



Handreiking Normtijden en normtijdenonderhoud

binnen de medisch-specialistische zorg



Colofon:

Deze handreiking 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
Januari 2025
Vormgeving: IJzersterk.nu

Vrijwaring

De Federatie Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van deze handreiking. Desondanks accepteert de Federatie 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. Aan deze handreiking kunnen geen rechten worden ontleend.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Inhoud

Doel en reikwijdte	4
Leeswijzer	4
Samenvatting	5
Hoofdstuk 1: Achtergronden en betekenis normtijden	8
Wat zijn normtijden in de medisch-specialistische zorg en waarvoor worden deze gebruikt?	8
Hoe worden normtijden vastgesteld en welk belang hebben ze?	8
Tijdsbesteding in normtijden versus algehele tijdsbesteding en werkzame uren medisch specialist	10
Hoofdstuk 2: Toelichting aanpassingen normtijdenonderhoud	12
1: Intensiveren normtijdenonderhoud	12
2: Normtijdenbalans bewerkstelligen/behouden	14
3: (Streven naar) realistische normtijden en/of normtijden met als uitgangspunt echte tijdsminuten	17
Realistische normtijden	17
Normtijden met (zo mogelijk) echte tijdsminuten als uitgangspunt	18
Géén impact van de wijze van uitdrukken van normtijden op norm-fte waarden	19
Risico's en knelpunten bij aan verrichtingen toekennen van normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten	20
Overige aandachtspunten	22
BIJLAGEN	23
Bijlage 1: Veelgestelde vragen en antwoorden	24
Bijlage 2: Toelichting potentiële voordelen normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten	29
Bijlage 3: Overige aandachtspunten	31
Bijlage 4: Totstandkoming (relatieve) normtijden en honorariumtarieven medisch specialisten in 2012	34
Bijlage 5: Samenstelling commissie Verdeelmodel (en normtijden)	37

Doel en reikwijdte

De handreiking Normtijden en normtijdenonderhoud binnen de medisch-specialistische zorg is geschreven voor alle medisch specialisten, hun vakgroepen en hun bestuurlijke gremia. Specifiek op diegenen die zich op één of andere wijze (al dan niet bestuurlijk) bezighouden met normtijdenonderhoud, capaciteit/fte- en zorgverlening-productiebegroting, trends en prognoses van zorgverlening(veranderingen), kostprijsystematiek en tarieven, en met benchmarking- en verdeelsystematiek. Dat kan binnen de wetenschappelijke vereniging zijn, een zorginstelling en/of andere organisatie. Bij al deze onderwerpen spelen normtijden toenemend een (belangrijke) rol. Het is essentieel dat niet alleen gremiabeesturen van medisch specialisten kennis van en inzicht hebben in normtijden en de (wijze van bepaling van de) waarde ervan, maar dat deze kennis ook aanwezig is binnen vakgroepen van medisch specialisten zelf. Datzelfde geldt voor kennis van waardering/benchmarking- en verdeelsystematiek. Dit is ook cruciaal voor een goede positionering t.a.v. zorginstellingmanagement en externe partijen. Met deze handreiking probeert de Federatie Medisch Specialisten aan kennis hiervan bij te dragen.

In deze handreiking worden achtergronden, het gebruik en het belang van normtijden, en normtijdenonderhoud besproken. Het is meer dan 10 jaar geleden dat een landelijke volledige herijking van normtijden heeft plaatsgevonden. De achtergronden en wijze van de totstandkoming van de (herijkte) normtijden en/of de uitwerking van normtijden in bovengenoemde onderwerpen zijn niet meer algemeen bekend. Kennis hierover geeft inzicht in de waarde van normtijden, het gebruik hiervan bij benchmarking en het belang om normtijden actueel en juist te houden. Aanvullend biedt dit waardevolle informatie bij het realiseren en behouden van balans in normtijden voor de diverse medisch-specialistische verrichtingen in de verschillende settings van zorg. Actuele, juiste normtijden en goede normtijdenbalans zijn o.a. nodig voor het goed kunnen meebewegen met zorgtransities, voor het optimaal kunnen leveren van passende zorg en het behouden van een stabiele (fte-)benchmarking en verdeelsystematiek. Mede daarom wordt afdoende intensief normtijdenonderhoud steeds belangrijker in de huidige tijd van toenemende schaarste aan (zorg)personeel en financiële middelen bij een nog steeds groeiend zorgaanbod, met noodzaak tot zorgverplaatsing en zorgprofielkeuze(n). Deze handreiking adresseert ook het hoe en waarom van aanpassingen in het normtijdenonderhoud vanaf 2023. Deze handreiking is in opdracht van het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten opgesteld vanuit de commissie Verdeelmodel en normtijden.

LEESWIJZER

Na de samenvatting, worden in hoofdstuk 1 de achtergronden, de wijze van het toekennen van tijdsbesteding aan normtijden, en de relatie hiervan met de algehele tijdsbesteding van de medisch specialist besproken. Diegenen die alleen globale kennis over de betekenis en totstandkoming van normtijden tot zich willen nemen, kunnen (naast de samenvatting) volstaan met het lezen van hoofdstuk 1, bijlage 1 en bijlage 4. Diegenen die met de achtergrond en betekenis van normtijden voldoende bekend zijn kunnen hoofdstuk 1 overslaan en starten met hoofdstuk 2. In hoofdstuk 2 worden drie vormen van aanpassingen in het normtijdenonderhoud vanaf 2023 beschreven. Ook geven we argumenten waarom deze aanpassingen van belang zijn, welke opties daarbij aanwezig zijn en welke uitwerking dit (potentieel) heeft. Daarbij moet benadrukt worden dat waar in deze handreiking gesproken wordt over tijdsbesteding (van de medisch specialist) aan verrichtingen etc., het altijd een *gemiddelde* tijdsbesteding betreft waaraan normtijd is toegekend en waarbinnen een wisselende variatie aanwezig is per medisch-specialistische zorgverlener, patiënt en periode bij elke specialisme. Dit is in de handreiking bewust frequent benoemd. In bijlage 1 is een aantal veel gestelde vragen en antwoorden opgenomen en in bijlage 2 wordt een toelichting gegeven m.b.t. potentiële voordelen van realistische normtijden, eventueel uitgedrukt in tijdsminuten. In bijlage 3 wordt een aantal overige aandachtspunten nader toegelicht en in bijlage 4 wordt dieper en schematisch ingegaan op de historie en methode van herijking en totstandkoming van (relatieve) normtijden en honorariumtarieven m.b.t. de medisch specialisten zoals deze zijn ingezet vanaf 2012.

Samenvatting

In deze handreiking worden achtergronden, wijze van toekenning, het belang en gebruik van normtijden binnen de medisch-specialistische zorg sinds de algehele herijking daarvan in 2012 beschreven. Er wordt ingegaan op het belang van aanpassing en intensivering van normtijdenonderhoud, normtijdenbalans en het streven naar realistische normtijden. Normtijden worden vastgesteld door de wetenschappelijke vereniging die eigenaar van de eigen normtijden is en verantwoordelijk voor het normtijdenonderhoud en normtijdenbalans. Belangrijk hierbij is dat normtijden altijd *gemiddelden* zijn van tijdsbesteding van de medisch specialist aan verrichtingen en binnen zorgprofielen.

Normtijdenonderhoud, normtijdenbalans en gebruik van normtijden

Het belang van het nastreven en behouden van een zo optimaal mogelijke normtijdenbalans met optimale minuutneutraliteit en realistische normtijden kan niet genoeg benadrukt worden. Een goede normtijdenbalans wordt bereikt door een aan de gemiddelde tijdsbesteding evenredige normtijdentoekenning aan de verschillende vormen van verrichtingen (zoals consultering, diagnostiek, conservatieve en invasieve/operatieve behandelingen) en settingen (zoals ambulant, klinisch, operatief, etc.). Frequent algemeen en periodiek intensief normtijdenonderhoud is daarvoor cruciaal. Het daarbij herkenbaar en inzichtelijk zijn en blijven van normtijden is van belang.

De door de wetenschappelijke vereniging vastgestelde normtijden, op basis van de *gemiddelde* tijdsbesteding aan activiteiten en zorgprofielen van zorgproducten door de medisch specialist, worden daar waar mogelijk gebruikt in benchmarking, capaciteits- en productiebegrotingen. Normtijden kunnen eventueel ook gebruikt worden voor kostprijsberekeningen. Het is daarbij fundamenteel dat *alle* tijdsbesteding die gerelateerd is aan zorgverleningproductie zo volledig mogelijk in normtijden (van zorgactiviteiten en zorgprofielen van zorgproducten) wordt meegenomen. Dit is dus meer dan alleen de gemiddelde tijdsbesteding van de verrichtingen op zich.

Verder moet benadrukt worden dat de normtijden *tussen* medisch (sub)specialismen vrijwel nooit vergelijkbaar zijn. Net zozeer als de meeste werkzaamheden, verrichtingen (diagnostiek en behandelingen) en verhouding van de settingen met de daarbij behorende (gemiddelde) tijdsbesteding tussen medisch specialismen niet vergelijkbaar zijn. De verschillen in normuren per fte per jaar tussen specialismen en vakgroepen zullen dus altijd blijven bestaan. Wel zijn normtijden vergelijkbaar *binnen* medisch (sub)specialismen en zijn ze ook op die basis opgesteld. Gedeelde normtijden tussen specialismen zijn van belang voor samenwerkingsverbanden, maar dat betekent niet dat alle gedeelde zorgproducten dezelfde normtijden moeten hebben: dit hangt af van de werkelijke gemiddelde tijdsbesteding en dat kan per specialisme verschillend zijn.

Realistische normtijden

Er bestaat naast een brede consensus over het belang van goede normtijdenbalans ook brede consensus t.a.v. het vaststellen van realistische normtijden. Hier zijn veel wetenschappelijke verenigingen (wv-en) actief mee bezig en maken hier al goede voortgang in. Realistische normtijden realiseren een zo goed mogelijke relatie met de gemiddelde tijdsbesteding van de medisch specialist aan zorgproductie-activiteiten. Het gebruik van realistische normtijden faciliteert het normtijdenonderhoud, vergroot de herkenbaarheid van normtijden en leidt tot een realistisch aantal normuren per fte medisch specialist per jaar.

Het is bij realistische normtijden mogelijk om de gemiddelde tijdsbesteding van verrichtingen (en in zorgprofielen) in normtijden toe te kennen met als uitgangspunt het uitdrukken hiervan in echte tijdsminuten. Dus: 1 minuut normtijd = 1 minuut echte tijd. Dit is lastig, maar indien mogelijk zitten hieraan wel een aantal potentiële (extra) voordelen:

- Het geeft consistentie en vereenvoudigt het normtijdenonderhoud en de herkenbaarheid van normtijden.
- Het geeft een mogelijkheid van inzicht in de verhouding tussen werkzame fte's en norm-fte's o.b.v. zorgverlening-benchmarking (zie voor toelichting bijlage 3).

- Het maakt een betere controle mogelijk van de mate waarin alle tijdsbesteding aan zorgverlening-productie goed in normtijden is verwerkt. Dus niet alleen normtijden van de verrichtingen zelf maar ook van de daarmee samenhangende tijdsbesteding, zoals voorbereiding, diagnostiek, behandeling, vervolggconsulteren, overlegtijd, administratie, etc. (zie bijlage 3).
- Het is hierbij mogelijk om de landelijk vastgestelde normtijden te gebruiken bij kostprijbepaling, waardoor de door de NZa vastgestelde (met ook koppeling aan het vigerende NZa-uurtarief medisch specialisten) en lokaal overeengekomen tarieven beter aansluiten.

Er zijn echter ook risico's en knelpunten bij het uitdrukken van normtijden in echte tijdsminuten, zoals:

- Het risico op oneigenlijk gebruik van normtijden voor het bepalen van werkbelasting en werkzame fte-waarden van vakgroepen door andere partijen. Hierbij is een risico dat men dan niet alle zorgverlening-activiteiten en werkzaamheden van de medisch specialist heeft meegenomen in de zorgverlening(productie)-benchmark en dat ook niet patiënt-gerelateerde en overige werkzaamheden hierin ontbreken.
- Het risico van oneigenlijk vergelijken tussen specialismen.
- Een knelpunt is de lastig exact vast te stellen normtijden, die *gemiddelden* van tijdsbesteding van de zorgverlener(s) aan zorgverlening-activiteiten zijn. Er zal, door diverse omstandigheden en zowel per zorgverlener, patiënt en per periode, altijd enige lokale spreiding van werkelijke tijdsbesteding van de zorgverleners per zorgproduct blijven. Dit o.a. door variatie in behandelingen bij dezelfde diagnosecategorieën, ook binnen hetzelfde specialisme.
- Het feit dat niet alle tijdsbesteding van de zorgverlener aan zorgverlening-activiteiten in normtijd is te vangen is ook een knelpunt. Dit laatste is overigens zowel het geval bij puur relatieve normtijden als bij normtijden die als uitgangspunt het uitdrukken in echte tijdsminuten hebben.

Verdieping van de in deze handreiking genoemde risico's en knelpunten m.b.t. normtijden, met een aantal veel gestelde vragen en antwoorden daarop, staan in bijlage 1.

Ervaringen om te komen tot realistische normtijden hebben bij diverse wv-en geleerd dat dit soms weliswaar complex, maar wel haalbaar is. Bij een aantal specialismen is het ook gelukt om te komen tot normtijden die in beginsel uitgedrukt zijn in echte tijdsminuten. Als dat bij een specialisme inderdaad lukt, blijkt dat te leiden tot overzichtelijker, inzichtelijker en eenvoudiger normtijdenonderhoud en ook tot gemakkelijker normtijden toekenning bij nieuwe en qua normtijd te corrigeren zorgproducten. Het is echter aan elke wv zelf om een inschatting te maken of het al dan niet (op termijn) haalbaar is om te komen tot het uitdrukken van normtijden in echte tijdsminuten. De wv is immers, als genoemd, eigenaar van de eigen normtijden en verantwoordelijk voor het normtijdenonderhoud. Ook het zorgen voor afdoende draagvlak bij de eigen achterban en het (samen met LOGEX) eventueel uitzetten van een tijdspad hiervoor is aan de wv zelf.

Kennis van en inzicht in normtijden en benchmarking

Normtijden lijken in toenemende mate gebruikt te worden, ook door andere partijen dan medisch specialisten. Het is daarom essentieel dat niet alleen besturen van medisch specialisten kennis van en inzicht hebben in (de waarde van) normtijden, maar dat dit ook aanwezig is binnen vakgroepen van medisch specialisten zelf. De basis van de normtijd-systematiek moet goed uit te leggen zijn: zowel intern in de eigen zorginstelling als aan andere partijen en relevante stakeholders. Het gaat bij normtijden uiteindelijk om het geheel van de tijdsbesteding aan zorgverlening met alle daaraan gerelateerde werkzaamheden: patiënt-gerelateerde, conditionele- en niet patiënt-gerelateerde werkzaamheden met de tijd die daarvoor nodig is. Dit zoals beschreven in de paragraaf 'Tijdsbesteding in normtijden versus algehele tijdsbesteding en werkzame uren medisch specialist'. Verder spelen ook (veranderingen in) zorgzwaarte en ervaren werkdruk daarbij een rol.

Bij benchmarking moet sprake zijn van een aantal randvoorwaarden: betrouwbare data, exclusieve vergelijking van vakgroepen van hetzelfde specialisme binnen een voldoende aantal qua zorgprofiel vergelijkbare zorginstellingen, en een zuivere fte-opgave. Een vergelijking *tussen* verschillende specialismen is niet mogelijk (zie de Federatie handreikingen [Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel](#) en [Fte-model voor medisch](#)

specialisten). Verder zijn de beschikbaarheid van een afdoende aantal en daarbij homogeniteit van zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten, en in hun settings, essentieel bij benchmarking. Benchmarking is bij de meeste medisch specialismen adequaat mogelijk maar in sommige situaties zijn hierbij ook (weerbarstige) beperkingen aanwezig.

Het is belangrijk dat men zich realiseert dat benchmarks en normtijden zijn (door)ontwikkeld vanuit en voor algemene ziekenhuizen. Normtijden zijn weliswaar ook de basis van (gemiddelde) tijdsbesteding voor academisch werkende medisch specialisten. Maar daarin zijn diverse aspecten van hun werkzaamheden niet te vangen in normtijden, meer uitgesproken dan in algemene ziekenhuizen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de vele en toegenomen niet-registreerbare multidisciplinaire overlegvormen. Ook is bij academisch werkende specialisten bijvoorbeeld de uitsplitsing van hun kerntaken patiëntenzorg, onderwijs en wetenschap vaak lastig. Dit is onder meer van belang bij werklastbepaling en -duiding van medisch specialisten en hun vakgroepen, in relatie tot veilig en gezond werken en duurzame inzetbaarheid van de medisch-specialistische zorgverlener.

Kennis, inzicht en het samen bespreken van normtijden en benchmarking door gremia van medisch specialisten met bijvoorbeeld het ziekenhuismanagement is randvoorwaardelijk voor wederzijds begrip. Dit zal de kans op verkeerde interpretaties verminderen. Daarbij zal benchmarking (van de medisch specialist), o.b.v. normtijden of anderszins moeten worden gedaan door een onafhankelijke externe partij. Dat wil zeggen, een externe partij met voldoende kennis, kunde en ervaring m.b.t. normtijden en benchmarking én die over kennis van de medisch-specialistische werkwijze en taken beschikt. De gebruikte benchmarksysteem dient inzichtelijk te zijn voor de medisch specialisten, en de interpretatie van de resultaten dient altijd samen met hen te worden gedaan. Benchmarking en gebruik van normtijden door partijen zonder de benodigde expertise kan leiden tot onjuiste interpretaties van stuurinformatie en kan leiden tot onjuiste beleidskeuzes.

HOOFDSTUK 1

Achtergronden en betekenis normtijden

WAT ZIJN NORMTIJDEN IN DE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG EN WAARVOOR WORDEN DEZE GEBRUIKT?

Normtijden zijn een belangrijke maat voor en drager van de *gemiddelde* tijdsbesteding van de medisch specialist bij verrichtingen (zorgactiviteiten en zorgproducten) en de setting waarin die plaatsvinden. Normtijd is nog steeds deels een equivalent voor het honorariumaandeel van de medisch specialist in verdeelsystematiek, ook al is dat in de integrale tarieven sinds 2015 niet meer separaat zichtbaar. Bovendien is normtijd niet de enige bepaler van honorarium of fte-formatie van medische specialisten. Normtijden zijn via o.a. norm-fte's van belang voor het honorarium(deel) en daarmee fte-aandeel vanuit zorgproductie-activiteiten van vrijgevestigd medisch specialisten en van belang voor de fte-formatie van dienstverband medisch specialisten. Daardoor zijn zij medebepalend voor de zorginstellingkosten en zijn normtijden mede de basis voor het kunnen bepalen van kostprijzen van o.a. de declarabele verrichtingen van de zorginstelling. Normtijden worden ook benoemd in de NZa-regelgeving en kunnen eventueel gebruikt worden in de vaststelling door de NZa van tarieven medisch-specialistische zorg. Hierbij zijn de zorgactiviteiten in de zorgprofielen van dbc-zorgproducten bepalend, m.n. in het gereguleerde A-segment. Dit geldt zowel voor vrijgevestigd als voor dienstverband medisch specialisten.

HOE WORDEN NORMTIJDEN VASTGESTELD EN WELK BELANG HEBBEN ZE?

Normtijden worden vastgesteld door (deskundigen van) de betreffende wv o.b.v. relatieve of absolute 'versleuteling' van de gemiddelde tijdsbesteding van de medisch specialist bij verrichtingen en in de betreffende setting. De wv is eigenaar van de door hen vastgestelde normtijden en verantwoordelijk voor juiste en gebalanceerde normtijden. Normtijden en benchmarks zijn (door)ontwikkeld vanuit en voor algemene ziekenhuizen. Normtijden zijn weliswaar ook de basis van (gemiddelde) tijdsbesteding voor academisch werkende medisch specialisten, maar daarin zijn diverse aspecten van hun werkzaamheden niet te vangen in normtijden, zoals de vele en toegenomen niet-registreerbare multidisciplinaire overlegvormen. Ook is bijvoorbeeld de uitsplitsing van hun kerntaken patiëntenzorg, onderwijs en wetenschap vaak lastig. Zoals in de volgende paragraaf staat genoemd, is ook in algemene ziekenhuizen het aandeel van niet-registreerbare tijdgebonden activiteiten en (multidisciplinaire) overlegvormen toegenomen, en is de relatie tussen werkzaamheden uitgedrukt in normtijden en de totale tijdsbesteding aan zorg beslist geen 100%.

Normtijden zijn *tussen* medisch (sub)specialismen in beginsel *niet* vergelijkbaar, net zomin als de meeste werkzaamheden, verrichtingen (diagnostiek en behandelingen) en verhouding tussen de settings met de daarbij behorende (gemiddelde) tijdsbesteding tussen medisch specialismen dat niet zijn. Wel zijn normtijden vergelijkbaar *binnen* medisch (sub)specialismen en zijn ze ook op die basis opgesteld. Naast voor het kwantificeren van de (gemiddelde) tijdsbestedingen van de medisch specialist aan bestaande zowel als nieuwe verrichtingen, worden normtijden ook gebruikt bij benchmark- en verdeelsystematiek, het opstellen van capaciteits- en zorgverlening-productiebegrotingen en kunnen zij eventueel gebruikt worden bij kostprijsberekeningen.

Juiste normtijden toekenning is van belang vanwege:

- Een goede normtijdenbalans tussen de verschillende verrichtingen en settings binnen het specialisme beperkt casemixverschillen per tijdseenheid binnen dezelfde vakgroep en binnen eenzelfde specialisme.
- Samen met een goede normtijdenbalans zorgen juiste normtijden voor het behouden van evenwicht in zorgverlening-productie bij situaties met zorgverschuiving/-verplaatsing en voor het (optimaal) kunnen leveren van passende zorg.

Bij eenvoudige zorgactiviteiten zal de gemiddelde tijdsbesteding aan de verrichting redelijk homogeen zijn en een beperkte (lokale) spreiding hebben in de uitvoering ervan. De normtijden die aan dbc-zorgproducten zijn toegekend zijn eveneens gemiddelden. En deze zijn een optelsom van de gemiddelde tijdsbesteding van de medisch specialist aan de verschillende verrichtingen die binnen dat dbc-zorgproduct (kunnen) worden gedaan. Dit geeft het zorgprofiel van dat dbc-zorgproduct weer. Omdat in de uitvoering van dbc-zorgproducten niet altijd alle en/of dezelfde zorgactiviteiten zullen worden verricht, kennen dbc-zorgproducten vaak een grotere (lokale) spreiding in

werkelijke tijdsbesteding dan enkelvoudige zorgactiviteiten. Dat hangt vooral samen met de (in)homogeniteit, mate van eenduidigheid en gedetailleerdheid, en het aantal zorgactiviteiten dat binnen een dergelijk zorgproduct kan worden uitgevoerd. Deze spreiding is vooral zichtbaar bij complexere behandelingen en ingrepen met vaker duidelijke casemix verschillen, het aanwezig zijn van veel subspecialisaties, etc. en is ook zichtbaar in (lokale) variatie in behandelingen bij dezelfde diagnosecategorieën. Verder zal de (lokale) tijdsbesteding verschillen per zorgverlener, patiënt en periode.

Omdat lokale tijdsbesteding nogal wisselend kan zijn, is het van belang dat de normtijden van zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten centraal door de wv worden vastgesteld o.b.v. gemiddelden van tijdsbesteding. Deze vaststelling gebeurt o.b.v. de gemiddelde zorgactiviteit-zorgprofielen van de dbc-zorgproducten uit de landelijke data van het voorafgaande jaar. Deze data ontvangt LOGEX van de ziekenhuizen en zijn in een later stadium ook in de Vektis data en Open DIS data na te zoeken. In deze landelijke data zijn in het zorgprofiel de gemiddelden van alle in dit dbc-zorgproduct aanwezige registreerbare (zorg)activiteiten verzameld, van zowel het eigen (poort)specialisme als van andere (ondersteunende) specialismen die daaraan een bijdrage hebben geleverd (zie figuur 1 met toelichting).

Het toekennen van de gemiddelde tijdsbesteding in normtijd aan zorgactiviteiten is daarbij essentieel. De toe kennen normtijd van dbc-zorgproducten kan daar deels van afgeleid worden. Maar daarin moet ook de tijdsbesteding van ermee samenhangende activiteiten meegenomen worden waaraan geen aparte normtijd is toegekend (zie ook de toelichting bij figuur 1). Dit laatste is, als uitzondering, echter niet mogelijk bij het ondersteunend specialisme anesthesiologie. Daarnaast kan de wv waar nodig, bij het normtijdenonderhoud handmatige correcties toepassen, o.a. op basis van zogenaamde 'rekenregels'. Op die wijze kan via de normtijden de totale gemiddelde tijdsbesteding van de medisch specialist aan de patiënt-gerelateerde zorgverlening met de daaraan aanpalende activiteiten zo volledig mogelijk worden vastgelegd in dbc-zorgproducten (zie ook de volgende paragraaf). Verder moet bedacht worden dat het type ziekenhuis/zorginstelling en de daar aanwezige speerpunten van invloed kan zijn op het zorgprofiel. En dat om die reden alleen vakgroepen van eenzelfde specialisme in vergelijkbare ziekenhuizen in benchmarking betrouwbaar kunnen worden meegenomen. Het van invloed zijn van het type ziekenhuis/zorginstelling en speerpunten op de zorgprofielen speelt in academische centra nog sterker dan in algemene ziekenhuizen. Het is goed dat men zich dit realiseert bij de duiding van normtijden, het gebruik hiervan in benchmarking-systematiek, bij de beoordeling van de werkbelasting van medisch specialisten (en andere zorgverleners met de poortfunctie) en bij gebruik in overige situaties. Daarnaast is bij benchmarking een zuivere fte-opgave eveneens randvoorwaardelijk (zie de Federatie handreiking [Fte- model voor medisch specialisten](#)). Normtijden lijken toenemend gebruikt te worden, o.a. voor benchmarking (ook door andere partijen dan medisch specialisten) waardoor de hierboven beschreven achtergronden belangrijk zijn in de toepasbaarheid van normtijden en duiding daarvan.

Figuur 1. Vaststelling normtijden:

Vaststellen normtijden op profiel – via LOGEX normtijdentool¹

Weegfactor: normtijd per zorgproduct is een objectief meetinstrument die binnen het specialisme de relatieve zorgwaarde bepaalt

Licht ambulans = 15 minuten

Categorie	Code	Normtijd	Gemiddeld profiel	Gewogen normtijd
Polikliniek	Policontact	15 minuten	1x per zorgproduct	15 minuten

Operatief = 300 minuten

Categorie	Code	Normtijd	Gemiddeld profiel	Gewogen normtijd
Polikliniek	Policontact	15 minuten	2x per zorgproduct	30 minuten
Kliniek	Klinische opname	35 minuten	1x	35 minuten
	Verpleegdag	15 minuten	4x	60 minuten
Behandeling	Operatieve verrichting	160 minuten	1x	160 minuten
Diagnostiek	CT-scan	30 minuten	0,5x (1 op 2 patiënten)	15 minuten

Toelichting figuur 1:

Normtijden worden vastgesteld o.b.v. gemiddelde landelijke (zorg)profielen per specialisme. In deze (zorg)profielen zijn de normtijden en de (gemiddelde) vulling van de zorgactiviteiten van het eigen (poort)specialisme en eventuele

(zorg)activiteiten van een ander (al/niet ondersteuner) specialisme bepalend voor de normtijd van het betreffende zorgproduct. Van belang is dat in die zorgactiviteiten niet alleen de gemiddelde tijdsbesteding van de verrichting zelf (polibezoek of ingreep) opgenomen zijn, maar ook zoveel mogelijk daarmee samenhangende gemiddelde tijdsbesteding aan aanpalende activiteiten. Dit is tijdsbesteding die ook direct gerelateerd is aan de betreffende zorg voor de patiënt. Denk aan voorbereiding, beoordeling onderzoeken, time-out, verslaglegging, overleg, etc. voor zover die niet apart registreerbaar zijn via een (NZa-)zorgactiviteit met een eigen normtijd.

Figuur 2. Normtijden belang en gebruik:



Historie, achtergronden en functie

1. Normtijden worden gebruikt bij:

- Capaciteitsmodel (zorgverlening/productie en capaciteitsbegroting)
- Kostprijsbepaling (en vaststelling tarieven)
- Benchmarking en verdeelsystematiek
- Verhouding in tijdsbesteding bij verschillende soorten verrichtingen

2. Goede realistische normtijdentoekening is van belang voor:

- Normtijdenbalans/minuutneutraliteit
- Casemix-stabiliteit
- Zorgverschuiving/verplaatsing
- Het (optimaal) kunnen leveren van passende zorg

TIJDSBESTEDING IN NORMTIJDEN VERSUS ALGEHELE TIJDSBESTEDING EN WERKZAME UREN MEDISCH SPECIALIST

Normtijden kunnen in beginsel alleen toegekend worden aan zorgactiviteiten, dbc-zorgproducten en overige zorgproducten die opgenomen zijn in de NZa-regelgeving. Het totaal van normtijden per specialist in een gegeven jaar is daarom alleen de weergave van het deel van de (gemiddelde) tijdsbesteding van de betreffende medisch specialist wat via deze zorgactiviteiten, zorgproducten en overige zorgproducten te registreren is. Activiteiten waarvoor geen door de NZa opgestelde registratiecode bestaat, worden hierin dus niet meegenomen. In deze normtijd hoort naast de gemiddelde tijdsbesteding aan polibezoeken, dagbehandeling, kliniek, ingrepen, etc. zelf ook de gemiddelde tijdsbesteding aan bijvoorbeeld voorbereiding, het aanvragen en beoordelen van diagnostiek, overlegtijd en administratietijd te zijn opgenomen. Dit is echter niet bij alle specialismen volledig gerealiseerd. De zorgactiviteiten van andere (ondersteunende) specialismen worden gekoppeld aan de dbc van de poortspecialist (waarin echter voor het ondersteunend specialisme anesthesiologie geen administratie- of overlegtijd is opgenomen). De tijdsbesteding van medisch specialisten aan zorgactiviteiten die niet geregistreerd of hierin meegenomen (kunnen) worden, zijn dus ook niet meegenomen in het totaal van normtijden. Daarom is uit normuren niet de gehele tijdsbesteding van medisch specialisten in hun dagelijkse praktijk af te leiden.

Er zijn verschillende activiteiten die niet via reguliere registratiecodes van de NZa zijn vast te leggen en daarmee buiten de normtijden vallen. Enkele voorbeelden hiervan, indicatief en niet-limitatief, zijn:

- Taken als vakgroep roostering, -overleg en visitatie, commissiewerk, en dergelijke. De laatstgenoemde werkzaamheden vallen (i.i.g. deels) onder 'conditionele patiëntenzorg- en praktijk gerelateerde werkzaamheden' (categorie 1.b werkzaamheden in de Federatie handreiking [Fte-model voor medisch specialisten](#) van 2021).
- Andere niet patiënt-gerelateerde taken, zoals onderwijs, onderzoek, specifiek specialisme-overstijgend commissie- en bestuurlijk werk.

- Toename van administratielast in algemene zin, die veelal maar ten dele in normtijden is te registreren.
- Toename van overlegmomenten zowel binnen als buiten het ziekenhuis die niet te registreren zijn via NZa-registratiecodes met toegekende normtijd. De gemiddelde normtijd komt niet altijd exact overeen met de lokale werkelijke tijdsinvestering aan de betreffende zorgactiviteit of zorgproduct. Sommige verrichtingen, zoals mdo's binnen een specialisme met subspecialisaties, tussen twee specialismen en regionale mdo's, voldoen niet aan de NZa-definitie voor registratie. Deze worden wel uitgevoerd, maar kunnen niet geregistreerd worden. Daardoor kan de tijdsbesteding hieraan niet automatisch meegenomen worden in de normtijden.
- Verder zijn er innovaties waar wel tijdsinvestering van medisch specialisten in zit maar die nog niet als reguliere zorgprestaties zijn opgenomen in de NZa-regelgeving. Hieraan is dus normaal gesproken ook nog geen normtijd toe te kennen. Het is echter wel wenselijk dat hier reguliere NZa-zorgprestaties voor worden aangemaakt die (op termijn) van normtijd kunnen worden voorzien.

Hieruit volgt dat de tijdsbesteding van een medisch specialist voor een (belangrijk) deel niet in normtijden is te vangen. Het precieze aandeel van niet in normtijden registreerbare activiteiten in de tijdsbesteding van medisch specialisten is lastig te bepalen (zie verder ook vraag en antwoord 6 in bijlage 1) en kan sterk variëren. Daarnaast zijn er al langer signalen van medisch specialisten en hun wv-en over een aanzienlijk gestegen zorgzwaarte door o.a. de toenemende vergrijzing en multimorbiditeit, de toegenomen technologische mogelijkheden, en de verschuiving van minder complexe medisch-specialistische zorg naar taakherschikkers en de eerste lijn. Dit leidt tot een hogere gemiddelde tijdsbesteding per patiënt en ook daarop moeten de normtijden aangepast worden. Een knelpunt daarbij is dat het dbc-zorgproduct daarvoor dan te licht is en het vigerende tarief te laag. Verder dat dit dan niet goed zichtbaar is in (norm) fte-waarden bij benchmarking omdat dit wegvalt in de onderlinge vergelijking. Dit kan echter wel (deels) zichtbaar gemaakt worden door de benchmark (norm)waarden van jaar op jaar te vergelijken.

HOOFDSTUK 2

Toelichting aanpassingen normtijdenonderhoud

De sinds 2023 door de Commissie Verdeelmodel en normtijden opgepakte onderwerpen m.b.t. aanpassing van normtijdenonderhoud worden hieronder toegelicht en onderbouwd. Goed normtijdenonderhoud is belangrijk en maakt aanpassing aan veranderende (NZa-)regelgeving, technische en organisatorische ontwikkelingen, etc. mogelijk. Dat zal in elk geval blijven gelden zolang de dbc-systematiek en tarifiering per zorgactiviteit en dbc-zorgproduct blijft bestaan. Herkenbare normtijden geven inzicht in het al dan niet aanwezig zijn van een goede en uitlegbare balans in normtijden tussen de diverse verrichtingen vormen van consultering, diagnostiek, conservatieve en invasieve/operatieve behandelingen en ook de settings (ambulant, klinisch, operatief, etc.) waarin deze plaatsvinden. Er is een drietal onderwerpen, waarbij aanpassingen m.b.t. de normtijden en het normtijdenonderhoud zijn toegepast met technische ondersteuning door LOGEX:

1. intensiveren normtijdenonderhoud;
2. normtijdenbalans bewerkstelligen/behouden;
3. (streven naar) realistische normtijden en/of normtijden met als uitgangspunt echte tijdsminuten.

Deze onderwerpen en de aanpassingen daaraan worden in dit hoofdstuk achtereenvolgens besproken en toegelicht.

1: INTENSIVEREN NORMTIJDENONDERHOUD

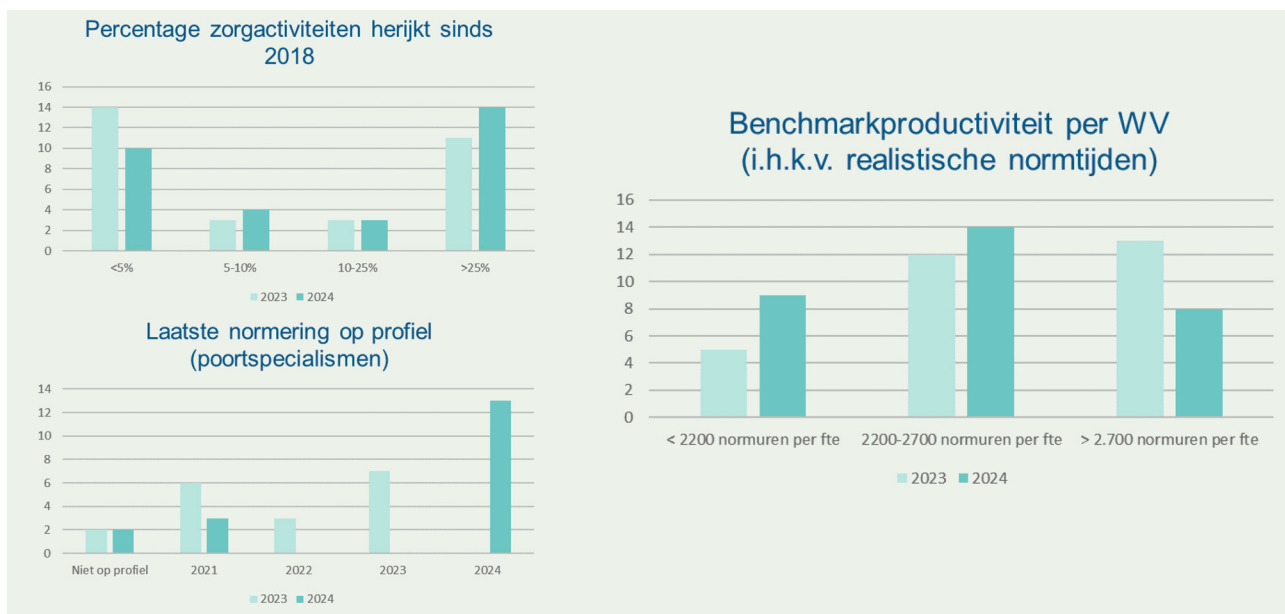
Uit de ervaringen van LOGEX met de normtijdenonderhoud-trajecten van de laatste jaren (2018-2024) blijkt dat normtijdenonderhoud qua frequentie en intensiteit nogal verschilt tussen wv-en (zie figuur 3). Daarbij wordt herijking o.b.v. zorgprofielen en zorgactiviteiten breed toegepast maar ontbreekt veelal een relatie tussen normtijden en werkelijke tijd. Openstaande uitdagingen zijn gedeelde zorgproducten, normtijden bij subspecialismen en in umc's, weging van onderlinge dienstverlening, en hoe om te gaan met zorgverschuiving en aanpassingen m.b.t. passende zorg. Onvoldoende frequent en/of intensief normtijdenonderhoud kan leiden tot o.a.:

- onjuiste dan wel achterhaalde (te lage of te hoge) normtijden door onvoldoende aanpassing aan technische, medisch-inhoudelijke of procedurele ontwikkelingen in zorgverlening-activiteiten; en/of
- een onjuiste of verstoorde balans in normtijden tussen conservatieve en invasieve/operatieve diagnostiek en behandelingen en settings; en/of
- ongewenste (toename van) veranderingen in benchmarking, normuren en norm-fte-uitkomsten binnen eenzelfde vakgroep in verschillende jaren en tussen vakgroepen van eenzelfde specialisme in verschillende zorginstellingen. Dit t.g.v. te grote afhankelijkheid van zorgprofiel- en casemix-verschillen.

Een passende relatie tussen normtijden en bestede tijd aan zorgactiviteiten en zorgproducten is altijd belangrijk en aanpassing is nodig als de werkelijke gemiddelde tijdsbesteding van verrichtingen is gewijzigd. Dit door bijvoorbeeld nieuwe technieken, procedures of andere wijzingen, waardoor de gemiddelde tijdsbesteding van de verrichtingen niet meer overeenkomt met die nog in de normtijden daarvan is opgenomen. Dat komt dan tot uiting in de benchmark als de verdeling in c.q. verhouding tussen de verschillende verrichtingen (zorgactiviteiten en zorgproducten) in de vakgroep niet evenredig blijft t.o.v. eerdere jaren. En/of t.o.v. andere vakgroepen van hetzelfde specialisme in vergelijkbare zorginstellingen. Dat kan leiden tot disbalans in benchmarking.

Figuur 3. Evaluatie normtijden herijking

Normtijden evaluatie - overzicht



Toelichting bij figuur 3:

De grafiek linksboven laat de verschillen zien tussen de wv-en in de mate en actualiteit van herijking van zorgactiviteiten in de periode t/m 2024. In de grafiek linksonder wordt het aantal poortspecialisme wv-en getoond per jaar dat zij de laatste normering van gemiddelde tijdsbesteding op zorgprofielen hebben gedaan. In de grafiek rechts worden de verschillen in normuren per fte per jaar van 2023 en 2024 getoond tussen wv-en. Daarbij kunnen de verschillen in normuren per fte per jaar ook veroorzaakt zijn door normtijden die wel of niet in lijn zijn met de werkelijke (gemiddelde) tijdsbesteding.

Om eventuele knelpunten ten gevolge van onvoldoende normtijdenonderhoud te voorkomen is door LOGEX in samenspraak met de Federatie Medisch Specialisten een programma opgesteld voor (aanpassing van) normtijdenonderhoud voor de komende jaren. Dit programma richt zich op het stimuleren van normtijdenonderhoud door wv-en tot een in principe jaarlijkse activiteit. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen een jaarlijks minder intensief/standaard normtijdenonderhoud en een meerjaarlijks intensiever/grondig normtijdenonderhoud (zie figuur 4).

Figuur 4. Vormen van normtijdenonderhoud

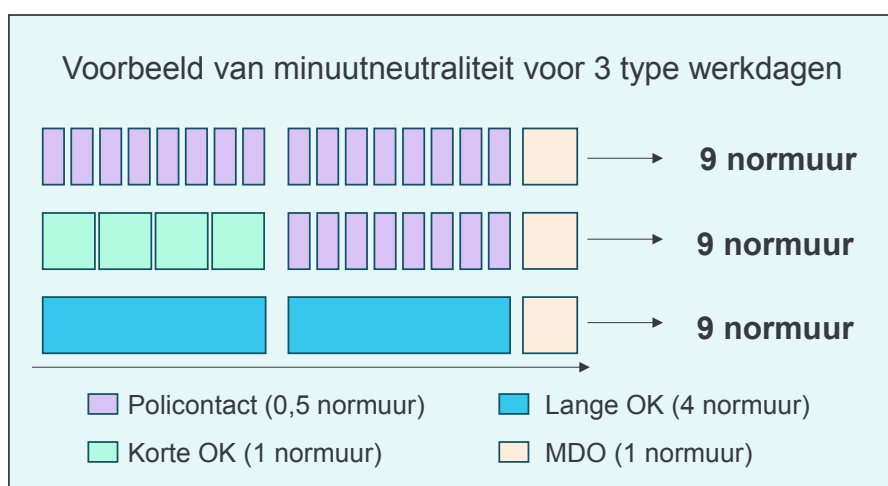
Twee smaken aan normtijdenonderhoud



2: NORMTIJDENBALANS BEWERKSTELLIGEN/BEHOUDEN

Met de termen 'normtijdenbalans' en 'minuutneutraliteit' wordt bedoeld dat de gemiddelde tijdsbesteding uitgedrukt in normminuten in balans dan wel minuutneutraal is tussen de verschillende verrichtingen in de verschillende settings en zorgprofielen. Verrichtingen betreffen (poliklinische en klinische) consulten en de verschillende conservatieve, invasieve/operatieve en diagnostische verrichtingen. Het gaat hierbij om een zo minuutneutraal mogelijke toekenning van normtijden. Dat houdt in dat het in beginsel niet uit zou moeten maken welke verrichting in welke setting je als medisch specialist doet in de zorg aangezien je daarvoor in evenredigheid van de (gemiddeld) bestede tijd een daarmee overeenkomende normtijd kunt registreren. Figuur 5 maakt dit inzichtelijk.

Figuur 5. Voorbeeld van een juiste normtijdenbalans met minuutneutraliteit



Normtijdenbalans kan worden bereikt door een juiste (realistische) normtijden-toekenning gerelateerd aan de (gemiddelde) tijdsbesteding in lijn met de onderlinge verhouding daarin aan zorgactiviteiten en zorgproducten.

Een goede normtijdenbalans dan wel minuutneutraliteit is van belang vanwege:

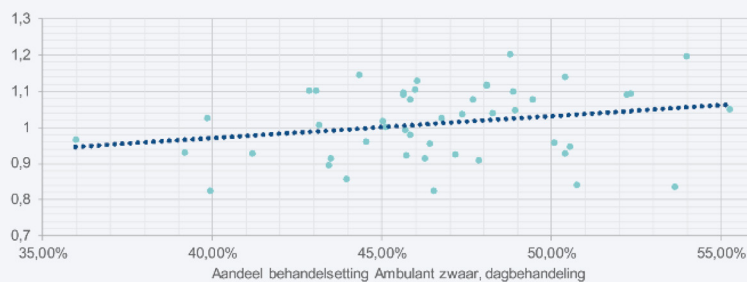
- Het minimaliseren van effecten van casemix-, portfolio- of profielkeuze (door de zorginstelling en/of de vakgroep) verschillen op de totale normuren registratie en norm-fte's.
- Vermindering van jaarlijkse fluctuaties in normuren en norm-fte's bij eenzelfde totale tijdsbesteding van de medisch specialist en de vakgroep (dit geldt voor elk (sub)specialisme) aan declarabele zorgactiviteiten en zorgproducten ondanks het doorvoeren van portfolio-wijzigingen en profielkeuzes.
- Een 'gelijk speelveld' voor vakgroepen van eenzelfde specialisme binnen verschillende kleinere dan wel grotere zorginstellingen, die een verschillend zorgprofiel en verschillende soorten werkzaamheden hebben waarbij gelijke tijdsinvestering moet leiden tot gelijke honorering. Dat kan bij een goede normtijdenbalans behouden blijven ook als er sprake is van verschuiving/verplaatsing van zorg, gewijzigde zorgprofiel keuzes, etc.
- Het voorkomen van eventuele drempels die zouden kunnen ontstaan m.b.t. optimalisering van passende zorg. Dit door bijvoorbeeld relatief hoge normtijden voor invasieve diagnostiek en operatieve ingrepen, t.o.v. relatief lage normtijden voor conservatieve behandeling(en) m.b.v. meerdere polibezoeken en samen beslissen consulten met de patiënt.

Het is onmogelijk om een 100% kloppende minuutneutraliteit in normtijden te bewerkstelligen. Het advies is wel om te streven naar een zo optimaal mogelijke minuutneutraliteit in de normtijden(balans). Om de minuutneutraliteit van de normtijden-toekenning per specialisme te kunnen analyseren heeft LOGEX een aantal (grafische) tools ontwikkeld (zie figuur 6). Deze tools maken het mogelijk om hiervoor per specialisme (binnen dit specialisme) ondersteuning te bieden. En zo gerichte aanpassingen te kunnen doen tijdens het jaarlijkse normtijdenonderhoud in geval van eventuele disbalans in de normtijden-toekenning van de verschillende verrichtingen in de verschillende settings. Hiermee zijn bovengenoemde effecten van casemix-, portfolio- of profielkeuze-verschillen op normuren en bij benchmarking op de norm-fte's en normuren per jaar goed te beperken en zijn ongewenste jaarlijkse fluctuaties die daarmee samenhangen beter te voorkomen. Dit faciliteert bovendien passende zorg doordat er dan in principe geen verrichtingen meer zijn die gezien de werkelijke (gemiddelde) tijdsbesteding 'onterecht' meer normtijd hebben. En als gevolg daarvan dan zwaarder wegen in de normuren en norm-fte's dan andere verrichtingen met eenzelfde of hogere werkelijke (gemiddelde) tijdsbesteding. Een te hoge normtijd-toekenning aan verrichtingen die relatief weinig tijdsbesteding kosten dragen bij aan onrealistische hogere normtijden declaraties en onterecht hogere norm-fte's. En dat kan weer een incentive zijn om daarop te focussen, hetgeen het leveren van passende zorg in de weg zou kunnen staan.

Figuur 6. Kwantitatieve toets minuutneutraliteit o.b.v. de normuren productie per onderzochte behandelsetting, subspecialisme of zorgproduct hoofdgroepen voor poortspecialismen, c.q. clusters van zorgactiviteiten voor ondersteuners. Niet getoond hierbij is: minuutneutraliteitstoets per productie type – DBC, eerstelijnsdiagnostiek (ELD) en onderlinge dienstverlening (ODV) – voor ondersteuners. Zie de toelichting onder de grafieken. NB: deze grafieken zijn opgesteld op basis van dummy data en zijn dus fictieve voorbeelden.

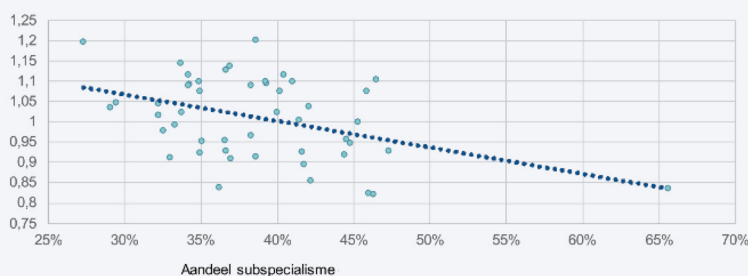
Normtijden toetsing minuutneutraliteit

Correlatie ratio <> behandelsetting

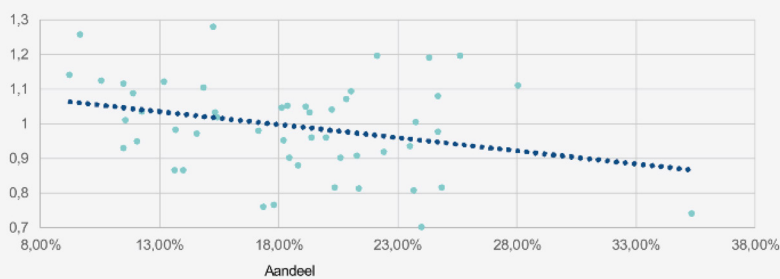


Norm-fte/fte

Correlatie ratio <> aandeel subspecialisme

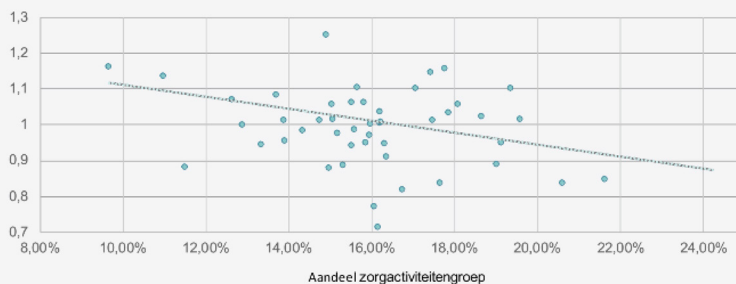


Correlatie ratio <> zorgproduct hoofdgroep



Norm-fte/fte

Correlatie ratio <> aandeel zorgactiviteitengroep



Toelichting bij figuur 6:

Met een correlatie-ratio wordt berekend of er een verband bestaat tussen twee variabelen. In deze grafieken gaat het om het verband tussen het portfolio en/of casemix en de soort productiviteit. Een positieve correlatie betekent dat beide variabelen samen toenemen of afnemen. Een negatieve correlatie betekent dat de ene variabele toeneemt terwijl de andere variabele afneemt. In deze grafieken is op de Y-as de norm-fte per fte-ratio zichtbaar, indicatief voor de productiviteit per fte (en indirect het verdienvermogen). De x-as presenteert de normuren productie per onderzochte behandelsetting, subspecialisme of zorgproduct hoofdgroepen voor poortspecialismen, c.q. clusters van zorgactiviteiten voor ondersteuners. Elk representeert de verschillen in case-mix of portfolio tussen vakgroepen in de benchmark. De datapunten staan voor verschillende vakgroepen binnen een specialisme. In een puntenwolk en met de gemiddelde (regressie)lijn wordt de correlatie tussen beiden getoond. Idealiter is dit een horizontale rechte lijn op de 1,0 norm-fte/fte. Het portfolio en/of de casemix is in die situatie dan niet in disbalans gecorreleerd aan de soort productiviteit (en verdienvermogen).

In de bovenste grafiek van deze figuur is een correlatie tussen behandelsetting (hier ambulanzwaar, dagbehandeling) en de norm-fte/fte-ratio te zien. In dit fictieve voorbeeld is zichtbaar dat het aandeel van deze behandelsetting varieert tussen de 35% en 55% en dat dit in beperkte mate gecorreleerd is met de norm-fte/fte (deze varieert voor de correlatielijn tussen 0,95 en 1,05). De normtijd van deze behandelsetting is dus redelijk minuutneutraal.

De tweede grafiek toont de correlatie tussen het aandeel van normuren van een subspecialisme binnen het getoonde specialisme en de norm-fte per fte-ratio. Ook dit zou idealiter een horizontale rechte lijn zou moeten zijn. In dit geval is het aandeel normuren van het subspecialisme in sterkere mate gecorreleerd aan de norm-fte per fte-ratio: 25% normuren-productie voor dit subspecialisme correspondeert met een norm-fte per fte-ratio van ca. 1,1; een aandeel van 65% met ca. 0,85 norm-fte per fte. Het aandeel normuren voor dit subspecialisme is dus negatief gecorreleerd met de norm-fte per fte. Naarmate het aandeel van het subspecialisme in de (normuren) productie kleiner is, leidt dit tot een hoger aantal norm-fte's, wat onwenselijk is: dat hoort in balans te zijn.

De twee onderste grafieken laten de correlatie tussen het aandeel van een bepaalde zorgproduct hoofdgroep en de norm-fte per fte-ratio respectievelijk de correlatie tussen het aandeel van een zorgactiviteiten groep en de norm-fte per fte-ratio zien bij het geanalyseerde specialisme en laat een slechts licht negatieve correlatie zien tussen de norm-fte per fte-ratio en het aandeel van de hierbij geanalyseerde zorgproduct hoofdgroep respectievelijk zorgactiviteiten groep. Dit is voor elke zorgproduct hoofdgroep en zorgactiviteiten groep van het specialisme te analyseren.

3: (STREVEN NAAR) REALISTISCHE NORMTIJDEN EN/OF NORMTIJDEN MET ALS UITGANGSPUNT ECHTE TIJDSMINUTEN

Zoals eerder (in hoofdstuk 1) genoemd zijn de meeste normtijden *tussen* medisch (sub)specialismen *niet* vergelijkbaar, maar wel vergelijkbaar *binnen* medisch (sub)specialismen en zijn ze ook op die basis opgesteld. In de opdracht van destijds DBC-Onderhoud aan de wv-en voor het in de herijking opstellen van normtijden in 2011-2012 (zie bijlage 4) was wel opgenomen dat normtijden een 'reële normtijd in minuten conform de werklust in de praktijk' zouden moeten zijn. Dit hebben de wv-en naar eigen inzicht en op verschillende manieren ingevuld. Een aantal wv-en heeft destijds bewust echte minuten als uitgangspunt voor de normtijden genomen, diverse andere wv-en niet. Omdat het om relatieve normtijden ('verdeelsleutels') gaat van tijdsbesteding van de ene versus de andere verrichting bij hetzelfde specialisme en er niet tussen specialismen wordt vergeleken, was dat destijds niet een probleem. Er zijn echter tegenwoordig redenen om met meer aandacht naar de (wijze van) toekenning van normtijden te kijken en hierop eventueel actie te ondernemen.

REALISTISCHE NORMTIJDEN

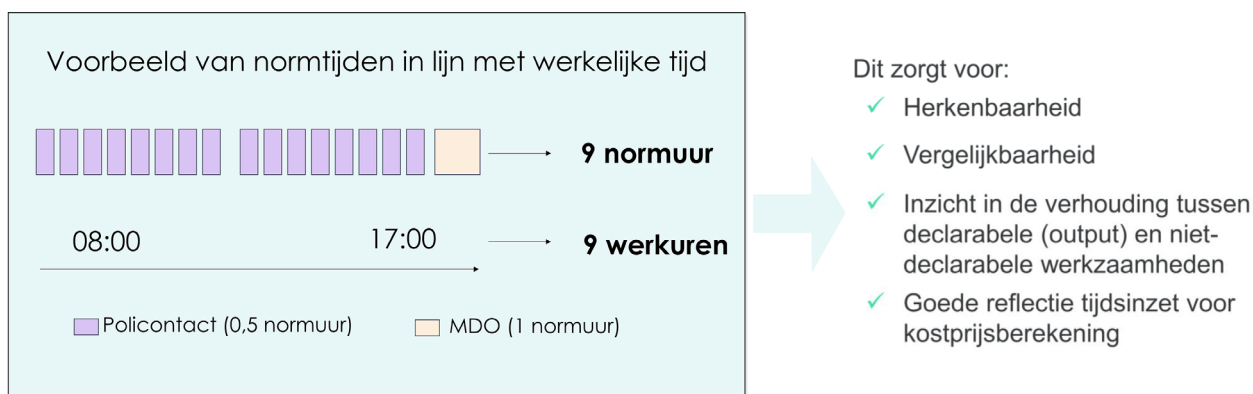
Realistische normtijden zijn normtijden waarbij de gemiddelde tijdsinvestering t.a.v. de verrichtingen en zorgprofielen waar het om gaat zo realistisch mogelijk in normtijd zijn weergegeven, zonder dat deze specifiek hoeven te zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten. Dit leidt dan tot een realistisch aantal normuren per fte medisch specialist aan patiënt-gerelateerde werkzaamheden. Het gaat hierbij om de door de wv zelf toe te kennen landelijke normtijden aan de gemiddelde tijdsbesteding en niet om normering van lokale tijdsbesteding. Het is van belang om realistische normtijden toe te kennen die een zo goed mogelijke relatie hebben met de (gemiddelde) tijdsbesteding van de medisch specialist aan zorgactiviteiten en zorgproducten. Dit geeft de volgende voordelen:

- **Overzichtelijker en eenvoudiger normtijdenonderhoud:** dit is van belang voor de wv, omdat het hanteren van realistische normtijden het normtijdenonderhoud overzichtelijker maakt. Ook vereenvoudigt dit het normeren van nieuwe zorgactiviteiten/zorgproducten en de eventuele aanpassing van bestaande zorgactiviteiten/zorgproducten. Dit maakt daarbij ook de controle van de mate van balans in normtijden (en het aanwezig zijn van minuutneutraliteit) gemakkelijker: komt de tijdsbesteding van en tussen verschillende verrichtingen en settings nog overeen met een realistische tijdsbesteding en klopt de balans in deze normtijden nog wel?
- **Gebruik van normtijden in zorgverlening productie- en capaciteitsbegrotingen:** normtijden worden gebruikt bij het (gezamenlijk met medisch specialistische vakgroepen) opstellen van zorgverlening productie- en capaciteitsbegrotingen, wat met realistische normtijden meer inzichtelijk is.
- **Het leidt tot een realistisch(er) aantal normuren per fte medisch specialist per jaar.**
- **Verbeterde herkenbaarheid en acceptatie van normtijden:** vooral van belang voor inzicht en herkenbaarheid van normtijden bij de achterbannen van de wv-en. Dit met name gezien het grote aantal medisch specialisten dat de herijking van normtijden in 2012 niet heeft meegemaakt en/of de puur relatieve normtijden niet inzichtelijk vindt. Een verbeterde herkenbaarheid van de normtijden van (sub)specialisme voor medisch specialisten kan leiden tot meer begrip en verbeterde acceptatie van normtijden als drager van (een deel van het) honorarium en binnen benchmarkmodellen, gezamenlijke begrotingscycli en capaciteitsmodellen. Voor een goede positionering van medisch specialisten van vakgroepen, zowel binnen gremia van medisch specialisten als extern, is kennis en inzicht van (de waarde van) normtijden en het gebruik daarvan voor alle medisch specialisten en vakgroepen essentieel.

NORMTIJDEN MET (ZO MOGELIJK) ECHTE TIJDSMINUTEN ALS UITGANGSPUNT

Een verder gaande mogelijkheid is het uitdrukken van tijdsbesteding aan verrichtingen en zorgprofielen in normtijden met als uitgangspunt om deze zo goed mogelijk te matchen met echte tijd in minuten (zie figuur 7). Normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten zijn dus normtijden waarbij de gemiddelde tijdsinvestering t.a.v. de verrichtingen en zorgprofielen waar het om gaat als uitgangspunt hebben dat deze (in beginsel) in echte tijdsminuten worden weergegeven. Dit is complexer, heeft meer haken en ogen en is mogelijk niet voor elk specialisme haalbaar (en/of is het draagvlak daarvoor (nog) niet aanwezig). Ook hierbij gaat het expliciet om de door de wv zelf toe te kennen landelijke gemiddelde normtijden en niet om normering van lokale tijdsbesteding. Uiteraard leidt ook dit niet tot eenzelfde gemiddeld aantal normuren per fte per jaar binnen alle vakgroepen en specialismen. Dit is niet mogelijk en ook niet de insteek. Desondanks heeft het daarbij zo goed mogelijk matchen van de gemiddelde tijdsbesteding in normtijden met 'echte' tijdsminuten, oftewel 1 minuut normtijd = 1 minuut echte tijd, wel een aantal (potentiële) voordelen. Dat is zowel voor het specialisme als geheel als voor het normtijdenonderhoud en voor de vakgroepen zelf van belang. Verder geeft dit over het algemeen gezien meer transparantie en inzicht voor alle partijen: voor wv-en m.b.t het normtijdenonderhoud, voor de gremia (zoals msb's) en vakgroepen van medisch specialisten en deels ook voor het ziekenhuis. Naast de hieronder opgesomde (potentiële) voordelen (zie voor verdere toelichting bijlage 2) zijn hierbij echter ook risico's en knelpunten aanwezig, die worden besproken in de volgende paragraaf (na figuur 8).

Figuur 7. Schematische weergave van normtijd uitgedrukt in echte tijd



- Vereenvoudiging en betere inzichtelijkheid normtijdenonderhoud, o.a. door betere herkenbaarheid van normtijden.
- Beter faciliteren van het opstellen van zorgverlening productie- en capaciteitsbegrotingen.
- Beter inzicht in normtijden van 'gedeelde' verrichtingen/dbc-zorgproducten.
- Eenvoudiger vergelijk binnen een (sub)specialisme.
- Potentieel van belang bij het inrichten van sector- en/of domein-overstijgende betaaltitels.
- Beter inzichtelijkheid en herkenbaarheid voor alle medisch specialisten, ook m.b.t. vergelijkingen in historische trends.
- Beter inzicht in en evaluatie van de relatie tussen 'werkzame' fte-formatie en fte-formatie uitkomsten mogelijk o.b.v. de (te registreren/declareren) verrichtingen benchmarking (norm-fte's) binnen een vakgroep respectievelijk specialisme (zie ook verder bij de paragraaf 'Overige aandachtspunten' en bijlage 3).
- Mogelijkheid van gebruik van normtijden voor kostprijs input en waarbij binnen de tarieven van zorgactiviteiten en zorgproducten de gemiddelde tijdsbesteding van de medisch specialist is te relateren aan het vigerend (NZa) uurtarief voor medisch specialisten (normtijden mogen en kunnen worden gebruikt in kostprijsbepalingen door msz zorginstellingen en door de NZa vast te stellen tarieven, zoals opgenomen in de NZa regelgeving!).

Er bestaat dus een verschil tussen realistische normtijden en normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten. Realistische normtijden zijn normtijden waarbij de gemiddelde tijdsinvestering t.a.v. de verrichtingen en zorgprofielen waar het om gaat zo realistisch mogelijk in normtijd zijn weergegeven. Deze normtijden hoeven dus niet uitgedrukt te zijn in echte tijdsminuten. Normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten zijn dat specifiek wel. Met betrekking tot realistische normtijden of normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten is het belangrijk om te noemen dat de toekenning van normtijden aan zorgactiviteiten en zorgproducten bij realistische normtijden zowel als normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten op dezelfde wijze plaatsvindt als bij puur relatieve normtijden. Hierbij wordt voor alle toekenningen van normtijden gebruik gemaakt van landelijke data voor o.a. gemiddelde zorgprofielen van zorgproducten (zoals beschreven in de paragraaf 'Hoe worden normtijden vastgesteld en welk belang hebben ze?' in hoofdstuk 1).

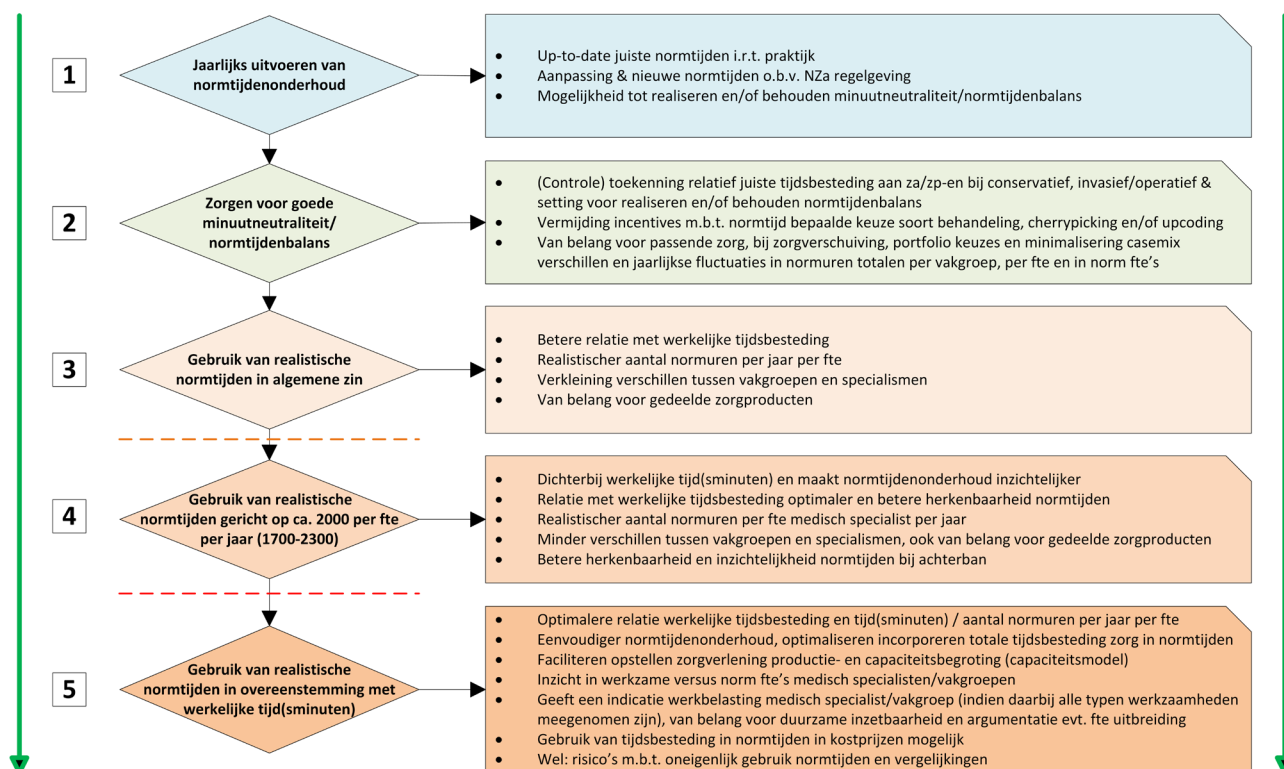
GÉÉN IMPACT VAN DE WIJZE VAN UITDRUKKEN VAN NORMTIJDEN OP NORM-FTE WAARDEN

Het is van belang om te benoemen dat het overgaan van alleen relatieve normtijden naar realistische normtijden dan wel naar normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten, op zich geen invloed heeft op norm-fte berekeningen bij benchmarking. De verhoudingen tussen de normtijden van verrichtingen wijzigt daarmee immers niet omdat die ook dan t.o.v. elkaar relatief hetzelfde blijven. Omdat dit voor het betreffende specialisme landelijk op dezelfde wijze wordt omgezet blijven norm-fte berekeningen en uitkomsten hetzelfde, ook na omzetting van puur relatieve normtijden naar realistische normtijden of tijdsminuten die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten. Het omzetten van puur relatieve normtijden (die als normtijd getal soms weinig zeggend zijn) naar realistische normtijden of naar normtijden met als uitgangspunt echte tijdsminuten/uren op zich leidt dus niet tot wijzigingen in benchmarkresultaten. Aanpassingen in het normtijdenonderhoud die worden gedaan om de normtijdenbalans te verbeteren kunnen natuurlijk wel leiden tot verschillen in norm-fte waarden per vakgroep, maar dat is onafhankelijk van op welke wijze normtijden zijn uitgedrukt (zie verder bijlage 3).

De in deze paragraaf genoemde (potentieel) afgeleide effecten/resultaten van realistische normtijden of normtijden met als uitgangspunt echte tijdsminuten zijn afhankelijk van de keuze(s) in normtijdenonderhoud (frequentie en intensiteit), de mate van goede normtijdenbalans en in welke mate normtijden realistisch zijn oftewel het normtijden betreffen die matchen met echte tijdsminuten. Dit is schematisch weergegeven in figuur 8.

1 Voor het toewijzen van honorariumkosten aan kostendragers gebruiken instellingen een tijdsleutel; bij voorkeur een eigen tijdsleutel en wanneer deze niet beschikbaar is, wordt gebruik gemaakt van de landelijk vastgestelde normtijd (Regeling registratie en aanlevering kostprijzen zorgproducten medisch-specialistische zorg - NR/REG-2320).

Figuur 8. Samenvatting potentiële afgeleide te verwachten effecten/resultaten, afhankelijk van gekozen uitgangspunt(en)



RISICO'S EN KNELPUNTEN BIJ AAN VERRICHTINGEN TOEKENNINGEN VAN NORMTIJDEN UITGEDRUKT IN ECHE TIJDSMINUTEN

Het overgaan naar normtijden waarin het uitgangspunt is om de gemiddelde tijdsbesteding van verrichtingen uit te drukken in echte tijdsminuten kan wel risico's inhouden. Eén van die risico's is een oneigenlijk gebruik van deze normtijden door management/raad van bestuur (rvb) van een zorginstelling voor de bepaling van (minimaal) benodigde fte-formaties van vakgroepen. Dat kan eventueel als gevolg hebben dat op basis daarvan fte-formaties worden gedownsized op grond van benchmarking m.b.v. normtijden c.q. normuren per fte per jaar o.b.v. (onterecht) alleen declaratiedata. Dit ondanks het gegeven dat normtijden/uren slechts een deel van de werkzaamheden en werkbelasting van de medisch specialist weergeven, maar niet in deze overweging worden meegenomen. Zoals eerder genoemd in de paragraaf 'Tijdsbesteding in normtijden versus algehele tijdsbesteding en werkzame uren medisch specialist' zijn ook conditionele- en niet patiënt-gerelateerde werkzaamheden onderdeel van het werk van een medisch specialist (zie verder vraag/antwoord 6 van bijlage 1). Daarnaast zijn normtijden - zoals uitgelegd in hoofdstuk 1 - vastgesteld o.b.v. gemiddelden van tijdsbesteding bij zorgactiviteiten en zorgproducten. En waarbij de werkelijke lokale tijdsbesteding varieert per medisch specialist, per patiënt en per periode. Door deze zaken is het exact in kaart brengen van de werkbelasting van medisch specialisten niet o.b.v. een paar simpele getallen mogelijk. Mede vanwege de complexiteit van (de toekenning van) normtijden zal benchmarking van de medisch specialist altijd moeten worden gedaan door een onafhankelijke externe partij met voldoende kennis, kunde en ervaring m.b.t. normtijden, benchmarking en van de medisch-specialistische werkwijze en taken. De gebruikte benchmarksysteematiek moet voor de medisch specialisten inzichtelijk zijn en de interpretatie van de resultaten altijd samen met hen worden gedaan. Benchmarking en gebruik van normtijden door partijen zonder de benodigde expertise kan leiden tot onjuiste interpretatie van stuurinformatie en kan leiden tot onjuiste beleidskeuzes.

Disclaimer: waar werkt benchmarking op basis van normtijden niet goed of niet volledig?**Benchmarking van zorgproductie o.b.v. normtijden is niet altijd goed mogelijk of altijd voldoende betrouwbaar.**

Met betrekking tot het toekennen van normtijden aan gemiddelde tijdsbesteding en het gebruik daarvan bij benchmarking is het van belang hierbij een duidelijke disclaimer te benoemen. Hoewel bij de overgrote meerderheid van medisch specialismen benchmarking goed mogelijk is, is benchmarking bij sommige specialismen wel lastig. Daar zitten bij sommige zorgproducten en/of hun settings beperkingen aan en kun je bij sommige van die specialismen o.b.v. normuren per fte weinig tot beperkt iets zeggen over zorgverlening-productiviteit. Ook zijn norm-fte's niet altijd een adequate afspiegeling daarvan. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een onzuivere fte-opgave (zie de Federatie handreiking Fte-model voor medisch specialisten) en bij specialismen waarbij er een (te) beperkt aantal goed vergelijkbare zorginstellingen is om een afdoende betrouwbare dan wel een volledige benchmarking o.b.v. normtijden te kunnen doen. Ook bij specialismen waarbij het aantal zorgactiviteiten en zorgproducten te gering is om de zorgverlening-activiteiten goed gedetailleerd en gebalanceerd weer te geven en waarbij hierbinnen sterke inhomogeniteit in (gemiddelde) tijdsbesteding aanwezig is, is een (volledige) benchmarking o.b.v. normtijden lastig. Daarbij is een vergelijk van bijvoorbeeld norm-fte's en normuren per fte per jaar bij vakgroepen binnen hetzelfde specialisme niet altijd goed mogelijk c.q. niet voldoende betrouwbaar. Deze laatste situatie maakt het ook lastiger om (gemiddelde) normtijden aan zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten toe te kennen. Daarnaast kunnen lokale (trends in) krimp of groei en/of zorgzwaarte veranderingen/toename die evenredig landelijk binnen het specialisme in de tijd veranderen niet altijd (goed) zichtbaar zijn c.q. wegvallen in de benchmark.

Het blijkt echter dat los van het toekennen van realistische normtijden respectievelijk het uitgangspunt om normtijden uit te drukken in echte tijdsminuten, de trend van fte-formatie beoordeling o.b.v. alleen (declarabele) productiedata door management en rvb's al in diverse ziekenhuizen gaande is en reeds tot ongemakkelijke discussies leidt. Dit komt deels omdat daarin de andere (conditionele en niet patiënt-gerelateerde) werkzaamheden van de medisch specialisten niet of onvoldoende worden meegenomen en deels omdat de kennis van de benchmarkingsystematiek (zoals van LOGEX) bij het ziekenhuismanagement en rvb's onvoldoende lijkt. Het is daarom juist van belang om zelf als vakgroep o.b.v. objectieve data een zo realistisch mogelijk beeld te geven van de totale werkzaamheden en tijdsbesteding van de medisch specialisten, de zorgactiviteiten en zorgproducten en ook alle andere werkzaamheden die niet in normtijden te vatten zijn. Het is ook van belang voor de vakgroepen en wv-en dat er onderzoek naar en bepaling van (trends in) zorgzwaarte wordt gedaan. Dit alles kan samen met goede uitleg over de (on)mogelijkheden van de gehanteerde benchmark systematiek helpen om een te ongenueanceerde benadering m.b.t. fte-formatie bepaling en werkbelasting van medisch specialisten in juiste banen te leiden. En door beleidskeuzes te maken op basis van betrouwbare data.

Andere genoemde risico's zijn dat andere partijen (dan medisch specialisten) toch verschillende specialismen met elkaar gaan vergelijken. Dit is echter niet mogelijk, alleen al vanwege de verschillende soorten werkzaamheden en zorgprofielen die de verschillende medisch specialismen en zelfs ook vakgroepen van eenzelfde specialisme hebben. Het op deze wijze onderling vergelijken van medisch-specialistische vakgroepen van ongelijke specialismen en/of onvergelijkbare zorginstellingen is ook niet mogelijk o.b.v. normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten en totale normuren per fte per jaar. Een ander knelpunt is de situatie waarin bij een specialisme een significant deel van de productie buiten het zicht van de (LOGEX) benchmark plaatsvindt en dus niet meegenomen wordt in de normtijden. Dit wordt geadresseerd in vraag/antwoord 9 van bijlage 1.

OVERIGE AANDACHTSPUNTEN

Er is nog een aantal specifieke aandachtspunten die hieronder benoemd worden. Het gaat hierbij om het issue van niet-registreerbare/declarabele activiteiten en tijdsbesteding en het aangeven van een indicatieve verhouding van normtijden tot werkelijke (gemiddelde) tijdsbesteding en totaal aantal normuren per fte per jaar.

Issue van niet-registreerbare/declarabele activiteiten en tijdsbesteding

De combinatie van (jaarlijks) goed normtijdenonderhoud, goede en bestendige normtijdenbalans en realistische normtijden, en met name normtijden die uitgedrukt kunnen worden in echte tijdsminuten, geeft voor de vakgroepen zelf én de specialismen als geheel een aantal (potentiële) voordelen, zoals bovengenoemd. Daaronder valt de mogelijkheid van een beter inzicht in en evaluatie van de relatie tussen 'werkzame' fte-formatie en fte-formatie uitkomsten o.b.v. verrichtingen benchmarking (norm-fte's). Verdere toelichting hiervan staat in bijlage 3.

Indicatieve verhouding normtijden tot werkelijke gemiddelde tijdsbesteding en totale normuren per fte per jaar

De huidige benchmarkproductiviteit, uitgedrukt in normuren per fte, biedt een **indicatie** van hoe de huidige normtijden zich verhouden tot de werkelijke tijd. Uitgaande van 44 werkweken á 45 uren per week voor (zoals vastgelegd in de AMS; en overeenkomend met 10 dagdelen á 4,5 uur voor vrijgevestigde medisch specialisten) biedt een **indicatief** uitgangspunt van 2000 met een variatie tussen ca. 1700-2300 (c.q. \pm 10-15%) normuren per (1,0) fte een realistisch richtpunt. Dit kan echter nooit per vakgroep en specialisme tot gelijke waarden leiden en er zal per (sub) specialisme en vakgroep een wisselende bandbreedte blijven bestaan.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling en ook niet de insteek van de aanpassingen binnen het normtijdenonderhoud om met het gebruik van realistische normtijden ofwel normtijden toegekend met als uitgangspunt echte tijdsminuten, te komen tot een 'puntlanding' op ca. 2000 normuren per 1,0 fte medisch specialist per jaar. Dat kan namelijk niet: het aantal normuren per fte medisch specialist per jaar zal verschillend zijn en blijven per fte per vakgroep en (sub) specialisme. Dit hangt af van diverse zaken, zoals van de 'productiviteit' en efficiëntie in het werken per medisch specialist, wat ook per jaar nog kan verschillen. Daarnaast is dat ook afhankelijk van andere werkzaamheden zoals conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden (cat. 1.b werkzaamheden, Federatie handreiking [Fte-model voor medisch specialisten van 2021](#)) en van werkzaamheden die in de avond/nacht/weekend (ANW) diensturen worden verricht. Daarbij kan men dan dus onder of boven het indicatieve aantal van 2000 normuren per fte per jaar komen, mede afhankelijk van de compensatie in uren bij de 'vrij-na/voor-dienst' c.q. 'hersteltijd' invulling per vakgroep. In dit licht is de hierboven aangegeven bandbreedte van ca. 10-15% realistisch te noemen.

Bij een veel hoger of lager aantal normuren per fte medisch specialist per jaar dan hierboven indicatief is aangegeven en/of een groot verschil daarin tussen verschillende vakgroepen van eenzelfde (sub)specialisme kan het zijn dat er geen sprake is van onderliggende realistische normtijden, wat bijvoorbeeld het geval is bij een eerder geconstateerd normuren aantal van 6000 per fte per jaar.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1:

Veelgestelde vragen en antwoorden

1. Wat zijn normtijden en wat is het belang ervan?

Normtijden zijn een maat voor en drager van de gemiddelde tijdsbesteding van de medisch specialist aan verrichtingen (zorgactiviteiten en zorgproducten) en de setting (ambulant, klinisch, operatief, etc.) waarin die plaatsvinden. Normtijd is nog steeds, naast andere elementen, deels een equivalent voor het honorariumaandeel in de verdeelsystematiek van de medisch specialist, ook al is dat in de integrale tarieven sinds 2015 niet meer separaat zichtbaar. Normtijden worden ook genoemd in de NZa-regelgeving en soms gebruikt in de vaststelling van tarieven medisch-specialistische zorg. Normtijden en tarieven in de msz gelden voor zowel vrijgevestigd als voor dienstverband medisch specialisten. Normtijden spelen een rol bij diverse onderwerpen zoals benchmarking en waarbij het verdere gebruik en belang ervan wordt benoemd in de paragraaf 'Hoe worden normtijden tegenwoordig vastgesteld en welk belang hebben ze?' in deze handreiking. Normtijden (en benchmarks) zijn (door)ontwikkeld vanuit en voor algemene ziekenhuizen. Normtijden zijn weliswaar ook de basis van (gemiddelde) tijdsbesteding voor academisch werkende medisch specialisten, maar daarin zijn diverse aspecten van hun werkzaamheden (zoals de vele en toegenomen niet-registreerbare multidisciplinaire overlegvormen), zoals ook in algemene ziekenhuizen, niet te vangen in normtijden. En is bijvoorbeeld de uitsplitsing van hun kerntaken patiëntenzorg, onderwijs en wetenschap vaak lastig.

2. Wie is/zijn eigenaar van de normtijden en hoe kunnen deze worden aangevraagd?

Het toekennen van normtijden aan verrichtingen c.q. zorgactiviteiten en zorgproducten, het zorgen voor balans in normtijden, het realistisch zijn van de normtijden en het onderhoud daarvan is vanaf 2012 door DBC-Onderhoud gezien als verantwoordelijkheid van de wv-en voor wat betreft hun (sub)specialisme(n). Dat is niet gewijzigd sinds de overname van de technische ondersteuning van het normtijdenonderhoud van DBC-onderhoud door LOGEX. Hoewel dit (nog) niet als zodanig schriftelijk 'contractueel' is vastgelegd beschouwen zowel LOGEX, de Federatie Medisch Specialisten als de wv-en zelf, de wv als eigenaar van de normtijden voor wat betreft hun (sub)specialisme(n). Normtijden van wv-en zijn meestal niet publiek beschikbaar, maar kunnen wel worden aangevraagd bij de betreffende wv die daarvoor veelal een eigen procedure heeft en vaak een disclaimer m.b.t. het gebruik ervan heeft opgesteld. In die procedure moet soms ook de reden en het doel van het gebruik van de aangevraagde normtijden worden aangegeven. En bij akkoord door de wv uitlevering daarvan (wat via LOGEX kan lopen) wordt vaak enige uitleg en achtergrond meegegeven m.b.t. de normtijden om zo veel mogelijk te voorkomen dat deze ondeskundig en/of oneigenlijk gebruikt gaan worden. De Federatie Medisch Specialisten is niet gemachtigd om normtijden van medisch specialisten te verstrekken.

3. Zijn normtijden eenvoudig vast te stellen en te onderhouden?

Het is en blijft lastig om normtijden voor verrichtingen en met name ook de daarmee samenhangende activiteiten en tijdsbesteding exact vast te stellen. Ook normtijdenonderhoud is niet eenvoudig. Dit mede omdat de werkelijk bestede tijd aan verrichtingen per vakgroep van eenzelfde specialisme in verschillende zorginstellingen verschillend kan zijn door o.a. casemix-verschillen van uitgevoerde zorgactiviteiten binnen dezelfde zorgproducten. Het betreft dus normtijden die zijn vastgesteld o.b.v. *gemiddelde* tijdsbesteding waarbij de werkelijke lokale tijdsbesteding daaraan ook nog verschillend kan zijn per specialist, per patiënt en per periode. Dit hangt m.n. samen met de verschillende complexiteit van operatieve en niet-operatieve verrichtingen, de verschillen en nuances binnen subspecialismen en bepaalde aandachtsgebieden en de variabiliteit van de behandelingen binnen dezelfde diagnosecategorieën. Dit hangt verder ook samen met de mate van gedifferentieerdheid, gedetailleerdheid, eenduidigheid van en het totale aantal zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten en hun zorgprofielen waarmee de geleverde zorgverlening is vast te leggen. Dit hangt verder ook af van het aantal subspecialismen binnen een specialisme. De complexiteit van het vaststellen van gemiddelde normtijden is overigens niet anders bij het vaststellen van normtijden op puur relatieve basis dan het vaststellen van realistische normtijden respectievelijk normtijden die zijn uitgedrukt o.b.v. echte tijdsminuten. In alle gevallen moet gekeken worden naar normtijd o.b.v. de gemiddelde tijdsbesteding die men wil toekennen aan de

verrichting, incl. andere daaraan gerelateerde patiëntenzorg activiteiten zoals die in (landelijke) zorgprofielen kunnen worden weergegeven. Zowel realistische normtijden als normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten faciliteren normtijden onderhoud en maken dat inzichtelijker en beter herkenbaar voor de medisch specialistische achterban. Dat geldt ook bij complexere ingrepen, casemix-verschillen, variatie in behandelingen bij dezelfde diagnosecategorïën, het aanwezig zijn van veel subspecialisaties, etc.

4. Wat houdt (een goede) normtijdenbalans (met optimale minuutneutraliteit) in?

Met de termen 'normtijdenbalans' en 'minuutneutraliteit' wordt bedoeld dat de gemiddelde tijdsbesteding uitgedrukt in normminuten in balans is. En dat normtijden zo optimaal mogelijk minuutneutraal zijn vastgesteld tussen (poliklinische en klinische) consulten, de verschillende conservatieve, invasieve/operatieve en diagnostische verrichtingen en in de verschillende settings en zorgprofielen. Dat houdt in dat het in beginsel niet uitmaakt welke verrichting en in welke setting je dat als medisch specialist doet, aangezien je dan in evenredigheid van de bestede tijd een daarmee overeenkomende normtijd kunt registreren. Het is overigens uit de praktijk gebleken dat het niet mogelijk is om over het geheel van de normtijden van de verrichtingen voor 100% minuutneutraliteit te bereiken, maar optimaliseren daarvan kan veelal wel. Normtijdenbalans en minuutneutraliteit is wat anders dan het aan zorgactiviteiten en zorgproducten toekennen van realistisch zijnde normtijden dan wel het uitdrukken van normtijden in echte tijd tijdsminuten. Een zo optimaal mogelijke normtijdenbalans is altijd belangrijk. Zowel bij puur relatieve normtijden zonder relatie met echte tijdsminuten als bij normtijden die dat wel hebben.

5. Zijn specialismen onderling vergelijkbaar in termen van aantal normuren per fte medisch specialist per jaar?

Specialismen zijn onderling in beginsel *niet* vergelijkbaar o.b.v. normtijden. Het kan wel voorkomen dat verschillende specialismen gedeelde (zorg)activiteiten hebben, die wel vergelijkbaar kunnen zijn. Het gemiddeld aantal normuren per fte medisch specialist per jaar en per vakgroep van eenzelfde specialisme en bij verschillende specialismen is en blijft echter verschillend en is afhankelijk van diverse factoren. Daaronder valt ook de mate van 'productiviteit' en efficiëntie in het werken per medisch specialist, die per jaar en per setting nog kan verschillen. Verder is het aantal te behalen normuren per fte per jaar ook voor een belangrijk deel afhankelijk van de mate waarin de totale tijdsbesteding aan de zorg adequaat in normtijd toegekend is aan de zorgactiviteiten en zorgproducten. De vraag daarbij is of de betreffende normtijd alleen voor de verrichting op zich toegekend is of ook, zoals het zou moeten, voor daarmee samenhangende tijdsbesteding m.b.t. voorbereiding, diagnostiek, behandeling, vervolgsconsulten, overlegtijd, administratie, etc. die gerelateerd is aan c.q. binnen het te declareren zorgproduct valt. Op basis van het aantal normuren per medisch specialist per jaar zijn de specialismen dus onderling al niet vergelijkbaar. Verder is de totale tijdsbesteding aan werkzaamheden ook afhankelijk van de per specialisme verschillende andere, aan het leveren van zorg gerelateerde werkzaamheden. Denk aan conditionele patiëntenzorg- en praktijk gerelateerde werkzaamheden (cat. 1.b werkzaamheden), bestuurlijk werk en werkzaamheden m.b.t. onderwijs en onderzoek (cat. 2 en 3 werkzaamheden) (Federatie handreiking [Fte-model voor medisch specialisten](#) van 2021). En verder is dat afhankelijk van werkzaamheden die in de avond/nacht/weekend (ANW) diensturen worden verricht. Het aantal normuren per medisch specialist per jaar is ook mede afhankelijk van de compensatie in uren bij de 'vrij-na/voor-dienst' c.q. 'hersteltijd' invulling per vakgroep. Er blijft dus altijd een verschil bestaan in het gemiddeld aantal normuren per medisch specialist per jaar tussen vakgroepen binnen eenzelfde specialisme, evenals tussen vakgroepen van verschillende specialismen. Dat verschil is er dus ook t.a.v. de werkzame fte-formatie waarbinnen alle activiteiten van en rondom de zorg gedaan moeten worden en tijdsbesteding daaraan die in norm-fte-formatie is vast te leggen. Zie verder bij vraag/antwoord 6.

6. Kunnen normtijden iets zeggen over de werkbelasting van medisch specialisten/vakgroepen?

De werkbelasting van een medisch specialist is slechts voor een beperkt deel in normuren per fte medisch specialist per jaar uit te drukken, en dan ook alleen als er sprake is van realistische normtijden die een relatie hebben met werkelijke (gemiddelde) tijdsbesteding. Het management van een zorginstelling (of een externe partij) kan dus een fte-formatie niet beoordelen o.b.v. alleen productiedata en normtijden/normuren getallen. De werkbelasting is en blijft namelijk niet alleen afhankelijk van de 'productiviteit' en efficiëntie in het werken per medisch specialist, maar ook van zorgzwaarte (per patiënt) en de mate waarin de totale tijdsbesteding aan de zorg adequaat in normtijd is toegekend aan de zorgactiviteiten en zorgproducten. Bij laatstgenoemde gaat dit dan niet alleen om de verrichting op

zich, maar ook de daarmee samenhangende voorbereiding, diagnostiek, behandeling, vervolggconsulten, overlegtijd, administratie, etc. die gerelateerd zijn aan c.q. binnen het te declareren zorgproduct horen te vallen. De mate waarin de totale gemiddelde tijdsbesteding hiervan via de geregistreerde en gedeclareerde verrichtingen in het zorgprofiel zijn opgenomen is hier dus bepalend. Daarnaast is de werkbelasting sterk afhankelijk van de per specialisme en per vakgroep verschillende, aan het leveren van zorg gerelateerde, andere werkzaamheden. Denk aan conditionele patiëntenzorg- en praktijk gerelateerde werkzaamheden (cat. 1.b werkzaamheden, Federatie handreiking [Fte-model voor medisch specialisten](#) van 2021) en van werkzaamheden die in de avond/nacht/weekend (ANW) diensturen worden verricht. Tenslotte wordt de totale tijdsbesteding aan werk van een medisch specialist ook bepaald door activiteiten die voor de beroepsuitoefening en/of door het ziekenhuismanagement gevraagd worden aan niet patiënt-gerelateerde werkzaamheden. En dit is verschillend per vakgroep (ook van hetzelfde specialisme) in verschillende ziekenhuizen/zorginstellingen. Dit betreft bijvoorbeeld registraties, kwaliteitsprojecten, specialisme-overstijgende samenwerkingsprojecten, passende zorg projecten, onderwijs, onderzoek, bestuurlijk werk, etc. Een zuivere fte-opgave, met onderscheid in categorieën werkzaamheden zoals in bovengenoemde handreiking staat vermeld is dus eveneens essentieel. Daarnaast moet benchmarking überhaupt mogelijk zijn m.b.v. afdoende vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde specialisme (in vergelijkbare zorginstellingen) en afdoende aantal en homogene (qua tijdsinvestering) zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten. Bij vakgroepen medisch specialisten in dienstverband dienen alle soorten werkzaamheden (patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs) binnen de contractueel overeengekomen arbeidsuren te worden gedaan aangezien dat de consequentie is van de overeengekomen werkvorm met de zorginstelling. Dit geldt uiteraard ook voor universitair medisch specialisten. Dit kan bij medisch specialisten in dienstverband verschil geven in normuren output/productie t.o.v. vakgroepen vrijgevestigd medisch specialisten.

Concluderend kan het aantal normuren per fte medisch specialist per jaar vanwege bovenstaande zaken dus maar voor een beperkt deel een indicatie geven van de werkbelasting van de medisch specialist en diens vakgroep. Er is zeker verschil per medisch specialist en vakgroep in de 'werkzame' fte-formatie o.b.v. dagdelen op werkdagen en de fte-formatie die o.b.v. benchmarking (van te registreren/declarabele verrichtingen) in norm-fte's is berekend. Het is bekend dat een deel van de patiëntenzorg gerelateerde werkzaamheden niet in verrichtingen is te registreren. Bijvoorbeeld bij niet als NZa-zorgprestatie (MDO) kwalificerende patiënt-gerelateerde overlegvormen. Deze zijn dan dus ook niet in de normtijden-toekenning meegenomen. De patiëntenzorg gerelateerde tijdsbesteding bestaat dus deels uit in normtijden te 'vangen' werkzaamheden en deels in werkzaamheden die niet in normtijden te 'vangen' zijn. Verder staat dit ook nog los van de hierboven genoemde tijdsbesteding m.b.t. andere werkzaamheden van de medisch specialist aan conditioneel- en aan niet-patiënt gerelateerd werk. Die vergen ook tijd en zijn eveneens niet in de normtijden opgenomen. De totale werkbelasting van een medisch specialist c.q. vakgroep is dus niet simpelweg te bepalen o.b.v. normtijden 'output' c.q. totale normuren. En evenmin zijn vakgroepen binnen eenzelfde specialisme of van verschillende specialismen (al dan niet in dezelfde zorginstelling) via normtijden met elkaar te vergelijken. Daarbij is benchmarking o.b.v. normtijden niet bij alle specialismen altijd adequaat mogelijk (zie de disclaimer in paragraaf 3 van hoofdstuk 2). Tenslotte moet benchmarking van medisch specialisten uitgevoerd worden door een onafhankelijke externe partij met voldoende kennis, kunde en ervaring m.b.t. normtijden, benchmarking én van de medisch-specialistische werkwijze en taken. Daarbij moet de gebruikte benchmarksystematiek inzichtelijk zijn voor de medisch specialisten en de interpretatie van de resultaten altijd samen met hen worden gedaan.

Voor het kunnen aangeven van een indicatie van werkbelasting van medisch specialisten en hun vakgroep, - wat wel een belangrijk punt is in het kader van gezond en veilig werken en duurzame inzetbaarheid - is het dus nodig om alle werkzaamheden die door hen gedaan worden mee te nemen. En samen met de vakgroep te evalueren. Ook moeten zorgzwaarte (trends) en de ervaren werkdruk daarin meegenomen worden.

7. Moeten alle door verschillende specialismen gedeelde zorgproducten dezelfde normtijd toegekend krijgen?

In beginsel is het logisch dat door verschillende specialismen gedeelde zorgproducten bij eenzelfde inhoudelijkheid eenzelfde normtijd krijgen als er sprake is van realistische normtijdentoekening o.b.v. werkelijke gemiddelde tijdsbesteding respectievelijk (zo mogelijk) zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten. Het kan echter zijn dat de complexiteit, omstandigheden en inhoudelijkheid bij dezelfde/gedeelde verrichting c.q. zorgproduct (sterk) verschillen tussen specialismen. Waarbij de (zorg)activiteiten die daarvoor nodig zijn verschillend zijn, en dus ook de werkelijke

tijdsbesteding en normtijd daarbij kan verschillen tussen deze specialismen. In die gevallen is een ongelijke normtijd bij eenzelfde verrichting uitgevoerd door een verschillend specialisme ook te onderbouwen en uitlegbaar. Ongelijksoortige of ongelijke zwaarte van verrichtingen bij verschillende medische specialismen, ook bij eenzelfde/gedeeld zorgproduct, zijn dan niet vergelijkbaar in tijdsbesteding en dus ook niet in normtijd. En daarin is dan ook geen vergelijkingen tussen specialismen mogelijk.

8. Wat is het belang van afdoende intensief normtijdenonderhoud, het behalen en behouden van balans in de normtijden en realistische normtijden (of normtijden die uitgedrukt zijn in echte tijdsminuten) voor specialisten/vakgroepen in kleinere versus grotere ziekenhuizen/zorginstellingen?

Jaarlijks normtijdenonderhoud en een goede normtijdenbalans binnen het specialisme zorgen voor een zo gelijkwaardig mogelijk uitgangspunt voor honorering dan wel (norm) fte-waarden bij specialisten/vakgroepen in kleinere zowel als grotere ziekenhuizen/zorginstellingen. Hierbij kan er sprake zijn van een aanzienlijke variatie in het soort werk van de betreffende medisch specialisten in de verschillende ziekenhuizen/zorginstellingen. Medisch specialisten in kleinere ziekenhuizen/zorginstellingen hebben doorgaans meer poliklinische taken. Terwijl grotere ziekenhuizen/zorginstellingen te maken hebben met complexere zorg en ingrepen vanwege de aard van hun specialisatie en zorgconcentratie, en ook andere taken zoals opleiding en supervisie. Dit zou knelpunten kunnen geven bij onvoldoende normtijdenonderhoud en bij een onjuiste normtijdenbalans, als normtijden niet passend zijn bij werkelijke (gemiddelde) tijdsbesteding in de verschillende settings. Het is namelijk zo dat passende normtijden en een goede normtijdenbalans (met optimale minuutneutraliteit) ervoor zorgen dat de gemiddelde tijdsbesteding per verrichting op een zo evenredig mogelijke wijze kan worden geregistreerd en gehonoreerd. Dit dient (grotendeels) onafhankelijk te zijn van de werkomgeving en of het hier relatief meer poliklinische (vooral in kleinere ziekenhuizen) dan wel relatief meer en complexere operatieve ingrepen (vooral in grote ziekenhuizen) betreft. Een goede normtijdenbalans binnen het specialisme zorgt dus met name voor een 'gelijk speelveld' voor specialisten/vakgroepen in kleinere zowel als grotere ziekenhuizen. Daardoor en daarmee is er sprake van balans in honorering binnen het specialisme, onafhankelijk van het soort werk en de werkomgeving. Ook hierbij kunnen realistische normtijden o.b.v. werkelijke gemiddelde tijdsbesteding of normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten faciliteren doordat daarmee een eventueel onzuivere normtijdenbalans beter inzichtelijk te maken is.

9. Wat is de impact als een significant deel van de productie van een specialisme zich buiten (het zicht van) de benchmark data plaatsvindt en hoe daarmee om te gaan bij het normtijdenonderhoud op zowel korte als langere termijn?

Als hierbij sprake is van patiënt-gerelateerde productie-verrichtingen zou hieraan ook normtijd gekoppeld moeten zijn (realistische normtijd of met als uitgangspunt echte tijdsminuten) en zou dit in de benchmark data meegenomen moeten kunnen worden. Dat maakt het vervolgens mogelijk om ook deze productie in het normtijdenonderhoud te betrekken wat het geheel inzichtelijker en overzichtelijker maakt. Mocht dit niet mogelijk zijn omdat deze data niet beschikbaar zijn (bijvoorbeeld van zbc's), dan is m.b.t. het betreffende specialisme alleen een aparte benchmarking van de wel bekende data van verrichtingen/activiteiten mogelijk. Dat kan dan binnen een vakgroep problemen geven als die zowel in een zorginstelling werkt met bekende productiedata als bijvoorbeeld in een zbc waarvan de productiedata niet bekend zijn. Ook voor het normtijden-onderhoud geeft dat knelpunten omdat maar een deel van de productiedata bekend is. Toch kan ook in die situatie benchmarking mogelijk zijn o.b.v. wel bekende productiedata, zolang de normtijdenbalans maar afdoende op orde is. Het heeft echter sterk de voorkeur dat ook de productiedata van zorginstellingen zoals zbc's (die wel in de Vektis-database worden verzameld) in benchmarking meegenomen kunnen worden. Toch blijft ook zonder dat normtijdenonderhoud van belang om de onderlinge relatieve zwaarte/waarde sleutels via normtijden o.b.v. de gemiddelde tijdsbesteding aan verrichtingen (zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten) op juiste wijze toe te kennen en daarmee de normtijdenbalans in stand te houden.

10. Is het niet afdoende om de normtijden toekenning alleen als interne verdeelsleutel te blijven gebruiken, zonder dat gekeken wordt naar het realistisch zijn hiervan zijn t.o.v. werkelijke gemiddelde tijdsbesteding?

Het kan zeker zo zijn dat het vanaf 2012 bestaande systeem van alleen interne, relatieve verdeelsleutels goed functioneert en men dit zo wil houden. Weerstand tegen realistische normtijden (al/niet uitgedrukt met als uitgangspunt echte tijdsminuten) kan invoelbaar gevoed zijn door zorgen over oneigenlijk gebruik van normtijden (zoals beschreven in de paragraaf 'Risico's en knelpunten bij het aan verrichtingen toekennen van normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten'), ook al is dit niet de insteek en intentie van wijzigingen in het normtijdenonderhoud. Wel blijft ook bij puur relatieve normtijden (zonder relatie met werkelijke tijd) een goede normtijdenbalans van belang. Het streven naar realistische normtijden lijkt daarbij dan verstandig, al was het alleen maar voor het faciliteren van het normtijdenonderhoud en het beter herkenbaar en inzichtelijk zijn van normtijden voor de achterban. Verder zullen realistische normtijden ook leiden tot een realistisch gemiddeld aantal normuren per medisch specialist per jaar. Voordelen/opties die (potentieel) te bereiken zijn, zoals die zijn aangegeven in paragraaf 3 van hoofdstuk 2 ('Streven naar realistische normtijden of normtijden met als uitgangspunt echte tijdsminuten') en in de figuren 7 en 8, zijn zonder omzetting naar realistische normtijden of normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten niet of minder gemakkelijk realiseerbaar. Het streven naar normtijden met als uitgangspunt echte tijdsminuten was overigens al de insteek in 2011-2012 in het traject van de bredere herijking van normtijden (via DBC-onderhoud, zie figuur 10 van bijlage 4). Verder is het de vraag of oneigenlijk gebruik van normtijden tegengehouden kan worden door het vasthouden aan puur relatieve normtijden o.b.v. interne, relatieve verdeelsleutels, zonder relatie met realistische tijdsbesteding (al dan niet uitgedrukt in echte tijdsminuten). Het kan ook zijn dat transparantie o.b.v. realistische normtijden of normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten en het in kaart gebracht zijn van overige (conditionele en niet patiënt-gerelateerde) werkzaamheden en zorgzwaarte (trends), de vakgroepen van de specialismen juist zal helpen om oneigenlijk gebruik van normuren en benchmarking bij fte-formatie beoordeling en werkbelasting van medisch specialisten en hun vakgroepen te voorkomen dan wel te bestrijden. In bovenstaande vraag/antwoord 6 wordt hier uitgebreid op in gegaan.

BIJLAGE 2:

Toelichting potentiële voordelen normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten

Normtijden die (zo goed mogelijk) uitgedrukt kunnen worden in echte tijdsminuten hebben een aantal potentiële voordelen:

- **Leiden tot nog eenvoudiger normtijdenonderhoud en vergroting van herkenbaarheid van normtijden** dan realistische normtijden die niet uitgedrukt zijn in echte tijdsminuten. En faciliteren nog beter het aanpassen en toekennen van normtijden en de herkenbaarheid ervan. Verder zijn normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten potentieel van belang bij het inrichten van sector- en/of domein-overstijgende betaaltitels.
- **Faciliteren beter het opstellen van zorgverlening productie- en capaciteitsbegrotingen:** dit is zowel van belang voor de msb vakgroepen, dienstverband vakgroepen als voor het ziekenhuismanagement. Normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten kunnen het opstellen van de zorgverlening productie- en capaciteitsbegroting beter faciliteren, incl. benodigde tijd van personele ondersteuning en organisatorische planning. Ook de effecten voor de vakgroep van onvoldoende personele ondersteuning vanuit het ziekenhuis (door ziekte, tekort aan formatie, etc.) zijn zo goed te bepalen.
- **Geven beter inzicht in normtijden van 'gedeelde' verrichtingen/dbc-zorgproducten:** het gaat hier om dezelfde verrichtingen die door meerdere specialismen kunnen worden gedaan. Normtijden uitgedrukt in echte tijdsminuten geven meer duidelijkheid over een eventueel verschil in normtijd en onderbouwing daarvan bij dezelfde verrichtingen uitgevoerd door verschillende medisch specialismen. Waarbij de medische inhoudelijkheid en zorgactiviteiten binnen een gedeelde verrichting (dbc-zorgproduct) bij die specialismen verschillend kunnen zijn. Indien geen onderbouwing daarvoor, zouden deze normtijden gelijk moeten zijn.
- **Maken eenvoudiger vergelijk binnen een (sub)specialisme mogelijk:** dit is van belang voor de (sub)specialismen zelf en maakt een gemakkelijker vergelijk en beter inzicht mogelijk tussen vakgroepen van medisch specialisten binnen eenzelfde (sub)specialisme in verschillende zorginstellingen over behaalde totale normtijden (en norm-fte's) bij bijvoorbeeld verschillende zorgprofielen en bij casemix-verschillen.
- **Historisch vergelijk blijft goed mogelijk met betere inzichtelijkheid trends:** historisch vergelijk blijft ook hierbij mogelijk maar geeft wel betere inzichtelijkheid van trends en daarmee eventuele verklaringen voor verschillen in benchmarking en zorgproductie bij medisch-specialistische vakgroepen in hun zorginstelling. Verder zijn verschillen in de zorgprofielen en casemix-load beter en gemakkelijker inzichtelijk. Ook blijft vergelijk van in een bepaald jaar gerealiseerde totale normuren (en norm-fte's) met eerdere jaren mogelijk.
- **Maken inzicht in en evaluatie van de relatie tussen 'werkzame' fte-formatie en fte-formatie uitkomsten o.b.v. (te registreren/declareren) verrichtingen benchmarking (norm-fte's) beter mogelijk binnen een vakgroep respectievelijk specialisme:** normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten maken een beter inzicht mogelijk in het al of niet voldoende tot uiting komen van gemiddelde tijdsbesteding aan zorgverlening van medisch specialisten binnen een vakgroep of specialisme in normuren via benchmarking. Daarbij is inzicht te verkrijgen in wel (in normuren) te registreren en declareren tijdsbesteding en niet (in normuren) te registreren activiteiten m.b.t. zorgverlening van de vakgroep (en specialisme). Verder kan dit beter inzicht geven in de eventuele discrepanties tussen de totale werkzame fte-formatie en de o.b.v. norm-fte-uitkomsten van een vakgroep (en specialisme) o.b.v. benchmarking via geregistreerde normuren van verrichte zorgactiviteiten en zorgproducten. Dit laatste kan verklaard worden door categorie 1.a werkzaamheden (zie Federatie handreiking [Fte-model voor medisch specialisten](#)) die niet in normtijden opgenomen zijn, zowel als de (gemiddelde) tijdsbesteding aan andere werkzaamheden (commissiewerk, bestuurlijke werkzaamheden, onderwijs en onderzoek). Dit zoals ook genoemd in de paragraaf 'Overige aandachtspunten' in de hoofdstekst.
- **Geven de mogelijkheid van gebruik van normtijden voor kostprijs input:** normtijden die zijn vastgesteld o.b.v. echte tijdsminuten maken input mogelijk van de tijdsbesteding van de medisch specialist (o.b.v. de vastgestelde normtijden o.b.v. gemiddelde tijdsinvestering) voor het bepalen van kostprijzen. Mits er afdoende aantal en

homogeniteit van (tijdsbesteding aan) zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten is. Als aan die voorwaarden is voldaan kunnen normtijden ook gebruikt worden bij kostprijs-uitvragen (door de NZa) bij zorginstellingen, leidend tot realistischer tarieven van verrichtingen. De normtijden die toegekend zijn aan de zorgactiviteiten in de (gemiddelde) zorgprofielen zijn bepalend voor het honorariumaandeel van de medisch specialist dat in de kostprijs meegenomen kan worden. Door gebruik te maken van normtijden die zijn vastgesteld met als uitgangspunt echte tijdsminuten wordt voorkomen dat het ziekenhuis de (gemiddelde) tijdsbesteding van de medisch specialist helemaal niet ofwel o.b.v. een eigen inschatting meeneemt in de kostprijs-bepaling. Het gebruik van de per specialist, patiënt en periode wisselende lokale tijdsinvestering in zorgproducten bij kostprijsberekeningen heeft als risico dat dit te wisselend en daardoor onbetrouwbaar is c.q. niet goed overeenkomt met de realiteit van de gemiddelde tijdsbesteding van de medisch specialist. Dit kan leiden tot onrealistische kostprijzen per zorgproduct met hierdoor onjuiste tarifiering met o.a. kans op 'onderdekking' van werkelijke kosten. Verder is dat ook discrepant met de gebruikte verdeelsystematiek van msb's, die in elk geval ten dele (via norm-fte's) gebaseerd is op de door de wv vastgestelde landelijke normtijden o.b.v. de gemiddelde tijdinvestering van de medisch specialist. Normtijden die gebaseerd zijn op de door de wv vastgestelde normtijden en die zijn vastgesteld met als uitgangspunt echte tijdsminuten, zijn belangrijke bouwstenen voor inschatting van de verhouding tussen kostprijzen en de door de NZa vastgestelde respectievelijk met de zorgverzekeraar overeengekomen tarieven van reguliere zorgproducten. Daarbij kunnen de normtijden dan gerelateerd worden aan het actuele NZa-uurtarief voor medisch specialismen (wat niet mogelijk is als de normtijden niet in echte tijdsminuten zijn uitgedrukt). Dit heeft ook zijn weerslag op specialisme-overstijgende zorgactiviteiten en -producten, sector- en domein-overstijgende prestaties en initiatieven voor (passende) zorgverschuiving en -verplaatsing. Verder is dit van belang voor tarieven van onderlinge dienstverlening, het buiten het ziekenhuis leveren van zorg en voor het bepalen van landelijke tarieven van (add-on) overige zorgproducten, zoals bij telemonitoring en expertiseadvies. Het op deze wijze bepalen van kostprijzen is een fijnmaziger methode dan het verdelen van totale ziekenhuiskosten van o.a. materieel, gebouw, energie, (management) overhead en personele kosten, inclusief de opgetelde kosten van medisch specialisten in dienstverband en vrije vestiging (o.a. via het financieel kader van msb's) over de totale zorgproductie van de zorginstelling, wat een meer 'hoog-over' methode is. Dit wordt nog veel gehanteerd maar geeft echter niet meer dan een redelijk totaalbeeld bij de 'overall' controle(s).

BIJLAGE 3:

Overige aandachtspunten

Als verdere toelichting op de hoofdtekst van hoofdstuk 2 staan hier twee issues nader uitgewerkt. Het betreft hier het issue van niet-registreerbare/declarabele activiteiten en tijdsbesteding en het (hebben van geen) effect op de norm-fte waarden bij benchmarking bij het overgaan van puur relatieve normtijden naar realistische normtijden of normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten.

Issue van niet-registreerbare/declarabele activiteiten en tijdsbesteding

De combinatie van (jaarlijks) goed normtijdenonderhoud, goede en bestendige normtijdenbalans en realistische normtijden respectievelijk normtijden die zo mogelijk zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten, geeft voor de vakgroepen zelf én de specialismen als geheel een aantal (potentiële) voordelen, zoals eerder in de hoofdtekst en in bijlage 2 is genoemd. Daaronder valt de mogelijkheid van een beter inzicht in en evaluatie van de relatie tussen 'werkzame' fte-formatie en fte-formatie uitkomsten o.b.v. verrichtingen benchmarking (norm-fte's). Vooral bij het gebruik van 'echte' tijdsminuten bij de normtijden toekenning, wordt beter inzichtelijk hoeveel werkzame (norm)uren in gemiddelde tijdsbesteding een medisch specialist binnen eenzelfde specialisme kan vastleggen via de verrichtingenregistraties gerelateerd aan patiëntenzorg.

Het kan zijn dat bij een vakgroep de 'werkzame' fte-formatie, gebaseerd op de dagdelen die de medisch specialisten werkzaam zijn in de betreffende instelling, van een vakgroep (significant) hoger is dan de fte-formatie in norm-fte's die o.b.v. benchmarking (van te registreren/declarabele verrichtingen) is berekend. Die berekening is uiteraard gedaan o.b.v. alleen patiëntenzorg gerelateerde tijdsbesteding die in normtijden registreerbaar en/of declarabel is. Patiëntenzorg gerelateerde activiteiten die niet in normtijden meegenomen zijn, zijn niet in deze berekening opgenomen. Verder staat dat ook los van andere tijdsbesteding, zoals (ziekenhuis)commissie overleg, vakgroep overleg, bestuurlijke activiteiten, onderzoek en onderwijs (die ook tijd kosten en eveneens niet in de normtijden van verrichtingen zijn opgenomen). Kortom: een verschil tussen werkzame fte's en patiëntenzorg gerelateerde norm-fte's is dus logisch en als 'normaal' te beschouwen, omdat nu eenmaal niet alle patiëntenzorg gerelateerde tijdsbesteding van een medisch specialist in registreerbare/declarabele verrichtingen te vatten is.

T.a.v. de mate waarin alle (gemiddelde) tijdsbesteding aan zorgverlening productief goed in normtijden is verwerkt, is het van belang te noemen dat de normtijd toekenning niet alleen de verrichtingen sec moet betreffen, maar ook de daarmee samenhangende gemiddelde tijdsbesteding aan voorbereiding, diagnostiek, behandeling, vervolgconsulten, overlegtijd, administratie, etc. Het is mogelijk om dit in kaart te brengen per wv bij het normtijdenonderhoud. Waarbij o.b.v. de verrichte werkzaamheden in het aantal gewerkte weken afgezet kunnen worden tegen de zorgactiviteiten die daarbij wel of niet registreerbaar waren en waarmee daarin een verhouding is te bepalen. Verder is dit verschil vaak wel bij navraag van collega's uit de algemene praktijk boven water te krijgen en kan dit ook uit controle van zorgprofielen van o.a. de Open DIS data duidelijk worden. Hierin kan het ziekenhuismanagement en/of een trusted third party faciliteren en ondersteunen.

Een voorbeeld van hiervan is de multidisciplinaire overleggen (mdo's) die niet volgens de NZa-regelgeving geregistreerd kunnen worden maar wel zinvol zijn voor de (passende) patiëntenzorg en die uiteraard ook tijd kosten. Als dit verschil tussen werkzame en norm-fte-formatie echter vrij groot is en/of toeneemt, is dit een relevant probleem. Wat zowel bij normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten als bij puur relatieve normtijden kan spelen. Dit issue van niet-registreerbare/declarabele activiteiten - waaraan dus geen normtijden gekoppeld zijn - is met in echte tijdsminuten uitgedrukte normtijden beter inzichtelijk te maken. Het is daarmee beter mogelijk om tijdsbesteding van niet-registreerbare patiëntenzorg en de verhouding daarvan met tijdsbesteding van registreerbare patiëntenzorg bij een individuele vakgroep en t.o.v. vergelijkbare vakgroepen van eenzelfde specialisme (zo goed mogelijk) inzichtelijk te maken. En daarbij ook te kijken naar niet patiëntenzorg gerelateerde tijdsbesteding/werkzaamheden.

Deze evaluaties m.b.t. patiëntenzorg gerelateerde tijdsbestedingen die wel of niet registreerbaar en in normtijden uitgedrukt zijn, kunnen ook meegenomen worden bij het normtijdenonderhoud waarbij de normtijden van verrichtingen (zorgactiviteiten en zorgproducten) beter kunnen worden gematcht met de werkelijke gemiddelde tijdsbesteding van de verrichting zelf. Dit inclusief de daaraan gerelateerde overige gemiddelde tijdsbesteding (voorbereiding, overleg, administratief, etc.) t.a.v. de patiëntenzorg. Daarmee kan dan een 'gat' tussen patiëntenzorg gerelateerde werkzame fte-formatie en fte-formatie o.b.v. (verrichtingen) benchmark gegevens worden verkleind. Uiteraard hangt dit 'gat' ook af van productiviteit en efficiency per medisch specialist en vakgroep als geheel, de opgenomen compensatie voor diensten, de overige tijdsbesteding die niet patiëntenzorg gerelateerd is, etc. Het is belangrijk dat dit als geheel beter in lijn met elkaar komt.

Géén impact van de wijze van uitdrukken van normtijden op norm-fte waarden

Het is van belang om te benoemen dat het overgaan van alleen relatieve normtijden naar realistische normtijden respectievelijk naar normtijden die zijn uitgedrukt o.b.v. echte tijdsminuten, op zich geen invloed heeft op norm-fte berekeningen bij benchmarking. De verhoudingen tussen de normtijden van verrichtingen wijzigt daarmee immers niet, omdat die ook dan relatief t.o.v. elkaar hetzelfde blijven. Omdat dit voor het betreffende specialisme landelijk op dezelfde wijze wordt omgezet, blijven norm-fte berekeningen en uitkomsten hetzelfde, ook na omzetting van puur relatieve naar realistische normtijden of naar normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten. Het omzetten van puur relatieve normtijden (die als normtijd getal soms weinig zeggend zijn) naar realistische normtijden of naar normtijden die zijn gebaseerd op echte tijdsminuten op zich leidt dus niet tot wijzigingen in benchmark resultaten. Aanpassingen in het normtijdenonderhoud die worden gedaan om de normtijdenbalans te verbeteren, kunnen natuurlijk wel leiden tot verschillen in norm-fte waarden per vakgroep, maar dat is onafhankelijk van op welke wijze normtijden zijn uitgedrukt.

Het overgaan van relatieve normtijden naar realistische normtijden die een relatie hebben met de werkelijke (gemiddelde) tijdsbesteding (zo mogelijk uitgedrukt in echte tijdsminuten) kan in praktische zin goed worden uitgevoerd. De wv, bij voorkeur samen met LOGEX, merkt een aantal typerende/kenmerkende zorgactiviteiten aan en deze worden omgezet van relatieve normtijd naar echte tijdsminuten, wat een bepaalde gemiddelde factor oplevert. Daarnaast kan het gemiddelde aantal normuren per fte per jaar gerelateerd worden aan een gemiddelde dat binnen de wv als passend bij de gemiddelde werkweken van hun medisch specialisten wordt gezien, wat ook een bepaalde factor geeft. Met behulp van één van deze of via een weging van beide factoren kan de wv dan i.s.m. LOGEX beoordelen welke factor het meest passend is voor het omzetten van alle relatieve normtijden naar normtijden met als uitgangspunt echte tijdsminuten. Daarbij blijven de onderlinge (relatieve) verhoudingen tussen de diverse normtijden van de betreffende wv dan hetzelfde als voorheen. In de meest simpele vorm van omzetting, waarin de huidige verhoudingen tussen de zorgactiviteiten en zorgproducten minuutneutraal zijn, worden alle zorgactiviteiten dus door een factor X gedeeld respectievelijk daarmee vermenigvuldigd.

Als na het omzetten van relatieve normtijden naar normtijden met als uitgangspunt echte tijdsminuten blijkt dat de normtijd voor bepaalde verrichtingen niet kloppend zijn met de werkelijke (gemiddelde) tijdsbesteding, betekent dat ook vóór de omzetting van de normtijden met als basis echte tijdsminuten de relativiteit van de normtijden t.o.v. elkaar al niet klopte in de relatieve normtijden opzet. De normtijdenbalans of minuutneutraliteit van die verrichtingen was dus al niet juist c.q. de normtijden waren al niet in balans. Als dit (terecht) gecorrigeerd gaat worden, kan dat wel een effect op benchmark resultaten hebben. Dat is dan echter niet het gevolg van het omzetten op zich van puur relatieve normtijden naar normtijden o.b.v. echte tijdsminuten, en dus onafhankelijk van op welke wijze de normtijden zijn uitgedrukt, maar een correctie van een verhouding die daarvoor al niet juist was naar een wel juiste normtijdenbalans met optimale minuutneutraliteit, iets wat met normtijdenonderhoud altijd dient te worden nagestreefd.

Het eventueel omzetten van de normtijden naar realistische dan wel normtijden o.b.v. echte tijdsminuten is een éénmalige exercitie. LOGEX kan en zal dit goed ondersteunen. Daarbij is historisch vergelijk na het omzetten van puur relatieve normtijden naar normtijden met als basis echte tijdsminuten nog steeds prima mogelijk. De historische

normtijden blijven uiteraard bewaard in databases, waarbij de historische normtijden op dezelfde wijze van correcties worden voorzien en worden gedeeld door of vermenigvuldigd met diezelfde factor X. Dit is een rekenkundige exercitie die LOGEX voor elke wv kan doen.

Het omzetten naar realistische normtijden c.q. naar normtijden die zijn uitgedrukt in echte tijdsminuten is wel een proces met een tijdspad wat voor elke wv verschillend kan zijn en mede afhangt van het aantal zorgactiviteiten en zorgproducten, het aanwezig zijn van en het aantal subspecialismen, etc. Het is belangrijk dat elke wv zelf, in samenspraak met LOGEX en met eventuele hulp van de commissie Verdeelmodel en normtijden, een tijdspad kan uitwerken met voldoende tijd om de eigen achterban daarin mee te nemen en daar draagvlak te creëren.

BIJLAGE 4:

Totstandkoming (relatieve) normtijden en honorariumtarieven medisch specialisten in 2012

Historie van normtijden

Normtijden zijn al sinds 2005 in gebruik. Op aangeven van het ministerie van VWS en de NZa is er in 2011 door DBC-onderhoud (DBC-O), een instituut samenwerkend met de NZa, een totale herijking van de normtijden ingezet vanwege de invoering van de nieuwe productstructuur DOT. DOT staat voor 'dbc's op weg naar transparantie', en met deze invoering is het aantal dbc producten destijds teruggebracht van ca. 110.000 naar ca. 4.400. Deze normtijdenherijking ging samen met de invoering van het prestatie-model en met koppeling van dbc's aan de ICD-10 codering. Daarbij is de toekenning van normtijden in 2011-2012 per (sub)specialisme door de wetenschappelijke verenigingen (wv-en) zelf gedaan, via en met ondersteuning door DBC-O. De normtijden werden daarbij op relatieve wijze, dus ten opzichte van elkaar via 'verdeelsleutels' over zorgactiviteiten en zorgproducten verdeeld vanuit een 'eigen' normtijdenpool van en door de respectievelijke wv-en.

Totstandkoming (relatieve) normtijden en honorariumtarieven medisch specialisten

Vanuit historische totale productie- en declaratiedata en de verdeling daarvan per specialisme waren de ingrediënten aanwezig voor (relatieve) normtijden-toekenning. Daarbij is het jaar 2009 destijds door DBC-O als referentiejaar genomen omdat daarvan de productie- en declaratiedata compleet waren. Deze declaratiedata zijn geschoond voor het daarin aanwezige aandeel dienstverband medisch specialisten. Deze schoning is gedaan door, o.b.v. het productieaandeel van 'loondienst lumpsummers', het budgettair kader zorg medisch specialisten (BKZ-MS) van 2009 te verminderen met 4%. Vervolgens is het overgebleven BKZ-MS 2009 van vrijgevestigd medisch specialisten opgedeeld naar 'taartpunten' BKZ-MS per specialisme. Deze opdeling werd gebaseerd op de gevalideerde (via uitvraag per ziekenhuis en gecontroleerd door accountants) fte-aantallen vrijgevestigd medisch specialisten per specialisme t.o.v. het totale aantal fte's van alle vrijgevestigd medisch specialisten in 2009. Het daaruit voortvloeiende BKZ-MS aandeel 2009 per specialisme kon worden gerelateerd aan de productiedata van 2009 van het betreffende specialisme. De productiedata verrichtingen werden daarna door vertegenwoordigers per wetenschappelijke vereniging (wv) op relatieve zwaarte t.o.v. elkaar ingedeeld door hieraan 'verdeelsleutels' met verschillende zwaarte toe te kennen. Hierbij kreeg iedere verrichting of een groep verrichtingen zijn eigen verdeelsleutel waarde. Daarop werd het totale BKZ-MS declaratie aandeel per specialisme gekoppeld aan de totale verdeelsleutel waarde en gedeeld op c.q. verdeeld over het totale aantal verrichtingen per groep 'verdeelsleutelwaarde'. Dit leverde vervolgens de honorariumtarieven per verrichting of groep verrichtingen op voor dat betreffende specialisme o.b.v. de 2009 data. Daarna werden deze honorariumtarieven gemuteerd met de indexering van de totale BKZ-MS waarde van 2012 t.o.v. 2009. Dat heeft geleid tot een gemiddelde honorariumtarief verhoging in de eerder vastgestelde 2009 honorariumtarieven van ca. 13,8 % (2.021/1.776 miljoen euro). Zie de onderstaande figuur 9.

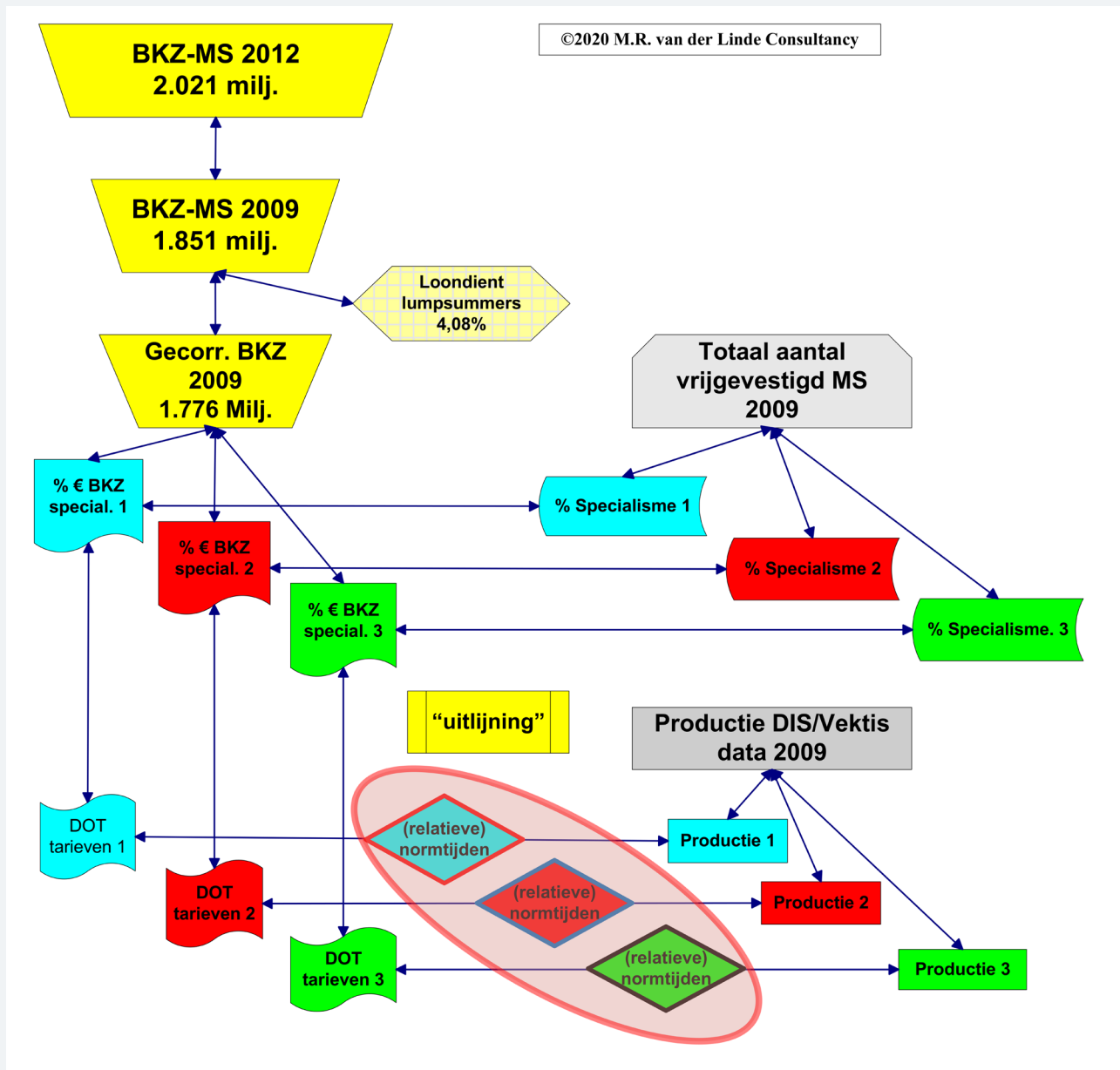
Het uitgangspunt dat DBC-O destijds hanteerde was een door de wv vrij te bepalen toekenning van normtijden waarbij echter wel de principe insteek was dat hierbij 'reële normtijd in minuten, conform de werklust in de praktijk' zouden worden gebruikt (zie figuur 10). Daarop is destijds echter niet gecontroleerd of gehandhaafd. DBC-O ondersteunde ook technisch het jaarlijkse normtijdenonderhoud van de wv-en tot 2015. Daarna is dit instituut opgeheven, waarna LOGEX de technische normtijdenonderhoud ondersteuning heeft overgenomen, met instemming van de wv-en en de Federatie Medisch Specialisten.

Honorariumaandeel medisch specialist en integraal tarief

Tot 2015 werd het honorarium(aandeel) medisch specialisten apart gedeclareerd, namelijk door de medisch specialisten (vakgroepen) zelf via het ziekenhuis aan de zorgverzekeraars. Het honorarium(aandeel) van de medisch specialist werd bekostigd vanuit een apart budgettair kader zorg medisch specialisten (BKZ-MS), los van het budgettair kader zorg ziekenhuizen (BKZ-ZH). Sinds 2015 zijn deze budgetten echter samengevoegd in het BKZ-MSZ (nu genoemd

Uitgavenplafond zorg, UPZ) en is er sprake van integrale bekostiging en tarieven. Hierin is het honorariumdeel medisch specialist in tijdsbesteding (in beginsel aan te duiden als normtijd) aan de zorgactiviteiten en zorgproducten opgenomen als een integraal onderdeel van het tarief en wordt dit niet meer apart gedeclareerd. Desondanks blijven normtijden onverminderd de drager van de tijdsbesteding van medisch specialisten aan declarabele zorgactiviteiten en zorgproducten.

Figuur 9. Schema totstandkoming (relatieve) normtijden en honorariumtarieven medisch specialist vanaf 2012



Figuur 10. Uitgangspunten normtijden van DBC-onderhoud 2011 (uit presentatie van DBC-O in 2011)



BIJLAGE 5:

Samenstelling commissie Verdeelmodel (en normtijden)

Commissie Verdeelmodel en normtijden – samenstelling

- M.R. (Marcel) van der Linde (voorzitter), cardioloog, NVVC
- J.H. (Jeroen) Becker, gynaecoloog, NVOG
- J.L.W. (Hans) Bosboom, neuroloog, NVN
- P.C. (Peter) de Bruin, patholoog, NVVP
- E. (Esther) Cornegé-Blokland, klinisch geriater, NVKG
- M. (Mihaela) Gamala, reumatoloog, NVR
- H.P. (Hans) Grotjohan, longarts, NVALT
- I.W.J.M. (Irene) van der Horst, NVvR
- S.J. (Bas) Huisman, internist, NIV
- J.W. (Jan Willem) Kallewaard, anesthesioloog, NVA
- A.J. (Anton) Breeuwsma, uroloog, NVU
- P. (Paul) de Laat, kinderarts, NVK
- I.L.A. (Irene) van Liempt, oogarts, NOG
- M.J. (Marc) Nieuwenhuijse, orthopedisch chirurg, NOV
- R.F. (Rutger) Plantinga, KNO arts, NVKNO
- W.O.A. (Wout) Rohof, MDL arts, NVMDL
- M. (Marco) Waleboer, chirurg, NVvH
- D.B.D.L.D. (Daphne) Huskens, jurist Kennis-en dienstverleningscentrum, Federatie Medisch Specialisten
- A.C. (Anne-Claire) van Harderwijk, senior adviseur Federatie Medisch Specialisten

Met inhoudelijk advies van:

- E.-J. (Erik-Jan) Hemmer, msb-adviseur, HEMMER praktijkadvies & interimdiensten
- B.Ph.E. (Boldewijn) Noordveld, msb-adviseur/-bestuurder, De ZorgConsultants
- W (Wim) Ratering, msb-adviseur, Ratering MEDadvies
- M.A.M. (Marieke) Bolt-Broeders RC, Programmamanager Financiën, Medisch Specialistisch Bedrijf Midden-Brabant
- S. (Steven) Drevers, msb-adviseur, partner en adviseur gezicht

De commissie Verdeelmodel en normtijden is (sinds 2015) ingesteld door het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten om het Federatiebestuur te adviseren over specialisme-overstijgende vraagstukken op en gerelateerd aan verdeelsystematiek en normtijden en in relatie tot landelijke ontwikkelingen. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigende leden van de wetenschappelijke verenigingen en bestaat zowel uit dienstverband als vrijgevestigde medisch specialisten. De commissie wordt technisch en rekenkundig ondersteund door LOGEX op het terrein van de LOGEX benchmark- en verdeelsystematiek. De bovenstaande commissie Verdeelmodel en normtijden heeft deze handreiking vanuit een concept opgesteld en met inbreng van diverse beleidsadviseurs van het Federatiebureau verder aangepast met o.a. inhoudelijk advies van bovengenoemde (externe) adviseurs. Het concept document is besproken in de Raad Beroepsbelangen en het MT van de Federatie en feedback daaruit is verwerkt. De handreiking Normtijden is goedgekeurd door het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten op 24 oktober 2024.

Bezoekadres:

Federatie Medisch Specialisten
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postadres:

Postbus 20057
3502 LB Utrecht

www.demedischspecialist.nl



Federatie
**Medisch
Specialisten**