efficiency, het verbruik van middelen en kosten, en voorts het vaststellen van de norm fte inzet, als basis voor de verdeling van honorarium binnen het MSB of de (combi)coöperatie.

In de voorliggende geüpdatete handreiking zijn conditionele werkzaamheden en activiteiten alsmede die t.a.v. onderwijs en wetenschap als separate categorieën gespecificeerd, waarmee nu alle werkzaamheden en activiteiten van een medisch specialist te omvatten zijn. Om (maximaal) als 1,0 fte medisch specialist (voor de landelijke benchmark) te kunnen kwalificeren, zijn 10 werkzame patiënt-gerelateerde en conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde dagdelen benodigd (vóór 2017 waren dat 9 directe en 1 indirect patiëntgebonden dagdelen). Dit kunnen zowel face-to-face, zorg op afstand, administratieve als patiënt-gerelateerde en conditionele patiëntenzorg-, praktijkvoering- en kwaliteit-gerelateerde werkzaamheden zijn. De in 2017 herijkte uitgangspunten hebben geleid tot een duidelijker fte opgave die beter aansluit bij de werkelijkheid. Tevens is vanaf 2017 de vrij-na-dienst regeling verbreed naar mogelijk zijnde voor alle specialismen, doch onder nadrukkelijker randvoorwaarden.

De categorieën met de diverse soorten werkzaamheden en activiteiten passend bij het in de dagelijkse praktijk werken als medisch specialist, zijn nu onderverdeeld in 4 categorieën, die (ook voor benchmarking) toepasbaar zijn op elke medisch specialist, onafhankelijk van de aanstelling, werkvorm en instelling waar hij/zij werkt, mits de uitgangspunten hetzelfde zijn en de werkzaamheden op gelijke wijze binnen de fte aanstelling plaatsvinden. Daarbij dienen alle 4 categorieën werkzaamheden voor een medisch specialist in dienstverband te vallen binnen de overeengekomen (maximale) arbeidsduur en het daarbij horende honorarium.

Deze 4 categorieën omvatten:

- 1. Categorie 1.a werkzaamheden:** patiënt-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten, op te geven en meetellend voor de landelijke benchmark én meetellend voor de lokale fte formatie.
- 2. Categorie 1.b werkzaamheden:** conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten, inclusief werk m.b.t. de praktijkvoering én betreffende kwaliteit van zorg activiteiten, die meetellend zijn voor de landelijke benchmark én meetellend voor de lokale fte formatie. Deze werkzaamheden hangen nauw samen met de patiënt-gerelateerde werkzaamheden (categorie 1.a), zijn op zich wel daarvan onderscheidbaar, maar kunnen niet los daarvan gezien worden. Voor dienstverband werkvormen kan deze categorie werkzaamheden apart worden onderscheiden en kwantitatief in fte waarde (lokaal) worden bepaald en eventueel gealloceerd voor (landelijke) benchmark doeleinden.
- 3. Categorie 2 werkzaamheden:** niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden, *niet* meetellend voor de landelijke benchmark, maar *wél* meetellend voor de lokale fte formatie, waarin de fte waarde van deze werkzaamheden apart gealloceerd is binnen de totale fte aanstelling van de OE/vakgroep en in principe apart financieel of in fte aanstelling gehonoreerd is (bij voorkeur vanuit een aparte bron gefinancierd).
- 4. Categorie 3 werkzaamheden:** werkzaamheden en activiteiten m.b.t. onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, niet meetellend voor de landelijke benchmark, maar *wél* meetellend voor de lokale fte formatie, waarin de fte waarde van deze werkzaamheden apart gealloceerd is binnen de totale fte aanstelling van de OE/vakgroep en in principe apart financieel of in fte aanstelling gehonoreerd is (en evt. vanuit een aparte bron gefinancierd).

Daarbij is het mogelijk om werkzaamheden thuis (deels) mee te tellen in de fte opgave (van categorie 1.a en/of 1.b werkzaamheden), waarbij het inmiddels realistisch is dit niet meer te beperken tot 1 dagdeel per week (zoals in 2017 gesteld), ook gezien de mogelijkheden die e-consulten (passend binnen de NZa-regelgeving) hiervoor bieden. Het lijkt inmiddels reëel en conform de werkelijkheid in de praktijk om dit aantal dagdelen thuiswerken, passend bij de te leveren (hybride) zorg en het betreffende specialisme, in afdoende goede balans te laten zijn met het aantal dagdelen in het ziekenhuis werken. En t.a.v. de invulling daarvan een aantal randvoorwaarden te stellen, zoals bijv. het inroosteren van dagdelen thuiswerken en het (thuis) telefonisch bereikbaar zijn voor ziekenhuismedewerkers, collega's en verwijzers.

De fte opgave moet worden gedaan in *werkzame dagdelen*, op de wijze zoals in deze handreiking verder is toegelicht. Hiervoor is een (landelijke) 'fte opgave tool' beschikbaar, die zal worden aangepast op basis van deze handreiking. Daarbij dienen de uitgangspunten, zoals die in [hoofdstuk 1](#) Uitgangspunten fte-definitie staan, gehandhaafd te blijven en de invulling daarvan moet worden gedaan zoals in het kader '[Opgave van alle categorieën werkzaamheden en activiteiten in dagdelen en opgave van fte's](#)' in [hoofdstuk 2](#) 'Categorieën werkzaamheden en activiteiten' is beschreven. Voor de (landelijke) benchmark opgave kan een capita *maximaal* 1,0 fte zijn o.b.v. patiënt -gerelateerde en conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten (categorie 1.a en 1.b), zowel voor vrijgevestigd als dienstverband medisch specialisten.

Voor de lokale fte waarde binnen een vakgroep en in relatie tot (landelijke) benchmarking kan er verschil zijn tussen een dienstverband en vrijgevestigde werkvorm: voor de dienstverband werkvorm dienen in beginsel alle 4 categorieën werkzaamheden en activiteiten binnen de overeengekomen (maximale) arbeidsuren van de contractvorm van 1 fte per capita te vallen, waarbij dit voor de categorie 1.a en 1.b werkzaamheden en activiteiten ook geldt binnen de benchmark fte waarde. Bij vrijgevestigde medisch specialisten geldt dat in principe ook voor de categorie 1.a en 1.b werkzaamheden en activiteiten, maar zijn de categorie 1b, 2 en 3 werkzaamheden vrijer invulbaar binnen of buiten die 1 fte per capita. Het is een doelstelling van deze handreiking om de omvang van de werkzaamheden in deze categorie 1.b beter in kaart te brengen en te kunnen kwantificeren, aangezien een (relatief) hoog of laag aandeel van deze werkzaamheden een verklaring kan zijn bij benchmarkverschillen tussen vakgroepen met eenzelfde en/of verschillende werkvorm van hetzelfde specialisme. Om hierover op objectieve wijze een gesprek te kunnen voeren, wordt het mogelijk gemaakt de omvang van deze werkzaamheden separaat en kwantitatief op te geven bij het uitvoeren van een benchmarkanalyse.

Categorie 2 en 3 werkzaamheden en activiteiten vallen buiten de landelijke fte opgave en landelijke benchmark aangezien die geen directe relatie hebben met de patiënt-gerelateerde (categorie 1.a en 1.b, o.b.v. patiënten zorgverlening in engere zin) werkzaamheden. De werkzaamheden en activiteiten in deze 2 categorieën dienen echter, als dit aan de zorginstelling gerelateerde werkzaamheden zijn, wel meegenomen te worden in de totale lokale fte waard van een vakgroep. Ze kunnen evt. wel als werkzaamheden buiten deze benchmark worden ingevuld. Daarin dient de financiering /honorering van deze categorie werkzaamheden bij voorkeur op separate wijze vorm te worden gegeven. In het algemeen zal bij de vrijgevestigde werkvorm voor categorie 2 en 3 een aparte financiële vergoeding geregeld te zijn, die men om kan zetten in een extra stukje honorarium dan wel extra fte formatie. Bij dienstverband medisch specialisten dienen alle (categorie 1.a en 1.b alsmede de categorie 2 en 3) werkzaamheden te passen binnen de fte formatie c.q. de in het dienstverband overeengekomen maximale arbeidsduur. Het kan echter zijn dat categorie 1.b., categorie 2 en/of categorie 3 werkzaamheden ten koste gaan van de tijd die voor de categorie 1.a (en evt. 1.b) werkzaamheden beschikbaar is. Mocht dat het geval zijn, kan i.o.m. de RvB, een vermindering van bepaalde werkzaamheden worden afgesproken dan wel budget door de RvB worden aangewend voor inzet of aantrekken van extra formatie, om alle werkzaamheden wel passend te maken binnen de contractueel overeengekomen (maximale) arbeidsduur van de vakgroep leden.

Al met al zijn er dus verschillende fte formatie onderdelen/vormen te onderscheiden: werkzame fte formatie meetellend voor de landelijke benchmark (cat. 1.a en 1.b werkzaamheden), werkzame fte formatie die daarvoor niet meetelt, maar wel voor de lokale fte bepaling (cat. 2 en 3 werkzaamheden) en daarnaast norm fte formatie, die een resultante is van verrichte patiëntenzorgverlening parameters t.a.v. de landelijke benchmark.

Het gebruiken van (fte) benchmarking tools betreffende medisch specialisten en hun vakgroepen dient in beginsel ofwel door henzelf geïnitieerd te zijn, ofwel na betrokkenheid van en overleg hierover met hen. Tevens is daarbij belangrijk dat lokaal heldere afspraken worden gemaakt tussen het betreffend gremiumbestuur (van MSB, (combi-)coöperatie, VMSD) en de vakgroepen over de juiste aanlevering (met onderverdeling in de beschreven categorieën werkzaamheden) van de vakgroep fte formatie(s) en de controle daarop. Wetenschappelijke verenigingen (wv-en) hebben als taak het doen van (jaarlijks) onderhoud aan (DBC) normtijden en kunnen adviseren in werkwijze(n) en gebruikelijke praktijkvoering vormen, zoals t.a.v. de diverse soorten werkzaamheden per specialisme. Ook is het van belang dat wv-en intern richting hun leden blijven communiceren dat zij zich hebben geconformeerd aan de nog steeds geldende basisprincipes van de fte definitie en -opgave zoals benoemd in het hoofdstuk 'Uitgangspunten fte-definitie' (en zoals dit al eind 2016 binnen de RBB is geaccordeerd en kort daarna vastgesteld door het Federatiebestuur middels de Handreiking Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep - februari 2017).

Tenslotte gelden voor medisch specialisten in dienstverband en hun vakgroepen binnen de AMS-regeling nog een aantal specifieke AMS-uitgangspunten en is het van belang dat er, zowel bij (vakgroepen en besturen van) medisch specialisten in dienstverband (AMS of Cao UMC's) als bij vrijgevestigd medisch specialisten, aandacht is voor thema's als 'gezond en veilig werken', 'gezond roosteren' en 'levensfasebeleid'. Daarbij zijn onderwerpen als hersteltijd na dienst en afbouw van nachtdiensten relevant (zie [hoofdstuk 3](#)).

Leeswijzer:

Na voorwoord en bovenstaande samenvatting volgt een inleiding met de context van deze handreiking. Daarna volgen in hoofdstuk de 1 de uitgangspunten van de fte definitie met aanscherping daarvan t.o.v. 2017. In hoofdstuk 2 volgt de uitleg van de uitbreiding betreffende de categorieën-indeling met concrete voorbeelden. Daarin staat tevens een kader en een tabel hoe in de praktijk om te gaan met de landelijke fte opgave, met evt. externe JZOJP activiteiten en een praktische vertaalslag t.a.v. het doorwerken van categorie 1.b. werkzaamheden in het fte model. In hoofdstuk 3 staan aandachtspunten voor het MSB-, (combi-)coöperatie- en VMSD-bestuur en de vakgroepen. Tenslotte volgen een aantal bijlagen. In bijlage 1 staan rekenvoorbeelden m.b.t. opgave per vakgroep respectievelijk per specialist van werkzaamheden per categorie (in dagdelen en fte waarde). In bijlage 2 staat een tabel met de mate van meetellen van medisch ondersteunend personeel in de Fte opgave/benchmark. In bijlage 3 staat een toelichting op de fte-definitie en -opgave en op de vrij-na-dienst regeling met aandachtspunten voor gremia besturen en vakgroepen (o.a. over gezond en veilig werken) en in bijlage 4 staat de samenstelling van de Commissie Verdeelmodel (en normtijden) en de Werkgroep benchmarken dienstverband.

Inleiding

Context

Elk MSB dat voor haar verdeelmodel de landelijke benchmark gebruikt, levert gegevens aan om de landelijke normpraktijk of benchmark per specialisme te kunnen vaststellen en vervolgens zichzelf en haar OE's (Organisatorische Eenheden = vakgroepen) hieraan te laten spiegelen. Het aantal voltijd medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaar per specialisme, inclusief ondersteunende zorgverleners die direct of indirect bijdragen aan de te leveren patiëntenzorg ('productie'), zoals een chef de clinique, ANIOS, physician assistent en verpleegkundig specialist, wordt uitgedrukt in aantal fte (fulltime equivalent) (zie ook [bijlage 2](#)) en dient als input voor de landelijke benchmark en kan - indien lokaal gekozen - worden gebruikt als directe sleutel voor verdeling van honorarium.

Ook voor dienstverband gremia en vakgroepen, in (combi-)coöperaties of VMSSD's, wordt toenemend gebruikt gemaakt (bijvoorbeeld door ziekenhuizen en hun Raden van Bestuur) van soortgelijke benchmarking. In het geval van benchmarking van een vakgroep, wat op initiatief van dan wel in samenspraak met de vakgroep zou moeten worden gedaan, is het ook hier van belang om medisch specialistische vakgroepen op eenzelfde wijze te spiegelen aan andere vergelijkbare vakgroepen van eenzelfde medisch specialisme in een ander vergelijkbaar ziekenhuis dan wel aan een landelijke normpraktijk. Hierbij gaat het dan om bepaling van benodigde fte aantal en samenstelling van een vakgroep in relatie tot de te verrichten werkzaamheden binnen de overeengekomen (maximale) arbeidsduur en andere arbeidsvoorwaarden. In feite is dat de andere zijde van dezelfde 'medaille'. Als over de soorten werkzaamheden die het hier betreft en de hiervoor ingezette formatie geen of onvoldoende informatie voorhanden is, kan dit leiden tot onjuiste conclusies in benchmark situaties binnen bijv. een (combi-)coöperatie of bij de Raad van Bestuur.

Bovenstaande was de voornaamste aanleiding om de in 2017 gepubliceerde Handreiking Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep (als opvolger van de fte opgave omschrijving in het Witte Boek IV van 2011), te updaten en toepasbaar te maken (ook voor benchmarking) voor elke medisch specialist, onafhankelijk van de aanstelling, werkvorm en instelling waar hij/zij werkt. De voorliggende handreiking is dan ook te gebruiken binnen MSB's, (combi-)coöperaties en/of VMSSD's en voor zowel vrijgevestigde als dienstverband (incl. academische) medisch specialisten.

Binnen de fte opgave systematiek ten behoeve van de landelijke benchmark zijn er verschillende stakeholders, met allen een eigen verantwoordelijkheid:

- Federatie Medisch Specialististen: is uitgever van het destijdse Witte Boek deel IV en Handreikingen m.b.t. Fte (benchmark) model opgave, verdeelmodel- en andere vraagstukken.
- MSB- of (combi-)coöperatie bestuur: de fte-opgave* valt onder de verantwoordelijkheid van dit bestuur en die van de vakgroep zelf. VMSSD bestuur: kan daar juridisch niet verantwoordelijk voor zijn, maar kan wel stimuleren en navragen.
- Medisch specialist/vakgroep: geeft zijn werkzaamheden met bijbehorende fte formatie op* bij het bestuur van het MSB of (combi-)coöperatie (of VMSSD) dan wel rechtstreeks aan het intermediair c.q. beheerder van het Verdeelmodel.
- Wetenschappelijke vereniging (wv): doen (jaarlijks) onderhoud aan (DBC-DOT) normtijden en kunnen adviseren in werkwijze(n) en gebruikelijke praktijkvoering vormen, zoals t.a.v. de diverse soorten werkzaamheden per specialisme. Daarbij is van belang dat wv-en ook intern richting hun leden blijven communiceren dat alle wv-en zich hebben geconformeerd aan de nog steeds geldende basisprincipes van de fte definitie en -opgave (zie [hoofdstuk 1](#) Uitgangspunten fte-definitie), zoals dit eind 2016 binnen de RBB is geaccordeerd en kort daarna vastgesteld door het Federatiebestuur (Handreiking Fte benchmark model medisch specialisten in vrij beroep - 2017).
- LOGEX: heeft een faciliterende en ondersteunende rol aangaande de fte opgave middels o.a. het beschikbaar stellen van een online fte-tool, zoals die gebruikt wordt in de betreffende verdeelmodel vormen. Daarnaast ondersteunt LOGEX in periodieke validatie van de opgegeven fte-formatie en de Commissie Verdeelmodel (en normtijden) bij technische uitwerking van o.a. Federatie-handreikingen en normtijden onderhoud.

**) indien lokaal gewerkt wordt met (landelijke) benchmarking.*



Hoofdstuk 1: Uitgangspunten fte-definitie

In de Handreiking Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep had de Werkgroep Verdeelmodel in 2017 al een aantal uitgangspunten voor de fte-definitie geformuleerd, deels overgenomen uit het Witte Boek IV en die deels aanvullend daarop waren. Deze uitgangspunten blijven onverminderd gelden.

De fte-definitie dient voor alle verschillende specialismen op een gelijke wijze gehanteerd te worden zodat een 'level playing field' wordt gecreëerd. Ook dient middels de fte opgave de best mogelijke afspiegeling van de werkelijkheid te ontstaan. Het streven blijft daarbij als voorheen: een goede benchmarksystematiek om specialisme-specifieke kwantitatieve mate van geleverde zorg betrouwbaar te kunnen benchmarken voor de verrekening/verdeling van gezamenlijk verdiend honorarium en/of een juiste bepaling van de fte formatie van de vakgroep die hiervoor benodigd is.

Het type aanstelling (vrije vestiging of dienstverband) heeft a priori geen impact op de totstandkoming en omvang van de zorgverlening. Hoewel het op zich logisch is om bij benchmarking vakgroepen met een gelijke contractvorm met elkaar te vergelijken, kunnen alle vakgroepen binnen een specialisme aan dezelfde benchmark gespiegeld worden, zolang er gelijke uitgangspunten zijn qua werkzaamheden en opgave van input fte formatie. Verschillen in uitgangspunt en/of het binnen dan wel buiten de normale werkweek uren (moeten) doen van voor de benchmark meetellende werkzaamheden, kunnen tot verschil in uitkomst van een benchmarkanalyse leiden. Dit kan komen door verschil tussen vakgroepen met eenzelfde werkvorm binnen hetzelfde specialisme, zowel als tussen de verschillende werkvormen dienstverband en vrijevestiging van eenzelfde specialisme. Het is onwenselijk als verschillen in uitkomsten van een benchmarkanalyse (puur) veroorzaakt worden door verschil in werkvorm. Om dat te voorkomen zijn uniforme en werkvorm-overstijgende uitgangspunten nodig. De uitgangspunten om tot uniforme opgave van input fte formatie te komen, worden hieronder nader uiteen gezet en zijn daarin leidend:

- Per persoon (1 capita) kan *maximaal* 1 fte worden opgegeven (voor de landelijke benchmark fte input tool), dit geldt zowel voor vrijevestiging als dienstverband medisch specialisten.
- Eén fte medisch specialist (vrijevestiging of in dienstverband) werkt in *landelijke* benchmark 'termen' *maximaal* 10 dagdelen aan patiënt-gerelateerd en daarvoor conditionele werkzaamheden met 44 weken aanwezigheid. Voor dienstverband medisch specialisten vallen alle (categorieën) werkzaamheden binnen de *lokale* fte aanstelling en contractvorm.
- Het uitgangspunt is 1 dagdeel = 1 dagdeel. Het gaat erom dat – voor 1,0 fte opgave in de landelijke benchmark – 10 dagdelen patiënt-gerelateerde en daarvoor conditionele werkzaamheden zijn verricht, voor beide werkvormen.
- De fte opgave wordt gedaan in dagdelen, waarbij voor de benchmark een (vol) dagdeel tenminste 4 uren patiënt-gerelateerde en/of daarvoor conditionele werkzaamheden omvat in dat dagdeel van de medisch specialist (in de normale werkweek en buiten de diensten).
- Thuiswerken is mogelijk met daarbij enkele randvoorwaarden en aandachtspunten (zie blz. 21).
- De werkzaamheden van een medisch specialist zijn onder te verdelen in een aantal categorieën, waarvan onderdelen wel en niet meegenomen dienen te worden in de fte opgave voor de (landelijke) benchmark.
- Net zoals in de eerdere handreikingen vallen dagdelen patiënt-gerelateerde en daarvoor conditionele werkzaamheden binnen de benchmark fte opgave m.b.t. verdeelmodellen. Werkzaamheden die niet duidelijk op deze wijze gerelateerd zijn aan de geleverde zorg vallen buiten de benchmark fte opgave. Dit laatste betreft (niet-limitatief) niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden, onderwijs en wetenschap, externe werkzaamheden (vallend buiten het MSB, de (combi-)coöperatie, VMSD en/of de vakgroep in een ZBC, anderhalve lijnszorg-setting of anderszins), trials, etc. Deze werkzaamheden dienen buiten de landelijke benchmark te worden gehouden en in de lokale vakgroep formatie apart te alloceren, met in beginsel aparte (buiten het reguliere verdeelmodel) financiering en honorering (in aanvullend honorarium en/of fte formatie). Afhankelijk van de afspraken kan deze separate financiering via of buiten het MSB, (combi-)coöperatie of VMSD lopen. Ook 'echt' vrije dagdelen tellen uiteraard niet mee als werkzame dagdelen voor de (benchmark) fte opgave.
- Doelstelling hierbij is om de omvang van de werkzaamheden in de verschillende categorieën beter en kwantitatief in kaart te kunnen brengen. Om hier een objectief gesprek over te kunnen voeren, wordt het mogelijk

gemaakt de omvang van de verschillende (en m.n. de conditionele) werkzaamheden separaat op te geven bij het uitvoeren van benchmarkanalyses.

- De categorieën werkzaamheden zijn beschreven in [Hoofdstuk 2](#) Categorieën werkzaamheden en activiteiten vanaf [blz. 13](#).
- Vanwege deze indeling in werkzaamheden was al eerder afscheid genomen van de term 'direct en indirect patiëntgebonden werkzaamheden' en is vanaf 2017 'patiëntgebonden' vervangen door 'patiënt-gerelateerd'.

Binnen de fte-definitie wordt onderscheid gemaakt tussen medisch specialisten met en zonder vrij-na-dienst regeling:

- De regeling met vrij-na-dienst dagdelen opgave is, onder voorwaarden, mogelijk voor alle specialismen met zwaardere diensten (vóór 2017 werd deze regeling vooral toegepast bij vakgroepen Heelkunde, Gynaecologie en Anesthesiologie).
- De vrij-na-dienst regeling kan onder de volgende randvoorwaarden worden ingezet:
 - Zoals gedefinieerd op blz. 7 van de [Handreiking model vergoeding disutility](#) kan een vrij-na-dienst regeling worden toegepast wanneer sprake is van een dienst intensiteit categorie 4 (aanwezigheid = 'vrijwel altijd tot altijd aanwezig').
 - Er kunnen, zoals ook in de eerdere regeling vastgesteld, per vakgroep per week per dienstrooster regeling (op 1 of meerdere locaties) niet meer diensten gecompenseerd worden dan er in een week zijn, inclusief de weken afwezigheid (afgerond maximaal 10 diensten per week). Bij gedifferentieerde diensten binnen een vakgroep geldt dit in principe per gedifferentieerde dienst.
 - Het dagdeel vrij (na dienst) moet in principe opgenomen worden op de dag na de betreffende dienst, tenzij dit rooster technisch niet mogelijk is.
- Lees verder de nadere toelichting over de vrij-na-dienst regeling in [bijlage 3](#) van deze handreiking.

Hoofdstuk 2: Categorieën werkzaamheden en activiteiten

Achtergrond

De essentie van het werk van medisch specialisten is hetzelfde, ongeacht hun werk- en contractvorm (zie figuur 1). Het verschil in werk- en contractvorm uit zich met name in bij dienstverband aanwezige (contractuele) begrenzing van de te werken uren per week (overeengekomen maximale arbeidsduur) en welke werkzaamheden en activiteiten daar dan in dienen te passen. In de dagelijkse praktijk van de medisch specialist is sprake van diverse soorten werkzaamheden en activiteiten, waarbij de werkzaamheden en activiteiten verschillen per medisch specialisme en per medisch specialist. Er is onderscheid te maken in patiënt-gerelateerde, daarvoor conditionele werkzaamheden en werkzaamheden die dat niet zijn.

In het Witte Boek deel IV van 2011 werd binnen de werkzaamheden een nader onderscheid gemaakt in direct en indirect patiëntgebonden werkzaamheden.

- De categorie direct patiëntgebonden werkzaamheden had betrekking op werkzaamheden die rechtstreeks met de patiënt te maken hebben.
- De indirect patiëntgebonden werkzaamheden hadden meer betrekking op administratieve werkzaamheden en activiteiten (sinds het EPD meer geïntegreerde werkzaamheden).

Het onderscheid tussen direct en indirect patiëntgebonden werkzaamheden bleek in de praktijk lastig eenduidig in te vullen omdat het onderscheid daartussen niet altijd helder is en dit verschillend werd geïnterpreteerd. Daarbij vinden diverse indirect patiëntgebonden werkzaamheden deels geïntegreerd en deels versnipperd over de hele week plaats. Een zuivere en eenduidige landelijke fte opgave is van groot belang voor de benchmark.

Omdat het onderscheid in direct en indirect (m.n. administratieve) patiëntgebonden werkzaamheden niet goed te maken is, deze werkzaamheden te maken hebben met patiënt-/zorgverlening gerelateerde zaken en lastig van elkaar te scheiden zijn, is in 2016 in de werkgroep Verdeelmodel besloten dat onderscheid los te laten en dit te hernoemen naar 'patiënt-gerelateerde werkzaamheden'. Patiënt-gerelateerde werkzaamheden zijn alle werkzaamheden die op enige wijze verbonden zijn met patiëntenzorg en -contact, en daarmee van invloed zijn op de rechtstreekse zorgverlening. Dit is zo meegenomen in de in 2017 gepubliceerde Handreiking Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep.

Onderdelen die toen nog lastig in te passen bleken, waren 'conditionele' werkzaamheden en de werkzaamheden t.a.v. onderwijs en wetenschap. Voorts was in deze handreiking van 2017 ook geen rekening gehouden met het benchmarken van de dienstverband werkvorm van medisch specialisten. In deze update is dit wel gedaan en heeft ook de categorie onderwijs en wetenschap een duidelijke plek gekregen. De hieronder staande categorieën omvatten alle werkzaamheden en activiteiten die te onderscheiden zijn in de uitvoering van het medisch specialistische beroep. Deze categorieën zijn nog steeds gebaseerd op de handreiking 'Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep' van 2017, maar uitgebreider en meer gespecificeerd. Dit zodanig dat alle werkzaamheden en activiteiten van de verschillende aanstellings- en werkvormen van een medisch specialist (vrijgevestigd of in dienstverband, in een algemene of academische setting) hierin te passen zijn.

Figuur 1: Toelichting uitgangspunten benchmarkanalyse MSB versus VMSD

	Medisch specialistenin vrij beroep	Medisch Specialistenin Dienstverband	Medisch Specialistenin UMC
Full time (excl diensten)	10 dagdelen (ca 4,5 uur) ≈ 45 uur.	Conform AMS CAO bestaat een werkweek uit 45 uur	Conform UMC CAO be- staat een werkweek uit 40-48 uur
Dienst	Niet gespecificeerd, vrij na dienst mogelijk en telt mee voor de formatie	Maximaal gemiddeld 7 uur, vrij na dienst mogelijk en telt mee voor de formatie	Arbeid inclusief dienst maximaal 55 uur, vrij na dienst mogelijk en telt mee voor de formatie
Netto werkdagen per jaar bij 1,0 fte	8 weken afwezigheid en bij- scholing en ca 7 feestdagen per jaar = 47 dagen. Netto ca 213 werkdagen.	Conform AMS: 441 uur (vakantie, feestdagen, bijscholing) = 49 dagen. Netto ca 211 werkdagen (binnen marge <1% gelijk aan MSB).	Gelijk aan AMS: vakantie, feestdagen, bijscholing = 49 dagen.
Extra werkzaamheden (management, onderzoek)	Meestal buiten fte opgave (niet altijd inzichtelijk)	Meestal binnen fte opgave (moeten geschoond worden)	Kerntaken naast klinisch werk (wetenschap en on- derwijs) moeten geschoond worden

De werkzaamheden en activiteiten onderverdeeld in 4 categorieën

De werkzaamheden en activiteiten van de medisch specialist zijn in grote lijnen te onderscheiden in 4 categorieën (zie ook figuur 2):

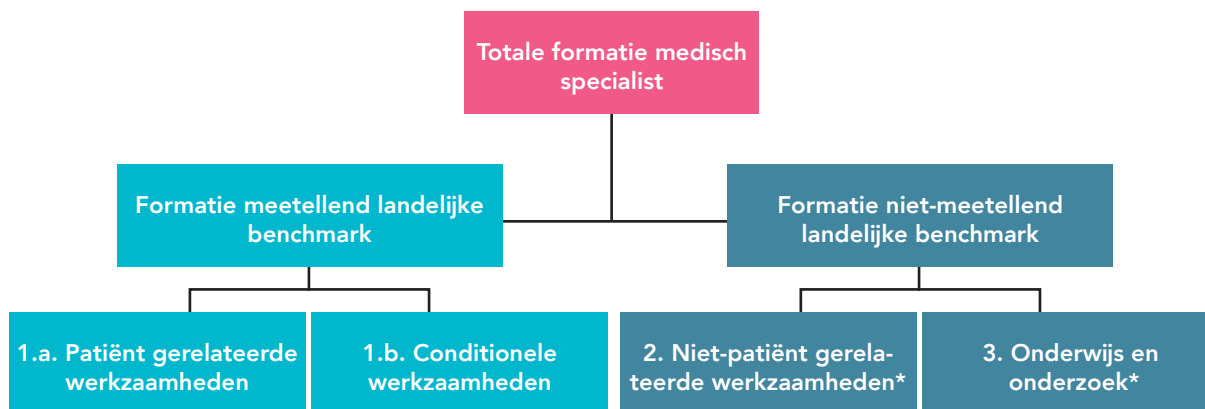
Categorie 1.a omvat de patiënt-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten (conform de genoemde Handreiking Fte benchmark model van 2017) en is een weerspiegeling van de geleverde patiëntenzorg door alle medisch specialisten.

Categorie 1.b omvat de conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten, zonder welke de patiëntenzorg niet (adequaat) geleverd kan worden. Deze werkzaamheden hangen nauw samen met de patiënt-gerelateerde werkzaamheden (categorie 1.a), zijn op zich wel daarvan onderscheidbaar, maar kunnen niet los daarvan gezien worden.

Categorie 2 omvat de niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten, die wel van belang zijn voor het leveren van (adequate) patiëntenzorg, maar niet persé conditioneel zijn voor het in praktische zin leveren van de zorg. Uren die daaraan besteed worden (zie de voorbeelden in de uitwerking van de categorieën werkzaamheden) vanuit de OE/vakgroep kunnen niet besteed worden aan categorie 1.a of 1.b werkzaamheden en activiteiten.

Categorie 3 omvat werkzaamheden en activiteiten met betrekking tot onderwijs (van bijvoorbeeld aios) en wetenschappelijk onderzoek, die los van onderwijs aan coassistenten, PA/VS in opleiding, verpleegkundigen en bepaalde trials, voor het belangrijkste deel plaatsvinden in grotere algemene en academische centra en onderscheiden moeten worden van de categorie 1.a t/m 2 werkzaamheden en activiteiten.

Figuur 2: Indeling werkzaamheden medisch specialist



Daarbij dienen de uitgangspunten, zoals die in het vorige hoofdstuk staan, gehandhaafd te blijven. Voor de (landelijke) benchmark opgave kan een capita *maximaal* 1,0 fte zijn o.b.v. patiënt-gerelateerde en conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten (categorie 1.a en 1.b), zowel voor vrijgevestigd als dienstverband medisch specialisten. Categorie 2 en 3 werkzaamheden en activiteiten vallen buiten de landelijke fte opgave en landelijke benchmark (die o.b.v. patiënten zorgverlening in engere zin wordt ingevuld), maar zijn in beginsel wel onderdeel van de totale *lokale fte* waarde van een vakgroep.

Voor de dienstverband werkvorm dienen in beginsel alle 4 categorieën werkzaamheden en activiteiten binnen de contractvorm (overeengekomen maximale arbeidsduur in uren) van 1 fte per capita te vallen, waarbij de categorie 1.a en 1.b werkzaamheden en activiteiten binnen de landelijke benchmark fte waarde vallen. Bij vrijgevestigde medisch specialisten geldt dat in principe ook voor categorie 1.a en 1.b werkzaamheden en activiteiten, maar zijn deze categorieën werkzaamheden vrijer invulbaar binnen of buiten die 1 fte per capita. Het is de doelstelling om de omvang van de werkzaamheden in deze categorie 1.b beter in kaart te brengen en te kunnen kwantificeren, met name voor de in dienstverband werkvorm aangestelde collega's. Om hier een objectief gesprek over te kunnen voeren, wordt het mogelijk gemaakt de omvang van deze werkzaamheden separaat op te geven bij het uitvoeren van een benchmarkanalyse.

Voor de financiering van de lokale fte waarde binnen een vakgroep kan er verschil zijn tussen een dienstverband en vrijgevestigde werkvorm. Voor de buiten de landelijke benchmark fte waarde per capita vallende categorie 2 en 3 werkzaamheden en activiteiten dient de financiering/honorering in beginsel op separate wijze vorm te worden gegeven. In het algemeen zal bij de vrijgevestigde werkvorm voor categorie 2 en 3 werkzaamheden een aparte financiële vergoeding geregeld zijn, die men om kan zetten in een extra stukje honorarium dan wel extra fte formatie. Bij dienstverband medisch specialisten dienen alle (zowel de categorie 1.a en 1.b als de categorie 2 en 3) werkzaamheden te passen binnen de fte formatie van de dienstverband werk- en contractvorm (overeengekomen maximale arbeidsduur). Het kan echter zijn dat categorie 1.b., categorie 2 en/of categorie 3 werkzaamheden ten koste gaan van categorie 1.a (en/of 1.b) werkzaamheden en activiteiten. Een oplossing daarvoor kan zijn het, in overleg met de RvB, verminderen van categorie 1.b, 2 en/of 3 werkzaamheden dan wel het voor de categorie 1.a (en 1.b) werkzaamheden toekennen van extra fte formatie (die dan wordt meegeteld in de landelijke benchmark), zodat het totaal aan werkzaamheden wel passend is binnen de contractuele maximale arbeidsduur van de vakgroep leden. Het is expliciet niet de bedoeling om het budget organisatorische eenheid (BOE) in te zetten om extra formatie aan te trekken die nodig is om de werkzaamheden horend bij categorie 1a, 1b, 2 en/of 3 binnen de overeengekomen maximale arbeidsduur uit te voeren. Het budget organisatorische eenheid zou wel ingezet kunnen worden in het kader van gezond en veilig werken om bijvoorbeeld extra hersteltijd na een dienst te faciliteren.

Daarnaast is het belangrijk dat voor dienstverband medisch specialisten binnen AMS-verband rekening wordt gehouden met de AMS-uitgangspunten en thema's rond 'gezond en veilig werken' en 'gezond roosteren' bij arbeidsduur bepaling, fte waarde en benchmarking (voor zover van toepassing). Daarbij zijn onderwerpen als hersteltijd na dienst en afbouw van nachtdiensten relevant. Dit zouden echter, met bijvoorbeeld ook 'levensfasebeleid', evenzeer aandachtspunten moeten zijn voor medisch specialisten met een cao-aanstelling binnen UMC's en voor vrijgevestigd medisch specialisten binnen MSB's en (combi-)coöperaties (zie ook [hoofdstuk 3](#)).

Uitgewerkte omschrijving van de verschillende categorieën werkzaamheden en activiteiten

Hieronder staan de verschillende categorieën werkzaamheden en activiteiten uitgebreider omschreven en toegelicht, tevens of deze voor de landelijke respectievelijk lokale fte opgave meetellen.

1. Categorie 1.a: patiënt-gerelateerde werkzaamheden

Dit omvat alle werkzaamheden en activiteiten die op enige wijze verbonden zijn met patiëntenzorg en -contact als weergave van de geleverde zorg. Deze formatie telt mee voor fte opgave t.b.v. landelijke benchmarking én voor lokale fte opgave. Hieronder vallen (niet-limitatief) de volgende werkzaamheden:

- Alle reguliere poliklinische, klinische en operatieve werkzaamheden, inclusief (binnen de NZa-regelgeving vallende) eHealth bijv. screen-to-screen contacten, telefonische en schriftelijke e-consulten en die deels via thuiswerken (zie betreffende paragraaf) kunnen worden verricht, MDO's, ICC's, uitvoeren van ingrepen en verrichtingen, operatieve/therapeutische/diagnostische verrichtingen en de beoordeling van laatstgenoemde.
- Administratie en registratie, (digitaal) voorbereiden poli's, patiëntbesprekingen, overleg huisartsen en overige zorgverleners, regionaal overleg.
- Andere voorbereidende werkzaamheden voor taken zoals OK's, verrichtingen, kliniek.
- Reguliere begeleiding van aios t.a.v. poliklinische en klinische patiënt-gerelateerde werkzaamheden. Op basis van eerder onderzoek is de geformuleerde nulhypothese dat aios niet (zelfstandig) output verhogend zijn: de productie van de aios bleek in dat onderzoek gelijk aan de gedeerde productie van de opleider. Hierover is geregeld wel discussie en er loopt momenteel nieuw onderzoek naar het al dan niet 'productie- en/of budgetneutraal' zijn van aios.

2. Categorie 1.b: conditionele patiëntenzorg- en praktijk gerelateerde werkzaamheden

Dit is een nu apart gespecificeerde categorie en omvat de conditionele patiëntenzorg-, praktijkvoering- en kwaliteit- gerelateerde werkzaamheden en activiteiten, zonder welke de patiëntenzorg niet (adequaat) geleverd kan worden. Deze werkzaamheden hangen nauw samen met de patiënt-gerelateerde werkzaamheden (categorie 1.a), zijn op zich wel daarvan onderscheidbaar, maar kunnen niet los daarvan gezien worden. Deze werkzaamheden kunnen deels via thuiswerken worden gedaan (zie separate paragraaf). Deze categorie werkzaamheden worden gedaan door alle medisch specialisten, maar ten aanzien van de invulling hiervan kan er een onderscheid zijn i.r.t. het type werkvorm (contract) van de medisch specialist. Bij de dienstverband werkvorm (met name bij de normale AMS en Cao contracten) dienen ook deze categorie 1.b werkzaamheden en activiteiten, samen met de andere werkzaamheden, binnen de uren te vallen die contractueel (overeengekomen maximale arbeidsduur) zijn overeengekomen met de medisch specialist. Voor vrijgevestigd medisch specialisten (en tussenvormen zoals AMS+) speelt deze contracturen afspraak minder of niet en is er meer eigen keuzevrijheid om deze categorie 1.b werkzaamheden binnen of buiten de reguliere uren te doen, waarbij zelf meer of minder uren in categorie 1.a werkzaamheden en activiteiten gestoken kunnen worden, leidend tot meer of minder normuren zorgverlening en verschil in de benchmark.

Voor vakgroepen van medisch specialisten in dienstverband werkvorm is het dus van belang om een objectief en kwantitatief inzicht te hebben van vooral het aandeel van categorie 1.b. werkzaamheden en (los van de categorie 2 en 3 werkzaamheden) t.o.v. de categorie 1.a werkzaamheden met name in benchmark situaties. Een (procentuele) afwijking hiervan t.o.v. het gemiddelde bij (dienstverband) vakgroepen van hetzelfde specialisme kan een verklaring zijn voor een afwijkende benchmark uitslag, ook bij vergelijk met vrijgevestigde werkvorm vakgroepen van hetzelfde specialisme. In dat geval dient dan m.b.t. de benchmarking een correctie voor dit relatief hogere aandeel 1.b. werkzaamheden te worden gedaan. Voor vrijgevestigd medisch specialisten is dit categorie 1.a en 1.b onderscheid minder van belang (en wordt dit onderscheid traditioneel meestal ook niet gemaakt). Zie hiervoor ook de voorgaande tekst in dit hoofdstuk.

Onder categorie 1.b vallen (niet-limitatief) de volgende werkzaamheden (die in totaliteit omgezet kunnen worden in gemiddeld aantal dagdelen en fte-waarde):

- Interne vakgroep aansturing en -afstemming:
 - Vakgroep vergaderingen en managementtaken binnen de vakgroep zelf;
 - Roosters maken voor patiënt-gerelateerde poliklinische-, klinische-, overige werkzaamheden en diensten;
 - Visitaties en voorbereiden daarvan (kwaliteit- en opleidingsvisitaties);

- (Met name vakgroep-gerelateerde) transmurale overleggen t.a.v. JZOJP/innovatieve trajecten en projecten (met bijvoorbeeld huisartsen, thuiszorg, etc.), anders dan patiënt-gerelateerd overleg, tenzij apart gefinancierd (dan categorie 2)*.
- Randvoorwaardelijke patiëntenzorg-gerelateerde werkzaamheden die binnen of vanuit de eigen vakgroep nodig (noodzakelijke randvoorwaarden) zijn voor het (adequaat) kunnen doen van patiëntenzorg en de realisatie van de omvang van de patiëntenzorg (in productieparameters), zoals de vakgroep-gerelateerde aansturing van polikliniek, afdelingen voor onderzoek/verrichtingen of klinische afdelingen, verplichte complicatieregistratie, het werken aan specialisme gebonden EPD aanpassingen, etc. Dit zijn vaak werkzaamheden die ook wel tussendoor gedaan (kunnen) worden en die van week tot week of per periode wisselen in intensiteit. Deze werkzaamheden en activiteiten dienen dan als gemiddeld besteedbare uren meegenomen te worden in deze categorie en de opgave daarvan.
- (Additionele) nascholing (intern en extern) en kwaliteitswerkzaamheden:
 - *Additionele* nascholingen en stages (bijv. ten behoeve van behoud van subspecialisatie);
 - Maken van protocollen;
 - Verplicht lezen documenten eigen zorginstelling(organisatie);
 - (Verplichte) kwaliteitsregistraties;
 - PRI deelname eigen zorgorganisatie;
 - Werkzaamheden m.b.t. PDCA cycli met verbeterplannen;
 - Management development programma's aangeboden vanuit het ziekenhuis.
- Bij vakgroepen werkend op meerdere locaties en/of die (NAW)diensten doen op meerdere locaties, brengt dit veelal navenant meer conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden met zich mee, wat als gemiddelde uren meegenomen kan worden binnen deze categorie.

3. Categorie 2: niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden*

Dit omvat de niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten, die wel van belang zijn voor het leveren van (adequate) patiëntenzorg, maar niet persé conditioneel zijn voor het in praktische zin leveren van de zorg. Uren die daaraan besteed worden vanuit de OE/vakgroep kunnen echter niet besteed worden aan categorie 1.a of 1.b werkzaamheden en activiteiten. Om die reden dienen deze werkzaamheden ofwel separaat gehonoreerd (en evt. apart gefinancierd) te worden en/of in fte formatie waarde van de OE/vakgroep kwantitatief apart gealloceerd te (kunnen) worden. Deze formatie telt niet mee voor fte opgave t.b.v. landelijke benchmarking, maar wel voor lokale fte opgave*. Deze categorie dient apart financieel dan wel als apart gealloceerde fte waarde (voor de vakgroep) gehonoreerd te worden, buiten de normale patiënt-gerelateerde (cat. 1.a) en conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde (1.b) fte formatie contractering. Hieronder vallen bijvoorbeeld de volgende werkzaamheden:

- Vakgroep overstijgende (medisch) management en bestuurlijke taken (intern en extern voor zover het gerelateerd is aan de zorginstelling projecten en belangen).
- Vakgroep-overstijgende overleggen/commissies (buiten patiënt-gerelateerde MDO's en 1 op 1 overleg met huisartsen) ten behoeve van bijvoorbeeld ziekenhuis-brede innovatieprojecten.

4. Categorie 3: onderwijs en wetenschappelijk onderzoek*

Dit omvat werkzaamheden en activiteiten met betrekking tot onderwijs (van bijvoorbeeld aios) en wetenschappelijk onderzoek, die los van onderwijs aan coassistenten, physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS-en), al dan niet in opleiding, en algemeen verpleegkundigen en bepaalde trials, voor het belangrijkste deel in grotere algemene en academische centra plaatsvinden en onderscheiden moeten worden van de categorie 1.a t/m 2 werkzaamheden en activiteiten. Bij onderwijs aan coassistenten, PA's en VS-en in opleiding is meest (deels) separate honorering aanwezig, voor algemeen onderwijs aan algemeen verpleegkundigen en andere zorgverleners is dat meestal niet geregeld. Voor deze categorie 3 werkzaamheden en activiteiten dient de fte waarde die daarmee gemoeid is, apart kwantitatief gealloceerd te (kunnen) worden binnen de totale OE/vakgroep fte waarde, waarbij dit al dan niet apart gehonoreerd kan zijn. Deze formatie telt niet mee voor fte opgave t.b.v. landelijke benchmarking, maar wel voor lokale fte opgave. Hieronder vallen de volgende werkzaamheden:

- Geven van onderwijs aan aios (excl. de reguliere werkbegeleiding van aios t.a.v. patiënt-gerelateerde poliklinische en klinische werkzaamheden, zie ook bij categorie 1.a.). Niet alle werkzaamheden van de aangewezen opleider ten behoeve van aios zijn (afdoende) te vatten onder de patiënt-gerelateerde werk-

zaamheden. Niet patiënt-gerelateerde werkzaamheden van de opleider omvatten o.a. de aan de aios gerelateerde werkzaamheden rond organisatie, planning, voortgangsgesprekken, beoordelingen en bijbehorende administratie.

- Onderwijsvergaderingen (OOG/EPA besprekingen).
- Coassistenten onderwijs.
- Onderwijs geven aan de medische faculteit.
- Doen van (wetenschappelijk) onderzoek.

**) Onderdelen/activiteiten/werkzaamheden in deze categorie die apart (en conform het niveau van patiënt-gerelateerde werkzaamheden) financieel c.q. in fte gehonoreerd worden buiten de normale fte formatie contractering voor reguliere patiëntenzorg van een OE/vakgroep(lid) door het ziekenhuis, uit het algemene ziekenhuisbudget ofwel buiten het ziekenhuisbudget door een externe partij c.q. via derde geldstromen (al dan niet in projectvorm), dienen qua werkzaamheden en de fte waarde die dit omvat apart (kwantitatief) gealloceerd te worden in de (totale) fte opbouw/samenstelling van de OE/vakgroep. Deze fte formatie/waarde valt namelijk in principe buiten het voor de reguliere patiëntenzorg bestemde ziekenhuisbudget en dient derhalve ook buiten de landelijke fte opgave te worden gehouden (zie ook het kader hieronder)*

Opgave van dagdelen en fte's van de categorieën werkzaamheden en activiteiten

Voor een fte opgave (voor lokaal zowel als voor landelijk) dient gekeken te worden naar *werkzame* dagdelen en de categorieën werkzaamheden en activiteiten waar deze in vallen, alsmede de separate omvang daarvan (uren omgezet naar dagdelen). Voor de (landelijke) benchmark fte opgave, waarin de patiënten zorgverlening in engere zin wordt gebenchmarkt, dienen in dagdelen de werkzaamheden en activiteiten vallend in de categorieën 1.a en 1.b opgegeven te worden, alsmede vrij-na-dienst dagdelen als die van toepassing zijn. Voor deze benchmark dienen vrije dagdelen (men is niet werkzaam) en extern werkzame dagdelen in of bij een andere organisatie buiten het MSB, de (combi-)coöperatie, VMSSD en/of de vakgroep, buiten de landelijke fte opgave gehouden te worden door de betreffende vakgroep, in het betreffende gremium. Zie verder ook [tabel 1](#).

Uitgaande van een reguliere financiering vanuit het MSB en/of ziekenhuis voor alleen de reguliere patiëntenzorg fte formatie van categorie 1.a en 1.b werkzaamheden door vrijgevestigd medisch specialisten die binnen het ziekenhuis c.q. deze zorginstelling plaatsvinden, dienen de hiervoor genoemde externe werkzaamheden ook buiten de lokale verdeling en/of fte waarde van de vakgroep te blijven. Alleen als externe inkomsten voor deze externe activiteiten (in afdoende mate) toegevoegd worden aan het reguliere patiëntenzorg budget kan de fte waarde daarvan voor de betreffende vakgroep meegenomen worden in de verdeling vanuit het betreffende gremium. Om dit duidelijker te maken met een voorbeeld:

Indien er o.b.v. JZOJP patiënt-gerelateerde werkzaamheden worden uitgevoerd in een anderhalvelijns centrum en via deze of een externe bron vergoed worden, waarbij de vergoeding buiten het reguliere budget van ziekenhuis en/of MSB, (combi-)coöperatie of VMSSD valt, kan de honorering daarvan in principe rechtstreeks naar de vakgroep gaan of via het MSB ((combi-)coöperatie of VMSSD) direct 'doorgesluisd' wordt naar deze vakgroep. In deze situaties blijft ook de fte waarde die voor deze externe werkzaamheden wordt ingezet zowel buiten de interne lokale fte opgave als buiten de landelijke benchmark opgave. Alleen als de vergoeding voor deze externe werkzaamheden naar het MSB ((combi-)coöperatie of VMSSD) als geheel gaat en verdeeld wordt over alle medisch specialisten van dit gremium, kan ook de fte waarde van de vakgroep t.a.v. deze externe werkzaamheden worden meegeteld voor de interne lokale fte opgave (maar niet voor de landelijke fte opgave) en voor de verdeling van financieel kader. Hiervoor wordt ook verwezen naar hetgeen staat in de handreiking Verdeelafspraken in COVID-19 tijden op blz. 11 onder 'Externe inkomsten' bij de 'Aandachtspunten'.

In de 'fte input tool' worden de voor de (landelijke) benchmark meetellende werkzaamheden in dagdelen separaat per specialist opgegeven. Daarbij worden de categorie 1 (a en b) werkzaamheden als totaal per specialist opgegeven, conform eerder, maar zal het mogelijk gemaakt worden om (in elk geval voor medisch specialisten in de dienstverband werkvorm) de categorie 1.b werkzaamheden als percentage of fte-deel voor de gehele vakgroep op te geven. Afhankelijk van de behoefte en de wijze van gebruik van deze 'fte input tool', kan eventueel nog overwogen worden om dit ook separaat per specialist op te kunnen geven. In de rekenvoorbeelden in [bijlage 1](#) van deze handreiking staat een voorbeeld hoe per vakgroep de categorieën werkzaamheden (met name 1.b, 2 en 3) in dagdelen bepaald kunnen worden voor de fte opgave. Daarnaast staat hier ook een rekenvoorbeeld hoe alle 4 genoemde categorieën werkzaamheden en activiteiten én de evt. van toepassing zijnde 'vrij-na-dienst' regeling per separate specialist in te vullen en te bepalen is (op die wijze staan onderaan de totalen van de vakgroep t.a.v. de verschillende categorieën werkzaamheden). Daarnaast dient ook per ondersteunende zorgverlener (Chef de Clinique, anios, PAVS, SEH arts), bij/voor de betreffende vakgroep werkzaam zijnde en die (direct of indirect) de zorgverlening productie verhoogd, met een weegfactor meegeteld te worden (zie [bijlage 2](#)).

De omvang van niet-patiënt gerelateerde werkzaamheden (categorie 2) en die t.a.v. onderwijs en wetenschap (categorie 3) hoeven voor de benchmark niet te worden opgegeven, aangezien die buiten de landelijke norm fte berekening vallen. Maar om deze werkzaamheden inzichtelijk te maken, zowel binnen als buiten het MSB, de (combi-)coöperatie en VMSD, is het belangrijk deze wel in kaart te brengen. Hiervoor zullen in de nieuwe (LOGEX) fte-input tool aparte mogelijkheden worden gerealiseerd. Al met al zijn er dus verschillende fte formatie onderdelen/vormen te onderscheiden: werkzame fte formatie meetellend voor de landelijke benchmark (cat. 1.a en 1.b werkzaamheden), werkzame fte formatie die daarvoor niet meetelt maar wel voor lokaal (cat. 2 en 3 werkzaamheden) en daarnaast norm fte formatie, die een resultante is van verrichte patiëntenzorgverlening parameters t.o.v. de landelijke benchmark standaard (die jaarlijks bepaald wordt per vergelijkbare vakgroep van hetzelfde specialisme) (zie ook bijlage 1 van de Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel uit 2021).

Praktische vertaalslag m.b.t. categorie 1.b werkzaamheden (zie ook [bijlage 1](#), [rekenvoorbeeld 1](#))

Deze opgave en differentiatie kan vanaf 2022 mogelijk gemaakt worden: zowel opgave hiervan in de input-tool als weergave hiervan in de benchmarkanalyse. Het punt van weergave in de benchmarkanalyse zal op vakgroep niveau zijn en met referentie ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De output van een benchmarkanalyse wordt dan de norm fte op basis van de patiëntenzorg + verschil (lokale omvang categorie 1b – gemiddelde omvang categorie 1b). Om op dit punt vanaf 2022 inzicht in te kunnen bieden zal het nodig zijn om het eerste jaar te rekenen met aanname van dat gemiddelde (omdat het niet te verwachten is dat in 2022 een landelijke opgave van de diverse vakgroepen afdoende compleet is om hiermee te kunnen rekenen), bijvoorbeeld op basis van de rekenvoorbeelden. Op die manier kunnen vakgroepen vooraf weten waar ze aan toe zijn en voorafgaand aan 2022 fte formatie opgeven en afstemmen. Een eerste aanname in gemiddelde omvang van categorie 1b op basis van de rekenvoorbeelden in bijlage 1 (rekenvoorbeeld 1) is ca. 10%. We kunnen dan de volgende uitgangspunten hanteren:

- Als vakgroepen de omvang van categorie 1b niet specificeren is de aanname dat de omvang gelijk is aan de benchmark: geen correctie nodig.
- Als vakgroepen de omvang van categorie 1b wel specificeren en deze is groter dan het gemiddelde (/ rekenvoorbeeld), dan wordt het verschil weergegeven in de benchmarkanalyse. Het is dan aan de vakgroep zelf om intern de omvang van categorie 1b te kunnen onderbouwen en waarom dit afwijkt van het landelijk gemiddelde.
- Als vakgroepen de omvang van categorie 1b wel specificeren en deze is kleiner dan het gemiddelde (/ rekenvoorbeeld), dan wordt er voorlopig niets mee gedaan in de benchmarkanalyse (een negatieve correctie is op basis van het hanteren van gemiddelden lastig uit te leggen).

Hoe completer landelijk gezien de opgave van de te onderscheiden werkzaamheden is (en m.n. van de categorie 1b. werkzaamheden), hoe exacter de waarde/factor van deze werkzaamheden kan worden meegenomen.

Tabel 1: Categorieën werkzaamheden, opgave fte voor landelijke benchmark en lokaal en aandachtspunten

Categorie/ werkzaam- heden	Telt mee voor fte landelijke benchmark	Telt mee voor lokale fte	Werkzaamheden	Aandachtspunten
1.a. Patiënt gerelateerde werkzaamheden	Ja	Ja	<ul style="list-style-type: none"> Reguliere werkzaamheden (poli)klinisch en operatief, MDO's, ICC's eHealth, bijv. screen-to-screen contacten, e-consulten Administratieve en voorbereidende werkzaamheden Reguliere begeleiding van AIOS 	
1.b. Conditio- nele werkzaam- heden	Ja	Ja	<ul style="list-style-type: none"> Vakgroepsvergaderingen Transmurale overleggen t.a.v. JZOJP/innovatieve trajecten Updaten protocollen en werkzaamheden m.b.t. PDCA cycli & verbeterplannen 	<ul style="list-style-type: none"> Voor dienstverband wenselijk om separaat te kwantificeren.
2. Niet-patiënt gerelateerde werkzaamheden	Nee*	Ja	<ul style="list-style-type: none"> Vakgroep overstijgend (medisch) management Bestuurlijke taken 	<ul style="list-style-type: none"> Separate afspraken rondom honorering van de fte waarde hiervan is wenselijk en dan ook apart te alloceren in de totale lokale fte opgave. Van belang hiervoor te schonen in de (lokale) fte opgave die gebruikt wordt voor vergelijk i.k.v. landelijke zorgverlening benchmarking.
3. Onderzoek en Onderwijs	Nee*	Ja	<ul style="list-style-type: none"> Wetenschappelijk onderzoek Onderwijs aan AIOS en/of coassistenten Onderwijsvergaderingen (OOG/EPA besprekingen) 	<ul style="list-style-type: none"> Separate afspraken rondom honorering van de fte waarde hiervan is wenselijk en dan ook apart te alloceren in de totale lokale fte opgave. Van belang hiervoor te schonen in de (lokale) fte opgave die gebruikt wordt voor vergelijk i.k.v. landelijke zorgverlening benchmarking.
Dagdelen vrij na dienst (cat. 4 intensiteit)	Ja	Ja	<ul style="list-style-type: none"> Werkzaamheden volgens categorie 4 dienstintensiteit aanwezigheid: 'altijd tot vrijwel altijd fysiek aanwezig' (zie Handreiking model vergoeding disutility) 	
Dagdelen externe werkzaamheden	Nee*/**	Nee#/*/**	<ul style="list-style-type: none"> Werkzaamheden in bijv. een ZBC of anderhalvelijnszorg, wat niet binnen de reguliere te verlenen zorg valt (# = buiten de contracturen van het dienstverband dan wel buiten de MSB aanstelling). 	<ul style="list-style-type: none"> Hiervoor dient separate honorering/financiering te zijn voorzien, maar de geldstromen kunnen evt. wel via het ziekenhuis of het MSB lopen. Van belang hiervoor te schonen in de (lokale) fte opgave die gebruikt wordt voor vergelijk i.k.v. landelijke zorgverlening benchmarking.
Vrije/niet werkzame dagdelen	Nee*	Nee*	<ul style="list-style-type: none"> Geen werkzaamheden die vallen in één van bovengenoemde categorieën en soorten werkzaamheden. 	<ul style="list-style-type: none"> Deze tellen niet mee in de landelijke zorgverlening benchmark, noch in de lokale fte opgave t.a.v. honorering (scholings- en vakantie dagen zijn een onlosmakelijk onderdeel van de fte aanstelling en worden al standaard in de benchmarking fte input tool opgenomen).

*) Deze dagdelen/werkzaamheden kunnen wel opgegeven worden in de landelijke fte input tool voor inzicht en overzicht van de verschillende werkzaamheden en activiteiten, maar tellen niet mee voor de fte waarde m.b.t. de landelijke benchmarking en bepaling norm fte's i.r.t. de patiënt-gerelateerde werkzaamheden. Dagen dat men regulier niet (of elders) werkzaam is tellen niet mee in de fte benchmark t.a.v. die zorginstelling (de aanstelling binnen de betreffende zorginstelling is dan per definitie < 1,0 fte). Vrije-, vakantie- en scholingsdagen binnen de fte aanstelling zijn een onlosmakelijk onderdeel daarvan en zijn standaard in de landelijke input tool voor benchmarking opgenomen (kunnen daarin als 'default' of als specifieke waarde ingevuld worden). Voor de lokale fte bepaling zitten ze al standaard in de fte aanstelling waarde.

**) Deze dagdelen/werkzaamheden kunnen zijn wel onderdeel van de formatieve samenstelling van de vakgroep, maar tellen (meestal) niet mee voor de reguliere financiering van de vakgroep resp. dienen extern gefinancierd te worden.

Invulling werkzaamheden en thuiswerken

Een medisch specialist moet voor de opgave/bepaling van zijn fte waarde onderbouwing kunnen geven van de invulling van zijn/haar patiënt-gerelateerde en conditionele patiëntenzorg-, praktijkvoering- en kwaliteit-gerelateerde werkzaamheden. Zie hiervoor verder onder 'Aandachtspunten voor het MSB-, (combi-)coöperatie- of VMSD bestuur c.q. vakgroep'.

Tegenwoordig hoeven medisch specialisten voor administratieve patiënt-gerelateerde of conditionele werkzaamheden niet meer persé fysiek aanwezig te zijn in het ziekenhuis respectievelijk de zorginstelling. Door de introductie van declarabele e-consulten in de MSZ per 2018, uitbreiding daarvan tijdens de COVID-19 crisis per 2020 en steeds meer (technische) mogelijkheden om zorg op afstand te kunnen leveren, zijn de mogelijkheden om vanuit thuis praktijkvoering te kunnen doen fors uitgebreid. Hybride zorg (het afwisselen van fysieke consulten en consulten op afstand) zal niet meer weg te denken zijn uit de medisch specialistische praktijkvoering. Wel zullen de mogelijkheden daartoe afhankelijk blijven van het specialisme, klachtenpatroon en ziektebeeld dat het betreft.

- Wanneer deze patiënt-gerelateerde en conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden thuis worden uitgevoerd moet extra aandacht zijn voor het aannemelijk zijn van deze thuiswerkzaamheden en moeten deze werkzaamheden uitlegbaar (en eventueel objectiveerbaar) zijn. Inroosteren van deze werkzaamheden is een mogelijke invulling hiervan.
- Ook hier geldt dat er, ten behoeve van een vergelijkbare fte waarde bepaling en zuivere benchmarking, sprake moet zijn van tenminste 4 uren patiënt-gerelateerde (categorie. 1.a) en/of conditioneel patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden (categorie 1.b) voor een meetellend dagdeel thuiswerken.
- Tijdens het uitvoeren van deze thuiswerkzaamheden is het logisch dat de betreffende medisch specialist in beginsel telefonisch bereikbaar is voor ziekenhuismedewerkers, collega's en verwijzers, tenzij lokaal (mogelijkheden tot controleerbaar zijn daarvan) anders is afgesproken.
- Advies (van de Commissie) hierbij is om het aantal dagdelen 'thuiswerken' in afdoende goede balans te laten zijn met het aantal dagdelen in het ziekenhuis werken, passend bij de te leveren (hybride) zorg en passend bij (wat gebruikelijk is t.a.v.) het betreffende specialisme (wat door en binnen een wv zou kunnen worden aangegeven).
- Meer dan gebruikelijk binnen het specialisme thuiswerken zonder output (normuren) zal lokaal leiden tot lagere norm fte's en zal ook zichtbaar zijn in zowel een lokale als landelijke historische afbreuk van het aantal normuren per fte.



Hoofdstuk 3: Aandachtspunten voor het MSB-, (combi-)coöperatie- en VMSD-bestuur c.q. vakgroep

Algemeen

- Per vakgroep dient inzicht in de werkelijke fte formatie gegeven te worden, conform de hierboven beschreven definities, uitgangspunten en categorieën werkzaamheden (zie verder [bijlage 3](#) van deze handreiking: 'toelichting fte-definitie en –opgave' en 'toelichting vrij-na-dienst regeling').
- Voor medisch specialisten in AMS dienstverband geldt op grond van de AMS dat alle werkzaamheden dienen te passen binnen de overeengekomen maximale arbeidsduur.
- In geval van participeren aan (landelijke) benchmarking is het van belang om (tenminste) éénmaal per jaar door de voorzitter van de vakgroep een (liefst ondertekende) in categorieën onderverdeelde werkzaamheden (zie [bijlage 1](#)) fte-formatie op te geven bij het MSB-, (combi-)coöperatie of VMSD bestuur. Daarbij hoort dan ook de formatie en het soort medisch ondersteunend personeel (zie [bijlage 2](#)) hierbij opgegeven te worden. Tussentijdse wijzigingen in de (fte) formatie van de vakgroep die van belang zijn voor de benchmarking, horen in beginsel direct te worden gemeld bij het betreffende bestuur. Lokaal worden de afspraken gemaakt wie (vakgroep voorzitter of de betreffende gremiumbestuurder) dit invult in de daarvoor beschikbare input-tool t.b.v. (landelijke) benchmarking en wie de juiste opgave daarvan controleert. Het maken c.q. gemaakt zijn van dergelijke afspraken is de verantwoordelijkheid van het betreffende gremiumbestuur, inclusief de 'check' daarop.
- Op vakgroep niveau dient in het kader van benchmark situaties binnen het MSB/(combi-)coöperatie (en indien van toepassing VMSD) en aan het bestuur daarvan inzicht gegeven te worden in de fte-formatie (en de daarbij behorende geldstromen) die beschikbaar is c.q. wordt ingezet voor:
 - Onverzekerde zorg;
 - Keuringen;
 - Geleverde zorg buiten het ziekenhuis (zoals bij 1,5^e lijns zorg, JZOJP projecten, in ZBC's, etc.).
 - Overige werkzaamheden (bijvoorbeeld bestuurlijk werk als zijnde niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden, onderwijs en wetenschap).

De hierbij behorende geldstromen (honorarium) lopen bij voorkeur via het MSB/(combi-)coöperatie, wat de fiscale positie daarvan versterkt en de inzichtelijkheid van de hiervoor ingezette formatie vergroot.
- Indien separate financiering van bovengenoemde werkzaamheden plaatsvindt, dient de hiervoor beschikbaar gestelde fte-formatie geschoond c.q. apart gealloceerd te worden van de totale formatie van de vakgroep en dient gekeken te worden naar wat op welke wijze en waaruit gefinancierd wordt, zodat er geen dubbele financiering dan wel dubbele 'schooning' plaatsvindt. Daarvoor is het van belang om de werkzaamheden en activiteiten op juiste wijze, zuiver en enkelvoudig in te delen en op te geven in de in dit document aangegeven categorieën. Zie hiervoor ook het voorgaande hoofdstuk en bijlage 1 met de rekenvoorbeelden.
- Op specialist niveau dienen ten behoeve van een vergelijkbare fte waarde bepaling en zuivere benchmarking de volgende gegevens inzichtelijk te (kunnen) worden gemaakt (zie hiervoor ook het kader op blz. [18-19](#)):
 - Patiënt-gerelateerde en (daarvoor) conditionele dagdelen en evt. thuis werkzaamheden daarbinnen: aantal dagdelen (bijv. via roosters en registraties).
 - Dagdelen thuiswerken (zie separate paragraaf hieromtrent).
 - Dagdelen vrij (niet werkzaam) en dagdelen extern werkzaam (buiten het betreffende MSB, de (combi-)coöperatie of VMSD).
 - Al/niet gebruik van de 'vrij-na-dienst' regeling: de compensatie dagdelen in de normale werkweek voor diensten dient per capita opgegeven te worden als gemiddelde over een langere periode van ca. een jaar.
 - Afwezigheid: aantal dagen/weken afwezigheid i.v.m. vakantie en scholing. In de fte definitie wordt als default uitgegaan van in totaal per jaar 8 weken afwezigheid voor vakanties, congressen en bijscholing en ca. 7 feestdagen (totaal ca. 47 dagen).
 - Niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden (categorie 2) en werkzaamheden m.b.t. onderwijs en wetenschap (categorie 3): voor deze dagdelen werkzaamheden is het belangrijk dat deze aanvullend uitgevraagd worden. Deze werkzaamheden zijn niet bepalend in de berekening van de fte formatie t.b.v. de

(landelijke) benchmark, maar zijn wel van belang voor het MSB-, (combi-)coöperatie- of VMSD-bestuur en als geheel om inzicht te hebben in de totale capaciteit en naar 'extern' om de bestede tijd hieraan per OE/vakgroep en MSB, (combi-)coöperatie of VMSD als totaal inzichtelijk te maken.

Binnen sommige MSB's, (combi-)coöperaties en VMSD's worden lokale, afwijkende uitgangspunten gehanteerd voor een eigen fte definitie, bijvoorbeeld o.b.v. stemverhoudingen binnen het MSB of anderszins. Het is niet bezwaarlijk als lokaal voor deze thema's een lokale definitie wordt gehanteerd, maar voor de opgave van de landelijke benchmark is het een voorwaarde de landelijke definitie(s) en uitgangspunten te hanteren zoals aangegeven in dit document.

Gezond en veilig werken

Voor medisch specialisten in dienstverband die onder de AMS vallen, zijn naast genoemde aandachtspunten een aantal specifieke recentelijk (in 2021) overeengekomen uitgangspunten van de AMS belangrijk om, waar van toepassing, mee te nemen in de fte opgave (en daarmee rekening te houden bij benchmarking). Hieronder staan een aantal belangrijke thema's genoemd uit het Principeakkoord van de AMS partijen. Een voorbeeld daarvan is 'Gezond en Veilig Werken'. AMS partijen hebben een programma afgesproken om gezond en veilig werken te stimuleren. Echter ook jaarlijkse afspraken over gezond en veilig werken in relatie tot bijvoorbeeld avond-, nacht- en weekenddiensten ('gezond roosteren'). Daarbij zijn onderwerpen als hersteltijd na dienst en afbouw van nachtdiensten en 'levensfasebeleid' hierbij passend. Hoewel onderstaande onderdelen specifiek opgenomen zijn in de AMS regeling, zijn deze onderwerpen 'gezond en veilig werken', daarmee samenhangend 'gezond roosteren' en 'levensfasebeleid' zaken die van belang zijn voor elke medisch specialist, zowel in dienstverband (AMS of Cao UMC's, resp. in een algemeen of academisch ziekenhuis/UMC werkend) als in vrije vestiging. Dit zijn aandachtspunten om door de vakgroep zelf en/of het VMSD bestuur mee te nemen in overleg met de Raad van Bestuur en zeker als er sprake is van fte waarde bepaling en benchmarking (op initiatief van dan wel met vooraf betrokkenheid van de vakgroep). Ook voor vrijgevestigde medisch specialisten en MSB/(combi-)coöperatie bestuur zijn dit aandachtspunten om beleid op te maken en dat dus mee te nemen in visie- en beleidsplannen. Voor de complete teksten hieromtrent wordt verwezen naar o.a. de vigerende AMS- en Cao-documenten.

Uit de AMS regeling:

Programma gezond en veilig werken

De NVZ, de LAD en de Federatie (hierna "partijen" genoemd) starten in lijn met gemaakte afspraken over gezond en veilig werken een gezamenlijk landelijk bewustwordingsprogramma: gezond en veilig werken is de norm. In dit programma wordt samengewerkt aan het vergroten van kennis en bewustwording en het aanbieden van het gezamenlijke stappenplan gezond en veilig werken en handreikingen om formatie, roostering, productie en omstandigheden zodanig in te richten en op elkaar af te stemmen dat de medisch specialist in elke levensfase gezond kan werken en kwalitatieve en patiëntveilige zorg kan blijven leveren.

Productie en formatie

Zoals al opgenomen in artikel 8.3.7 wordt bij het maken van de jaarlijkse afspraken over het zorgaanbod en productie gezond en veilig werken en de daarmee samenhangende bepalingen over arbeidsduur uit artikel 2.1 en 2.2 als uitgangspunt genomen. Het bestuur en organisatorische eenheid maken hierbij afspraken over de inzet van de beschikbare formatie. Om dit te verduidelijken komen partijen overeen dat in artikel 8.3.7 wordt verduidelijkt dat met betrekking tot de contractering met zorgverzekeraars het bestuur en de VMSD/OE's vooraf gezamenlijke afspraken maken over de productie die moet passen bij de daarvoor beschikbare formatie.

Arbeidsduur

Indien de medisch specialist deelneemt aan de avond-, nacht en weekenddiensten en aantoonbaar in deze diensten gemiddeld meer dan 7 uur per week arbeid verricht te meten over een referentieperiode van drie maanden), dan worden de meerdere uren, zijnde de uren boven zeven, in mindering gebracht op de te werken uren volgens de overeengekomen arbeidsduur, zonder dat dit gevolgen heeft voor de contractueel overeengekomen arbeidsduur. Deze vermindering duurt voort, zolang de medisch specialist aantoonbaar meer dan gemiddeld 7 uur per week arbeid in de diensten verricht. Alle werkzaamheden die de medisch specialist uitvoert worden gedaan binnen de vastgestelde arbeidsduur

Bijlagen

Bijlage 1 Rekenvoorbeelden

Rekenvoorbeeld 1: Opgave per vakgroep van werkzaamheden per categorie in dagdelen en fte

Rekenvoorbeeld FTE opgave vakgroepen loondienst					20 fte			12 fte			6 fte			8 fte ziekenhuisbreed actief				
Categorie	Omschrijving	Telt mee voor opgave benchmark?	Activiteit	Omvang in woorden	Toelichting formule	Dagdelen per week	FTE	%	Dagdelen per week	FTE	%	Dagdelen per week	FTE	%	Dagdelen per week	FTE	%	
1.a	Patiënt-gerelateerde werkzaamheden	Ja	Subtotaal categorie 1.a			164,2	16,4	82,1%	104,2	10,4	86,8%	52,4	5,2	87,3%	59,8	6,0	74,8%	
1.b	Conditionele patiëntzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden	Ja	Vakgroepsvergaderingen	Uur/wk per vakgroeplid in dagdelen	1 uur per dagdeel X aantal fte in de vakgroep	4,4	0,44	2,2%	2,7	0,27	2,2%	1,3	0,13	2,2%	1,5	0,15	1,9%	
1.b	Ja	Management vakgroep	Dagdeel/wk per 5 FTE/minimaal 2	aantal fte / 5 (minimum van 2)		4,0	0,4	2,0%	2,4	0,24	2,0%	2,0	0,2	3,3%	3,0	0,3	3,8%	
1.b	Ja	Visitaties	10 dagdelen (in jaar van visitatie)	10 dagdelen / 44 weken per jaar		nvt	nvt	nvt	0,2	0,02	0,2%	0,2	0,02	0,4%	0,2	0,02	0,3%	
1.b	Ja	Transmurale overleggen /innovatieve trajecten	Gemiddeld tot 1 dagdeel/mnd per vakgroeplid	Geen formule, afhankelijk van opgave		1,0	0,1	0,5%	0,5	0,1	0,4%	1,0	0,1	1,7%	2,0	0,2	2,5%	
1.b	Ja	Randvoorwaardelijke praktijk- en zorg-gerelateerde werkzaamheden	Gemiddeld tot 2 dagdelen/mnd per vakgroeplid	Geen formule, afhankelijk van opgave		2,0	0,2	1,0%	0,3	0,03	0,2%	0,1	0,01	0,2%	4,0	0,4	5,0%	
1.b	Ja	Additionele nascholingen	20 dagdelen per jaar per subspecialist (indien van toepassing)	20 dagdelen / 44 weken per jaar (ivt)		4,5	0,5	2,3%	1,8	0,18	1,5%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	
1.b	Ja	Academische stages	20 dagdelen per jaar per subspecialist (indien van toepassing)	20 dagdelen / 44 weken per jaar (ivt)		1,8	0,18	0,9%	0,9	0,09	0,8%	0,5	0,0	0,8%	0,0	0,0	0,0%	
1.b	Ja	Protocollen bijwerken	Ca. 1-2 dagdelen per mnd per vakgroeplid (indien van toepassing)	1-2 dagdelen / per 4 weken		5,0	0,50	2,5%	3,0	0,3	2,5%	1,5	0,15	2,5%	0,5	0,05	0,6%	
			Subtotaal categorie 1.b			22,8	2,3	11,4%	11,8	1,2	9,8%	6,6	0,7	11,1%	11,2	1,1	14,0%	
2	Nee	Subtotaal categorie 2			<i>Niet patiënt gerelateerde werkzaamheden</i>	<i>(niet nader gespecificeerd in dit rekenvoorbeeld)</i>	7,0	0,7	3,5%	4,0	0,4	3,3%	1,0	0,1	1,7%	4,0	0,4	5,0%
3	Nee	Subtotaal categorie 3			<i>Onderwijs en wetenschappelijk onderzoek</i>	<i>(niet nader gespecificeerd in dit rekenvoorbeeld)</i>	6,0	0,6	3,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	5,0	0,5	6,3%
Totaal						200,0	20,0	100%	120,0	12,0	100%	60,0	6,0	100%	80,0	8,0	100%	

Praktische vertaalslag m.b.t. categorie 1.b werkzaamheden

Deze opgave en differentiatie kan vanaf 2022 mogelijk gemaakt worden: zowel opgave hiervan in de inputtool als weergave hiervan in de benchmarkanalyse. Het punt van weergave in de benchmarkanalyse zal op vakgroep niveau zijn en met referentie ten opzichte van het landelijk gemiddelde. De output van een benchmarkanalyse wordt dan de norm fte op basis van de patiëntenzorg + verschil (lokale omvang categorie 1b – gemiddelde omvang categorie 1b). Om op dit punt vanaf 2022 inzicht in te kunnen bieden zal het nodig zijn om het eerste jaar te rekenen met aanname in dat gemiddelde (omdat het niet te verwachten is dat een landelijke opgave van de diverse vakgroepen afdoende compleet is om hiermee te kunnen rekenen), bijvoorbeeld op basis van de rekenvoorbeelden. Op die manier kunnen vakgroepen vooraf weten waar ze aan toe zijn en voorafgaand aan 2022 fte formatie opgeven en afstemmen. Een eerste aanname in gemiddelde omvang van categorie 1b op basis van bovenstaande rekenvoorbeelden is ca. 10%. We kunnen dan de volgende uitgangspunten hanteren:

- Als vakgroepen de omvang van categorie 1b niet specificeren is de aanname dat de omvang gelijk is aan de benchmark: geen correctie nodig.
- Als vakgroepen de omvang van categorie 1b wel specificeren en deze is groter dan het gemiddelde (/rekenvoorbeeld), dan wordt het verschil weergegeven in de benchmarkanalyse. Het is dan aan de vakgroep zelf om intern de omvang van categorie 1b te kunnen onderbouwen en waarom dit afwijkt van het landelijk gemiddelde.
- Als vakgroepen de omvang van categorie 1b wel specificeren en deze is kleiner dan het gemiddelde (/rekenvoorbeeld), dan wordt er voorlopig niets mee gedaan in de benchmarkanalyse (een negatieve correctie is op basis van het hanteren van gemiddelden lastig uit te leggen).

Hoe completer landelijk gezien de opgave van de te onderscheiden werkzaamheden is (en m.n. van de categorie 1b. werkzaamheden), hoe exacter de waarde/factor van deze werkzaamheden kan worden meegenomen.

Rekenvoorbeeld 2: Opgave per specialist in vakgroep van werkzaamheden per categorie in dagdelen en fte

Vakgroep Y	Werkzaamheden cat. 1.a: patiënt-gerelateerd in dagdelen	Werkzaamheden cat. 1.b: conditioneel patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerd in dagdelen	Werkzaamheden cat. 2: niet patiënt-gerelateerd in dagdelen*	Werkzaamheden cat. 3: onderwijs en wetenschap in dagdelen*	Vrij na dienst**	Vrijgevestigde vakgroep in fte waarde voor productie benchmarking*		Dienstverband vakgroep in fte waarde voor productie benchmarking*		Dienstverband en vrijgevestigde vakgroep totale fte waarde*
						FTE landelijke benchmark	FTE landelijke benchmark	FTE landelijke benchmark	FTE landelijke benchmark	
						Cat. 1.a + 1.b + **	Cat. 1.a + **	Cat. 1.b	FTE waarde totaal lokaal	
Specialist A	8,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,00	0,90	0,10	1,00	
Specialist B	7,0	2,0	0,0	0,0	1,0	1,00	0,80	0,20	1,00	
Specialist C	6,0	1,5	0,0	0,0	1,0	0,85	0,70	0,15	0,85	
Specialist D	5,5	1,0	0,0	0,0	0,5	0,70	0,60	0,10	0,70	
Specialist E	4,5	1,0	0,0	0,0	0,5	0,60	0,50	0,10	0,60	
Specialist F	4,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,50	0,45	0,05	0,50	
Specialist G**	4,0	0,5	1,0	0,0	0,0	0,45	0,40	0,05	0,55	
Specialist H	7,0	1,0	1,0	0,0	1,0	0,90	0,80	0,10	1,00	
Specialist I	6,0	1,0	2,0	0,0	0,5	0,75	0,65	0,10	0,95	
Specialist J**	6,0	1,0	0,0	3,0	0,0	0,70	0,60	0,10	1,00	
Specialist K	4,0	0,5	0,0	2,0	0,5	0,50	0,45	0,05	0,70	
Specialist L	4,5	1,0	2,0	2,0	0,5	0,60	0,50	0,10	1,00	
Specialist M	6,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,80	0,70	0,10	0,80	
Specialist N	3,5	0,5	0,0	3,0	0,5	0,45	0,40	0,05	0,75	
Specialist O	3,0	0,5	3,0	3,0	0,5	0,40	0,35	0,05	1,00	
Totale formatie in dagdelen resp. fte waarde:	79,0	14,0	9,0	13,0	9,0	10,20¹	8,80²	1,40³	12,40⁴	

*) categorie 2 en 3 werkzaamheden en activiteiten tellen niet mee in de landelijke benchmark opgave, maar wel in de lokale vakgroep formatie. Voor deze werkzaamheden dient er apart te alloceren fte formatie c.q. honorering gerealiseerd en toegekend te zijn aan de vakgroep.

**) het kunnen opgeven van 'vrij na dienst' in de fte opgave is gebonden aan voorwaarden t.a.v. de intensiteit van dienst (categorie 4 intensiteit = vrijwel altijd continu fysiek aanwezig in de dienst, zie blz. 7 Handreiking 'Model vergoeding disutility') en kan afh. van de frequentie van dienst gemiddeld 0,5 fte (1 dagdeel vrij na dienst per 2 weken) of 1,0 fte (1 dagdeel vrij na dienst per week) zijn. Bij diensten met lagere intensiteit (categorie 1-3 volgens de disutility Handreiking) is er geen (0,0) vrij na dienst invulbaar, wat uiteraard ook geldt voor specialisten die geen dienst doen.

1) = dagdelen categorie 1.a + 1.b + 'vrij-na-dienst' / 10 = fte formatie aandeel hiervan (opgave voor landelijke benchmark).

2) = dagdelen categorie 1.a + 'vrij-na-dienst' / 10 = fte formatie aandeel hiervan (opgave voor landelijke benchmark).

3) = dagdelen categorie 1.b / 10 = fte formatie aandeel hiervan (opgave voor landelijke benchmark en is met name van belang voor dienstverband medisch specialisten).

4) = dagdelen alle categorieën (1.a + 1.b + 2 + 3 + 'vrij-na-dienst') opgeteld / 10 = totaal fte formatie lokaal (per specialist + ondersteunend personeel en m.b.t. gehele vakgroep).

Bijlage 2 Tabel (mate van) meetellen medisch ondersteunend personeel in de Fte opgave/benchmark

Weging ondersteunend medisch personeel

Binnen geldende benchmark modellen is het algemene uitgangspunt rond medisch ondersteunend personeel: de (loon)kosten van dit type personeel dat wordt doorbelast aan de vakgroepen die hier gebruik van maken, moet in lijn zijn met opbrengsten van patiëntenzorgverlening. De weging van fte formatie hierbij is een combinatie van (loon)kosten en productiviteit in relatie tot de medisch specialist (vrij beroepsbeoefenaar). Voor dienstverband medisch specialisten moet dit medisch ondersteunend personeel met deze weefactor in beginsel meegenomen worden in de totale fte waarde van de vakgroep en, net als bij vakgroepen dienstverband medisch specialisten, ook als zodanig opgegeven worden in de fte opgave voor de (landelijke) benchmark. Deze regeling is van oorsprong gebaseerd op de historische uitgangspunten in het Witte Boek IV.

Categorie	Gemiddelde bruto werkgeverslasten	Weging	Geschatte waarde*	Toelichting
Medisch specialist	-	100%	-	Alle MSRC-geregistreerde medisch specialisten (vrij beroep en dienstverband) die binnen de vakgroep werkzaam zijn, tellen mee voor de bepaling van het aantal fte ten behoeve van de (landelijke) benchmark.
Chef/Fellow	€ 210.000	80%	€ 210.000	Alle MSRC-geregistreerde medisch specialisten die in dienst zijn van de vakgroep tellen met deze weefactor x hun fte aanstelling mee in de totale formatie van de vakgroep en moeten als zodanig ook voor de (landelijk) benchmark worden opgegeven. Onder deze fte definitie vallen: Chefs de Clinique, specialisten in dienst van de vakgroep (zogenoemde SPIDMA's).
ANIOS	€ 80.000	20%	€50.000	(Direct of indirect) productie verhogende ANIOS (die werkzaam zijn op de polikliniek, afdeling, kliniek, etc) worden naar rato van de (loon)kosten doorbelast aan de betreffende vakgroep van vrijgevestigde medisch specialisten en moeten met die fte waarde x weefactor meegenomen worden in de (landelijk) op te geven fte waarde van de vakgroep. Bij vakgroepen van dienstverband medisch specialisten wordt dit, met die weefactor x de formatie ANIOS, gezien als onderdeel van de totale fte waarde van die vakgroep en als zodanig (landelijk) op te geven. Historisch worden meestal (een deel van) deze kosten gedragen door het ziekenhuis.
AIOS	€ 80.000	0%	€0	Voor AIOS is de nulhypothese dat de baten en lasten van de AIOS tegen elkaar wegvallen en hiervoor dus geen doorbelasting aan de vakgroep of bijtelling van fte formatie AIOS bij de totale vakgroep formatie nodig is.
VS / PA	€ 65.000	15%	€40.000	(Direct of indirect) productie verhogende VS / PA (o.a. zelfstandig behandelend en registrerend) worden naar rato van (loon)kosten doorbelast aan de betreffende vakgroep van vrijgevestigd medisch specialisten (en in sommige AMS+ situaties) en meegeteld met die fte waarde x weefactor voor de (landelijk) op te geven fte waarde van de vakgroep. Bij vakgroepen van dienstverband medisch specialisten wordt dit, met die weefactor x de VS / PA formatie, gezien als onderdeel van de totale fte waarde van die vakgroep en als zodanig (landelijk) op te geven. VS / PA aangesteld voor kwaliteit en patiënt informatievoorziening werkzaamheden wegen niet mee en daarvan zijn (loon)kosten voor het ziekenhuis

*) Bedragen in dit overzicht zijn indicatief weergegeven en zijn afgerond op tienduizend euro.

Bijlage 3 Toelichting fte-definitie en -opgave en toelichting vrij-na-dienst regeling

Toelichting fte-definitie

- De fte definitie en de landelijke opgave van het fte getal per capita betreft de dagdelen patiënt gerelateerde en conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden in de normale werkweek, buiten de ANW diensten om.
- Als een medisch specialist/ vakgroep meer dan 10 dagdelen patiënt-gerelateerd en/of conditioneel patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerd werkt (avondpoli etc.) moet zich dit vertalen in een hogere output en een derhalve een hoger aantal norm-fte's, maar kan dit extra dagdeel werken niet meegenomen worden in de fte opgave als de medisch specialist daarmee boven de 1,0 fte in de (landelijke) fte benchmark opgave zou uitkomen. Indien een avond poli (van tenminste 4 uur patiënt-gerelateerde en/of conditionele werkzaamheden) een vervanging van een poli overdag in de normale werkweek is, mag deze uiteraard sowieso meegeteld worden in de fte opgave. Ook hierbij kan de medisch specialist niet meer dan 1 fte (per capita) opgeven voor de fte input tool.
- Openstaande vacatures en langdurig verlof/ziekte vallen buiten de fte opgave. De extra dagdelen die leden van de vakgroep inzetten om dit op te vangen moeten uiteraard wel worden meegeteld (tot aan max. 1 fte per capita).

Toelichting vrij-na-dienst regeling

- Diensten zijn alleen onderdeel van de fte-opgave wanneer hierbij een vrij-na-dienst regeling van toepassing is. Diensten zonder een vrij-na-dienst regeling dienen buiten de fte opgave gehouden te worden. Hiervoor is de Handreiking Model vergoeding disutility beschikbaar.
- Het toepassen van een vrij-na-dienst regeling moet een aantoonbaar realistisch karakter hebben en uitlegbaar zijn; hiervoor kan gekeken worden naar de dienstintensiteit en daarbij geldt als voorwaarde een categorie 4 dienstintensiteit aanwezigheid: 'vrijwel altijd tot altijd aanwezig' (zie Handreiking model vergoeding disutility, pagina 7) om in aanmerking te komen voor een 'vrij-na-dienst' (dagdeel) regeling.
- De verlaging van het aantal dagdelen patiënt-gerelateerde werkzaamheden overdag geldt voor medisch specialisten met een dagdeel vrij-na-dienst. Het hebben van vrij-na-dienst geeft lokaal geen voordeel (vrij na dienst = niet productief = geen norm fte). Dit is een compensatie in de benchmark. De diensten vallen immers buiten de definitie en indien er niet op deze manier gecompenseerd wordt, zou het voor deze vakgroepen/specialisten niet mogelijk zijn om 1 fte te kunnen werken.
- Het meewegen van vrij-na-dienst in de fte definitie van de benchmark zorgt een neutrale benchmark voor dat specialisme (dit voorkomt dat dit specialisme anders een comparatief nadeel zouden ondervinden van het werken tijdens diensten).
- Zonder de compensatie van vrij-na-dienst zou het betreffende specialisme t.a.v. de specialisme-gebonden landelijke benchmark relatief op "-1" (dagdeel) staan t.o.v. de benchmark van andere specialismen waar deze compensatie voor dienst niet nodig is; de compensatie zorgt voor het neutraal (op "0") komen staan in de (landelijk bepaalde) benchmark verhouding.
- De 'vrij-na-dienst' regeling is alleen een compensatie voor het hebben van dienst, maar geen honorering voor het feit dat deze productie buiten kantooruren plaats vindt.
- Vrij-na-dienst hebben is dus een compensatie in tijd en geen compensatie voor productie of voor dienstbelasting op zich.
- De disutility regeling daarentegen is juist een compensatie voor het hebben van dienst en de belasting daarvan en is juist geen compensatie van productie op zich of potentieel productieverlies.
- Indien vakgroepen aanspraak maken op de vrij-na-dienst regeling geldt dit in principe alleen als de vrij na dienst direct opvolgend aan de dienst plaatsvindt (maandagnacht dienst = dinsdagochtend vrij-na-dienst en bijv. niet op vrijdagmiddag compenseren, zondag dag/nacht dienst compenseren op maandagochtend, vrijdag avond/nacht of zaterdag avond/nacht compenseren op maandag ochtend of middag, etc.), tenzij dit rooster-technisch niet mogelijk is en gecompenseerd moet worden op een ander dagdeel kort daarna.
- Het is echter niet de bedoeling dat men de 'vrij-na-dienst' regeling gebruikt en toch geen dagdelen vrij neemt als wel bedoelt in deze 'vrij-na-dienst' compensatieregeling dan wel eerst doorwerkt en pas veel later

compenseert. De 'vrij-na-dienst' regeling is altijd bedoeld voor compensatie van zwaardere diensten, waarbij het niet verantwoord is om gewoon door te werken in het normale weekschema en een, in principe aansluitend, dagdeel (extra) rust nodig is. Voor deze zware diensten zijn de compensatie mogelijkheden van de disutility regeling normaal gesproken niet geschikt en ontoereikend.

- Op basis van de dienstroosters kan eenvoudig inzicht worden gegeven en verkregen over de basis van het al/niet gebruik van de 'vrij-na-dienst' regeling.
- Het aantal te compenseren diensten per week is gemaximeerd. Er kunnen, conform eerder, per vakgroep per week per dienstrooster regeling (op 1 of meerdere locaties) niet meer diensten gecompenseerd worden dan er totaal aan diensten in een week zijn. Dat zijn totaal 9 diensten/week: 5 diensten in de normale werkweek en 2x2 diensten in het weekend (in t weekend frequent gecombineerd tot één 24 uren dienst), rekening houdend met afwezigheden. Bij grotere vakgroepen kunnen dus afgerond maximaal 10 fte's worden opgegeven in de fte opgave voor de 'vrij-na-dienst' regeling (namelijk $10,06 \text{ fte's} = 9 \text{ fte} + 1,06 \text{ fte}$ (52 weken/44 werkzame weken * 9 diensten/10 dagdelen)). Bij gedifferentieerde diensten binnen een vakgroep geldt deze rekensom i.p. per gedifferentieerde dienst met de formatie die deze diensten bemenst.

Bijlage 4 Samenstelling Commissie Verdeelmodel (en normtijden) en Werkgroep benchmarken dienstverband

Commissie Verdeelmodel en normtijden samenstelling

- Marcel van der Linde (voorzitter), cardioloog, NVVC
- Jeroen Becker, gynaecoloog, NVOG
- Hans Bosboom, neuroloog, NVN
- Rob Bourez, radioloog, NVvR
- Peter de Bruin, patholoog, NVVP
- Esther Cornegé-Blokland, klinisch geriater, NVKG
- Mihaela Gamala, reumatoloog, NVR
- Hans Grotjohan, longarts, NVALT
- Robin Hoendervangers, uroloog, NVU
- Bas Huisman, internist, NIV
- Jan Willem Kallewaard, anesthesioloog, NVA
- Paul Kingma, MDL arts, NVMDL
- Bin Kroon, uroloog, NVU
- Paul de Laat, kinderarts, NVK
- Irene van Liempt, oogarts, NOG
- Ronald Luitwieler, anesthesioloog, NVA
- Hubert Oostenbroek, orthopedisch chirurg, NOV
- Rutger Plantinga, KNO arts, NVKNO
- Saskia de Pont, kinderarts, NVK
- Peter Nieboer, internist, NIV
- Marco Waleboer, chirurg, NVvH
- Katrien Hendriks, senior adviseur, Federatie Medisch Specialisten
- Daphne Huskens, jurist Kennis- en dienstverleningscentrum

Werkgroep benchmarken dienstverband samenstelling

- Marcel van der Linde (voorzitter), cardioloog, NVVC
- Peter de Bruin, patholoog, NVVP
- Esther Cornegé-Blokland, klinisch geriater, NVKG
- Jasper Kal, anesthesioloog, NVA
- Jan Willem Kallewaard, anesthesioloog, NVA
- Paul de Laat, kinderarts, NVK
- Saskia de Pont, kinderarts, NVK
- Saskia ten Wolde, reumatoloog, NVR
- Katrien Hendriks, senior adviseur, Federatie Medisch Specialisten

Naar aanleiding van de behoefte vanuit de Federatie aan onderhoud en het toekomstbestendig maken en houden van het benchmark verdeelmodel en specialisme overstijgend normtijden onderhoud is in 2015 via de Raad Beroepsbelangen (RBB) van de Federatie van Medisch Specialisten de Werkgroep Verdeelmodel en normtijden ingesteld om de RBB en het Federatiebestuur te adviseren over vraagstukken op dit gebied. Deze werkgroep is in 2018 omgezet naar een structurele Commissie Verdeelmodel (en normtijden). Deze Commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen (wv-en) met zowel vrijgevestigde als dienstverband werkvorm medisch specialisten. De Werkgroep c.q. Commissie heeft eerder de in juli 2016 door de Federatie gepubliceerde handreiking 'Model vergoeding disutility', de in 2017 gepubliceerde de handreiking 'Fte benchmark model voor medisch specialisten in vrij beroep', de juli 2020 gepubliceerde handreiking

'Verdeelafspraken in COVID-19 tijden' én de in november 2021 gepubliceerde handreiking 'Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel' samengesteld.

De bovenstaande ad-hoc werkgroep 'benchmarken dienstverband' heeft als onderdeel van de Commissie Verdeelmodel, de specifieke opdracht van het Federatiebestuur gekregen om voor de medisch specialisten en vakgroepen die werkzaam zijn in dienstverband werkvorm, en hun gremia (besturen), de specifiek voor dienstverband medisch specialisten van belang zijnde werkzaamheden inzichtelijk te maken en de mogelijkheid te onderzoeken om deze kwantificeerbaar in kaart te brengen. Deze werkgroep heeft input geleverd voor de (beperkte) aanpassingen van het onderdeel 'Uitgangspunten Fte definitie', heeft het onderdeel 'Categorieën werkzaamheden en activiteiten' herschreven en de nieuwe rekenvoorbeelden gemaakt. Daarna is deze input verwerkt in deze nieuwe Handreiking 'Fte model voor medisch specialisten' en is deze in de brede Commissie Verdeelmodel en normtijden ingebracht. Na bespreking met mondelinge en schriftelijke feedback en het verwerken daarvan is deze handreiking in deze brede Commissie geaccordeerd. Tevens is de schriftelijke en mondelinge feedback vanuit de wv-en en de feedback vanuit de algemene vergaderingen van de Raad Beroepsbelangen van 24 juni en 7 oktober 2021 in deze handreiking verwerkt. De Commissie wordt technisch en rekenkundig ondersteund door LOGEX.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Bezoekadres:

Federatie Medisch Specialisten
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postadres:

Postbus 20057
3502 LB Utrecht

www.demedischspecialist.nl