



SAMENVATTINGEN

Handreikingen Federatie commissie Verdeelmodel en normtijden 2016-2025

Korte versie



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 mei 2026
Vormgeving IJzersterk.nu

Vrijwaring

De Federatie Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van dit document. 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

De onderstaande hoofdstukken zijn clickable, zodat je snel door het document kunt navigeren. En met het klikken op de rechtsboven op elke tekst pagina staande iconen keer je weer terug naar deze inhoudsopgave.

Voorwoord	4
1. Handreiking Anticiperen op groei en krimp (in de msz) – oktober 2025	6
2. Handreiking Fte model voor medisch specialisten – oktober 2024	8
3. Handreiking Implementatie Passende zorg – juli 2023	10
4. Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg – februari 2025	12
5. Handreiking Normtijden en normtijdenonderhoud – januari 2025	14
6. Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel – november 2023	16
7. Handreiking model vergoeding disutility – juli 2016	18
8. Handreiking Verdeelafspraken in COVID-19 tijden – juli 2020	19

Voorwoord

In dit document staan verkort de samenvattingen van de 8 handreikingen die de Federatie commissie Verdeelmodel en normtijden in de afgelopen 10 jaar (vanaf 2016 t/m 2025) productief en in consensus heeft opgesteld in opdracht van het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten. In deze commissie zijn een groot aantal (17) wetenschappelijke verenigingen vertegenwoordigd, vrijwel alle door klinisch werkzame medisch specialisten. Daarbij zijn onderwerpen behandeld i.r.t. verdeelsystematiek en normtijden die van belang zijn voor in beginsel alle medisch specialistische zorgverleners. De uiteindelijke besluitvorming over de inhoud en publicatie van de betreffende handreikingen is dan ook steeds breed gedragen geweest. De commissie heeft ondersteuning van diverse senior beleidsmedewerkers van de Federatie vanuit de afdeling Beroepsbelangen en waar van belang vanuit de afdeling Kwaliteit en het Kennisinstituut. Verder heeft LOGEX de commissie technisch en rekenkundig ondersteund. Daarnaast is feedback verwerkt van de leden en het bestuur van de Raad Beroepsbelangen, en het algemeen bestuur van de Federatie. Sommige handreikingen zijn tegengelezen door externe adviseurs van msb's en partijen als de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland (ZiNL), de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).

De opbouw van de samenvattingen van de betreffende handreikingen in deze korte versie is als volgt: na de titel en eventuele ondertitel is de link naar de handreiking (op de site van de Federatie) vermeld, waarna in het kort de essentie van de handreiking wordt beschreven. Daarna is, waar dat voorhanden was, een korte beschrijving gegeven van de inhoud van de hoofdstukken en bijlagen. Tenslotte wordt aangegeven met welke andere handreikingen de betreffende handreiking (ten dele) samenhang heeft en in het kort op welke wijze.

M.b.v. deze samenvattingen kan de lezer snel zien en besluiten van welke onderwerpen hij/zij kennis en inzicht tot zich wil nemen door het lezen van de betreffende volledige handreiking(en).

Er is ook een uitgebreidere versie van de [samenvatting van de handreikingen](#) gepubliceerd, waarin naast de essentie en inhoud van de handreikingen ook een inhoudelijke samenvatting is beschreven met de meest relevante informatie die in de handreiking staat.

Daarbij moet worden opgemerkt dat ook samenhangende handreikingen veelal niet in eenzelfde periode zijn opgesteld en gepubliceerd, maar soms met jaren daartussen. Dit heeft te maken met het gegeven dat de betreffende onderwerpen die geadresseerd moesten worden een verschillende prioriteit hadden, dan wel dermate complex waren en/of meer tijd van voorbereiding en consensus hebben gekost voordat deze gepubliceerd konden worden. Desondanks is het pallet aan verdeelsystematiek, fte, normtijden en overige onderwerpen dat in deze handreikingen is vastgelegd vrij compleet voor wat betreft belangrijke zorgverlening aspecten en randvoorwaarden daarvoor. Het betreft hier onderwerpen m.b.t. fte vaststellingen, benchmarking, implementeren van passende zorg, het stimuleren van taakherschikking, anticiperen op groei en krimp situaties en het omgaan met (compensatie voor) dienstenbelasting. Voorts over het optimaliseren van gelijkgerichtheid tussen medisch specialisten, hun vakgroepen en collectieven met het ziekenhuis (o.a. door gezamenlijke afstemming en opstellen van capaciteits- en productiebegrotingen) en onderliggende basiszaken zoals normtijden en normtijdenonderhoud.

Bij deze wil ik alle, door de jaren heen enigzins wisselende, leden van de commissie Verdeelmodel en normtijden als vertegenwoordigers van de 17 aan deze commissie deelnemende wetenschappelijke verenigingen, nogmaals enorm bedanken voor de inbreng van hun onmisbare kennis en enthousiasme, de altijd constructieve en inventieve bijdragen tijdens de in goede sfeer verlopende vergaderingen en de schriftelijk gegeven feedback daarbuiten. Ook het bestuur van de Federatie, de afdeling en Raad Beroepsbelangen, afdeling Kwaliteit, het Kennis- en dienstverleningscentrum en de externe adviseurs en partijen (zoals genoemd in de bijlagen van de betreffende handreikingen) wil ik hierbij bedanken voor hun vertrouwen, meedenken en goede feedback.

Een speciale dank gaat uit naar een de collega's van de Federatie die ondersteuning hebben geboden bij de



voorbereiding van de vergaderingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden en/of een belangrijke rol hebben gespeeld bij het finaliseren van de handreiking documenten in voorbereiding naar publicatie. Daarbij wil ik met name Ernst Ziere (directeur organisatie en financiering), Karel Hulsewé (huidige voorzitter bestuur Federatie), Katrien Hendriks (huidige directeur Academie Medisch Specialisten), Anne-Claire van Harderwijk (senior adviseur beroepsbelangen) en Daphne Huskens (jurist, kennis- en dienstverleningscentrum) noemen. Tenslotte zijn de publicaties van de handreikingen steeds nauwkeurig tekstueel geredigeerd en fraai opgemaakt door de afdeling Communicatie van de Federatie, met name door Vanessa Cruz (senior communicatieadviseur), waarvoor veel dank.

Mei 2026,

Marcel van der Linde, cardioloog np,
van juni 2015 t/m februari 2025 voorzitter van de commissie Verdeelmodel en normtijden.



1. Handreiking Anticiperen op groei en krimp (in de msz) – oktober 2025

Ondertitel: Handvatten voor lokale uitwerking in relatie tot landelijke ontwikkelingen

Link: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2025-10/handreiking_anticiperen_op_groei_en_krimp.pdf

ESSENTIE

De handreiking richt zich op hoe medisch-specialistische vakgroepen en ziekenhuizen groei en krimp van zorg op hun gebied tijdig kunnen zien aankomen en daarop anticiperen. Dit m.b.v. praktische meetinstrumenten, lokale en landelijke vergelijkingscijfers, handvatten en voorbeelden om groei of krimp objectief in kaart te (kunnen) brengen en er tijdig samen op kunnen inspelen. Het doel daarvan is dat ziekenhuizen en medisch specialisten, in gelijkgerichtheid, tijdig slimme keuzes maken, zodat de zorg betaalbaar, efficiënt en van hoge kwaliteit blijft. Deze handreiking sluit aan bij de afspraken in het [Integraal Zorgakkoord \(IZA\)](#) en het [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord \(AZWA\)](#), en houdt rekening met zowel landelijke ontwikkelingen als de situatie in de regio.

INHOUD

Na de samenvatting gaat hoofdstuk 1 in op de achtergronden van landelijke en lokale vraagstukken rondom groei en krimp in de zorg. Hoofdstuk 2 behandelt de belangrijkste parameters en elementen voor benchmarking, spiegelinformatie en de analyse van groei en krimp, op basis van lokale, landelijke en overige gegevens. De samenhang tussen deze factoren wordt toegelicht, evenals het nut van trendoverzichten over meerdere jaren. Dit hoofdstuk biedt ook praktische handvatten voor het interpreteren van lokale groei of krimp. Er is speciale aandacht voor tools die ondersteunende specialismen helpen groei en krimp beter te objectiveren, en inzicht geven in hun partiële afhankelijkheid van veranderingen bij poortspecialismen, zoals aanpassingen in fte's of zorginhoud. Hoofdstuk 3 bespreekt mogelijke oorzaken van lokale knelpunten bij groei- en krimpsituaties, ingedeeld naar het niveau waarop ze zich voordoen. Deze kunnen voortkomen uit lokale omstandigheden of samenhangen met landelijke trends. Ook biedt dit hoofdstuk een samenvatting van veelvoorkomende vragen en knelpunten, met bijbehorende oplossingsrichtingen en opties voor compensatie of consolidatie ter mitigatie van groei- en krimpvraagstukken. Bijlage 1 bevat een niet-limitatieve lijst van mogelijke parameters voor landelijke en lokale benchmarking en verdeelsystematiek vormen. Bijlage 2 bevat gerubriceerde situaties, vragen en antwoorden, voorbeeldknelpunten en mogelijke oplossingen uit de medisch-specialistische praktijk. Bijlage 3 richt zich specifiek op groei en krimp vraagstukken bij ondersteunende specialismen, in relatie tot fte-mutaties bij poortspecialismen.

Waar in dit document wordt gesproken over ziekenhuizen, kan dit ook gelden voor andere msz-zorginstellingen, zoals zbc's. Waar over 'collectieven' wordt gesproken betreft het samenwerkende (vakgroepen van) medische specialisten van verschillende specialismen met veelal ook een bestuurlijke structuur, die nauw betrokken zijn bij en samenwerken met het ziekenhuismanagement, en waarbij voorheen (o.a. in andere handreikingen van de Federatie Medisch Specialisten) ook wel de termen 'gremium' en 'gremia' gebruikt zijn.

Samenhang met andere handreikingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden

1. [Handreiking Fte model voor medisch specialisten](#): ook voor hetgeen in de handreiking 'Anticiperen op groei en krimp' staat genoemd m.b.t. formatie en productie is het essentieel om een zuivere fte bepaling (en zuivere fte opgave voor benchmarking) te hebben, met daarin per fte een heldere onderverdeling van de categorieën werkzaamheden die voor een medisch specialist zijn te onderscheiden. Dat is een belangrijke basis voor het (kunnen) beoordelen en aanpakken van groei- en krimp knelpunten.



2. **Handreiking Implementatie Passende zorg (bouwstenen voor de praktijk):** in deze handreiking staan veel handvatten, tips en voorbeelden om medisch specialisten te faciliteren passende zorg verder te implementeren in de dagelijkse praktijk, wat vooral in groei-, maar ook in krimpsituaties kan zorgen voor oplossingsrichtingen om goed te kunnen inspelen op een veranderde zorgvraag zowel als op samenwerking over de lijnen heen (denk aan juiste zorg op de juiste plek, e-health, netwerkzorg, samen beslissen en zorgevaluatie en gepast gebruik).
3. **Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel:** deze handreiking heeft veel samenhang met de handreiking 'Anticiperen op groei en krimp' en bevat handvatten, tips en rekenvoorbeelden voor medisch specialisten om met het ziekenhuis afspraken te maken over de verwachte inzet van vakgroepen (de capaciteit- en productiebegroting), over het toekennen van formatie bij medisch specialisten in dienstverband, en over de verdeling van honorarium bij vrijgevestigden (bijvoorbeeld via benchmark systematiek). Uitgangspunt hierbij is het zogenaamde 'capaciteitsmodel', wat bijdraagt aan het verder optimaliseren van de gelijkgerichtheid in de ziekenhuizen.
4. **Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg:** deze handreiking gaat in op het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten aan andere beroepen zoals physician assistants (PA) en de verpleegkundig specialisten (VS), wat kan leiden tot een betere organisatie van zorg in ziekenhuizen. Dat is in zowel zorg groei- als krimp situaties van belang en kan helpen om knelpunten daarin op te lossen.
5. **Handreiking Normtijden en normtijdenonderhoud:** deze handreiking biedt uitgebreide informatie over normtijden, hun betekenis en gebruik bij bijvoorbeeld het meten en vergelijken van zorgproductie via benchmarking, wat ook van belang is in groei- en krimpsituaties, alsmede hun rol bij het (kunnen) leveren van passende zorg.
6. **Handreiking model vergoeding disutility:** deze handreiking geeft handvatten hoe eventueel te kunnen compenseren binnen msb's voor dienstenbelasting, naast en los van de algemene 'vrij-na-dienst' compensatie (dat is een andere regeling met een ander doel, waaraan de disutility regeling complementair is), bij vrijgevestigd medisch specialisten, vergelijkbaar met de inconvenienten regeling binnen AMS voor dienstverband medisch specialisten. Daarbij kan bijvoorbeeld extra formatie worden toegekend aan een vakgroep vanwege significante dienstenbelasting. Dat kan zowel in groei- als krimp situaties van belang zijn.



2. Handreiking Fte model voor medisch specialisten – oktober 2024

Link: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2024-10/FMS_Handreiking-FTEmodel_v04.pdf

ESSENTIE

Deze handreiking (herziening in 2021 van 2017, gedeeltelijke herziening in 2024) biedt een model en kader voor het bepalen van en uitsplitsen in soorten werkzaamheden van de (benodigde) formatie in fte's voor vakgroepen van zowel vrijgevestigde- als loondienst medisch specialisten. Het model verdeelt werk en de fte formatie in (directe) patiënt gerelateerde en (indirecte) conditionele patiënt gerelateerde werkzaamheden en zorg, niet-patiënt gerelateerde taken (o.a. bestuurlijk- en commissiewerk) en werkzaamheden m.b.t. onderwijs en onderzoek, waarmee alle werkzaamheden van de medisch specialist te omvatten zijn. De handreiking helpt om de benodigde fte te kunnen inschatten op basis van deze categorieën werkzaamheden van medisch specialisten om zo tot een reële, benchmark-onderbouwde capaciteitsbegroting te komen en draagt bij aan de verdere optimalisatie van de gelijkgerichtheid in het ziekenhuis. Ook kunnen hiermee misverstanden in duiding van de fte formatie i.r.t. de betreffende werkzaamheden worden voorkomen. Verder is de al langer bestaande 'vrij-na-dienst' regeling hierin verduidelijkt en verbreed naar alle specialismen met een zwaardere ANW dienstbelasting. Daarbij is het, waar wenselijk/nodig in het kader van gezond en veilig werken, mogelijk als compensatie voor deze dienstbelasting een dagdeel vrij te nemen, zodanig dat dit niet leidt tot een comparatief nadeel t.o.v. vakgroepen die na een ANW dienst geen vrij dagdeel compensatie nodig hebben (en daardoor dan meer productie zouden kunnen realiseren). Daarnaast is er in de handreiking extra aandacht voor thuiswerken en werkzaamheden in het kader van juiste zorg op de juiste plek. Deze handreiking bevat verder praktische tips en diverse rekenvoorbeelden.

INHOUD

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

Samenhang met andere handreikingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden

1. **Handreiking Anticiperen op groei en krimp (in de msz):** een zuivere fte bepaling (en -opgave voor benchmarking) is essentieel, ook voor groei- en krimp situaties, met daarin per fte een heldere onderverdeling van de categorieën werkzaamheden die voor een medisch specialist zijn te onderscheiden t.a.v. (directe en indirecte) patiënt-gerelateerde zorg(productie). Dat is van belang voor hetgeen in de handreiking 'Anticiperen op groei en krimp' staat genoemd m.b.t. fte formatie en productie, verandering daarvan in de tijd en hoe daarop te anticiperen.



2. **Handreiking Implementatie Passende zorg (bouwstenen voor de praktijk):** voor deze handreiking, waarin veel handvatten, tips en voorbeelden staan om medisch specialisten te faciliteren passende zorg verder te implementeren in de dagelijkse praktijk, is een zuivere fte bepaling en opgave eveneens van groot belang. Dit om ook in groei- en krimpsituaties te kunnen zorgen voor oplossingsrichtingen om goed en passend te kunnen inspelen op een veranderde zorgvraag in relatie tot fte capaciteit en op samenwerking over de lijnen heen (denk aan juiste zorg op de juiste plek, e-health, netwerkzorg, samen beslissen en zorgevaluatie en gepast gebruik).
3. **Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel:** ook voor deze handreiking is een zuivere fte bepaling en opgave met onderscheid in de diverse categorieën werkzaamheden van een medisch specialist, zoals in de handreiking 'Fte model voor medisch specialisten' is beschreven, van groot belang. Dit om met het ziekenhuis afspraken te kunnen maken over de verwachte inzet van vakgroepen (de capaciteitsbegroting), over het toekennen van formatie bij medisch specialisten in dienstverband, en over de verdeling van honorarium bij vrijgevestigden (bijvoorbeeld via benchmark systematiek) in relatie tot de verwachte productie (productiebegroting). Het zogenaamde 'capaciteitsmodel', dat hierbij als uitgangspunt is genomen, draagt bij aan de verdere optimalisatie van de gelijkgerichtheid in de ziekenhuizen.
4. **Handreiking model vergoeding disutility:** deze handreiking geeft handvatten hoe eventueel te kunnen compenseren binnen msb's voor dienstenbelasting, naast en los van de algemene 'vrij-na-dienst' compensatie (dat is en andere regeling met een ander doel, waaraan de disutility regeling complementair is), bij vrijgevestigd medisch specialisten, vergelijkbaar met de inconvenienten regeling binnen AMS voor dienstverband medisch specialisten. Met het gebruiken van de handreiking 'model vergoeding disutility' is het mogelijk om een deel van het financiële kader van het collectief te reserveren voor uitbetaling in euro's dan wel toekenning van extra fte's in evenredigheid met de mate van disutility scores o.b.v. diensten frequentie en -intensiteit. Dat kan voor de fte bepaling en verdeling van werkzaamheden van belang zijn.



3. Handreiking Implementatie Passende zorg – juli 2023

Ondertitel: Bouwstenen voor de praktijk.

Link: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2023-07/handreiking_implementatie_passende_zorg.pdf

Link samenvatting: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2023-07/samenvatting_handreiking_implementatie_passende_zorg.pdf

ESSENTIE

Deze handreiking is opgesteld om medisch specialisten te faciliteren passende zorg verder te implementeren in de dagelijkse praktijk, ondanks dat passende zorg niet nieuw is en al dagelijks door de medisch specialisten in Nederland wordt toegepast. Veel initiatieven die in de afgelopen jaren zijn gestart vormen belangrijke bouwstenen voor passende zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan juiste zorg op de juiste plek, e-health, netwerkzorg, samen beslissen en zorgevaluatie en gepast gebruik. Toch is er wat betreft de implementatie van passende zorg in de dagelijkse praktijk nog veel te winnen. En veel daarvan zal op lokaal en regionaal niveau moeten worden gerealiseerd. Dit vergt nieuwe vormen van samenwerking binnen de medisch collectieven, maar ook daarbuiten: gezamenlijk optrekken met zorgprofessionals in de eerste lijn en met andere zorgaanbieders in de regio's zoals ziekenhuizen, zbc's, vvt én met zorgverzekeraars is daarbij cruciaal. Voor al deze zaken en op elk niveau geeft deze handreiking handvatten en praktische voorbeelden.

De handreiking gaat verder uitgebreid in op praktische belemmeringen zoals beperkingen in databeschikbaarheid, maar ook op communicatieve, juridische en financiële vraagstukken voor het leveren van passende zorg. De handreiking laat zien hoe passende zorg via zorgprestaties en bekostiging gestimuleerd kan worden, en hoe passende zorg onderdeel kan zijn van een capaciteitsmodel en verdeelsystematiek. Er is ook een uitgebreide samenvatting van deze handreiking beschikbaar.

INHOUD

De achtergronden van passende zorg worden besproken zoals die beschreven staan in het [Kader Passende Zorg](#) van het ZINL en de afspraken in het [IZA](#). Ook worden diverse aspecten van en perspectieven m.b.t. passende zorg besproken. In de daaropvolgende hoofdstukken worden handvatten geboden en randvoorwaarden en aandachtspunten benoemd voor het verder kunnen optimaliseren van passende zorg (in de eigen situatie). Verder wordt aangegeven hoe passende zorg in een verdeelsystematiek zichtbaar gemaakt kan worden en daarin kan meewegen. Veelgebruikte begrippen en termen staan vermeld in de Legenda in bijlage 1. In bijlage 2 zijn praktische mogelijkheden voor het zichtbaar maken en incorporeren van passende zorg in een benchmark (verdeel)model verder uitgewerkt. Tenslotte volgen in bijlage 3 aanvullende aspecten m.b.t. passende zorg en enkele voorbeelden van hoe medisch specialisten al dagelijks passende zorg leveren.

Samenhang met andere handreikingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden

1. [Handreiking Anticiperen op groei en krimp \(in de msz\)](#): hetgeen in de handreiking 'Anticiperen op groei en krimp (in de msz)' staat genoemd m.b.t. formatie en productie, verandering daarvan in de tijd en hoe daarop te anticiperen, is ook voor een goede implementatie en het optimaliseren van passende zorg van belang.
2. [Handreiking Fte model voor medisch specialisten](#): ook m.b.t. (het optimaliseren van) passende zorg en het daarvan incorporeren in een capaciteits- en productiebegroting is een zuivere fte bepaling (en -opgave voor benchmarking) essentieel, met daarin per fte een heldere onderverdeling van de categorieën werkzaamheden die voor een medisch specialist zijn te onderscheiden.
3. [Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg](#): deze handreiking gaat in op het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten naar andere beroepen zoals



physician assistants (PA) en de verpleegkundig specialisten (VS), wat kan leiden tot een betere organisatie van zorg in ziekenhuizen. Dat is bij het optimaliseren van passende zorg van belang en kan helpen om knelpunten daarin op te lossen.

4. **Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel:** voor (het kunnen optimaliseren) van passende zorg is het van groot belang om met het ziekenhuis afspraken te kunnen maken over de verwachte inzet van vakgroepen (de capaciteitsbegroting), over het toekennen van formatie bij medisch specialisten in dienstverband, en over de verdeling van honorarium bij vrijgevestigden (bijvoorbeeld via benchmark systematiek) in relatie tot de verwachte productie (productiebegroting). Het zogenaamde 'capaciteitsmodel', dat hierbij als uitgangspunt is genomen, draagt eraan bij om passende zorg in gelijkgerichtheid met het ziekenhuis verder te kunnen optimaliseren.
5. **Handreiking Normtijden en normtijdenonderhoud:** deze handreiking biedt uitgebreide informatie over normtijden, hun betekenis en gebruik bij bijvoorbeeld het meten en vergelijken van zorgproductie via benchmarking en is daarmee van belang voor het goed (kunnen) leveren van passende zorg.
6. **Handreiking model vergoeding disutility:** deze handreiking geeft handvatten hoe eventueel te kunnen compenseren binnen msb's voor dienstenbelasting, naast en los van de algemene 'vrij-na-dienst' compensatie (dat is een andere regeling met een ander doel, waaraan de disutility regeling complementair is), bij vrijgevestigd medisch specialisten, vergelijkbaar met de inconvenienten regeling binnen AMS voor dienstverband medisch specialisten. Daarbij kan bijvoorbeeld extra formatie worden toegekend aan een vakgroep vanwege significante dienstenbelasting. Dat kan ook in het kader van (het optimaliseren van) passende zorg i.r.t. formatie, fte bepaling en de verdeling van werkzaamheden van belang zijn.



4. Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg – februari 2025

Ondertitel: Met focus op registratieve en financiële aspecten.

Link: <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2024-04/Handreiking%20taakherschikking%20in%20de%20medisch-specialistische%20zorg.pdf>

ESSENTIE

Het inzetten van taakherschikking helpt medisch specialisten samen met hun collega zorgverleners de best passende zorg te leveren: de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste zorgverlener. Taakherschikking is het structureel overdragen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten aan andere beroepen, zoals de physician assistant, verpleegkundig specialist en de klinisch technoloog. Deze handreiking beschrijft hoe met deze beroepsgroepen optimaal kan worden samengewerkt, en welke afspraken daarvoor nodig zijn met deze beroepsgroepen, binnen de vakgroep, met het msb en met de Raad van Bestuur. De nadruk ligt hierbij op de registratieve en financiële aspecten daarvan. In eerste instantie is het belangrijk goed te inventariseren wat het doel is van de inzet van de taakherschikkers, en wat de financiële implicaties zijn. Een ander belangrijk aandachtspunt is het maken van goede afspraken over registratie: er wordt uitgebreid ingegaan op verantwoordelijkheid en mogelijkheden wat betreft het registreren van zorg. Ook geeft de handreiking uitgangspunten en scenario's voor de verdeling van loonkosten bij taakherschikking en/of de impact op de formatie. De handreiking bevat daarnaast een handige checklist waarin alle aandachtspunten bij de inzet van taakherschikkers op een rij staan. Tenslotte staan in deze handreiking veel 'links' naar (documenten met) meer algemene informatie over taakherschikking.

INHOUD

Na een korte inleiding worden in hoofdstuk 1 de doelstelling(en) van de inzet, vormen en financiële implicaties van taakherschikking besproken en op welke wijze hier meer inzicht in verkregen kan worden. Verder worden in dit hoofdstuk registratieve aspecten van de zorgverlening, samenwerking bij taakherschikking, het registreren op eigen kwalificatiecode, en enkele overige zaken belicht. In hoofdstuk 2 worden vervolgens uitgangspunten besproken voor de verdeling van loonkosten bij taakherschikking respectievelijk de impact op formatie. Er worden vier uitgangspunten beschreven die leiden tot verschillende varianten van afspraken. Daarbij worden verschillende scenario's en oplossingsrichtingen weergegeven m.b.t. verdeling/doorbelasting van loonkosten bij de inzet van taakherschikkers die werkzaam zijn bij/voor msb's/vakgroepen. Verder worden enkele andere aspecten m.b.t. taakherschikking besproken, zoals de implicaties van de wijze van aanstelling van taakherschikkers op de (financiële) afspraken en worden suggesties aangereikt voor eventuele interne doorbelasting van loonkosten bij taakherschikking naar individuele vrijgevestigde vakgroepen. In bijlage 1 staat een checklist met te regelen en overig van belang zijnde zaken m.b.t. taakherschikking en in bijlage 2 worden mogelijke incentives (aanleidingen en achtergronden) voor het inzetten van taakherschikkers benoemd. In bijlage 3 staan enkele voorbeelden van en rekenvoorbeelden bij interne doorbelasting van loonkosten bij taakherschikking en in bijlage 4 aanvullende achtergronden en informatie m.b.t. taakherschikking.

Samenhang met andere handreikingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden

1. **Handreiking Anticiperen op groei en krimp (in de msz):** het inzetten van taakherschikking is een belangrijke mogelijkheid om in te spelen op groei- en krimp scenario's met behoud van kwaliteit van zorg en goede implementatie van passende zorg, dit zoals ook in de handreiking 'Anticiperen op groei en krimp' staat vermeld.
2. **Handreiking Fte model voor medisch specialisten:** taakherschikkers die direct of indirect invloed hebben op de zorgproductie dienen ook meegeteld en meegenomen te worden in de fte formatie opgave van de betreffende



vakgroepen waarbij zij die zorgproductie leveren en is daarmee ook van belang om tot een goede en realistische capaciteits- en productiebegroting ('capaciteitsmodel') te kunnen komen. Dit staat ook duidelijk vermeld in de handreiking 'Fte model voor medisch specialisten'.

3. **Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel:** taakherschikking is, als hierboven genoemd, van belang voor het zogenaamde 'capaciteitsmodel', dat hierbij in deze handreiking als uitgangspunt is genomen. Daarbij moeten met het ziekenhuis afspraken worden gemaakt over de verwachte inzet van vakgroepen inclusief daarbij participerende taakherschikkers (de capaciteitsbegroting), over het toekennen van formatie bij medisch specialisten in dienstverband, en over de verdeling van honorarium bij vrijgevestigden (bijvoorbeeld via benchmark systematiek) in relatie tot de verwachte productie (productiebegroting).



5. Handreiking Normtijden en normtijdenonderhoud – januari 2025

Ondertitel: binnen de medisch-specialistische zorg.

Link: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2025-01/handreiking_normtijden_en_normtijdenonderhoud.pdf

ESSENTIE

Deze handreiking is opgesteld om het vaststellen van realistische normtijden en adequaat normtijdenonderhoud te bevorderen. Normtijden zijn een indicatie van de gemiddelde tijdsbesteding van een medisch specialist aan specifieke (te registreren en grotendeels ook te declareren) verrichtingen. Het op de juiste wijze vaststellen van de normtijden binnen een specialisme ondersteunt medisch specialisten onder andere bij het bepalen van de benodigde fte-capaciteit in hun vakgroep.

Normtijden worden vastgesteld door wetenschappelijke verenigingen. Het is een complex proces, vandaar dat in de handreiking ook wordt stilgestaan bij de knelpunten en eventuele oplossingen. De handreiking bevat bovendien een bijlage met veelgestelde vragen en antwoorden. Daar waar mogelijk kunnen normtijden gebruikt worden bij benchmarking, capaciteits- en productiebegrotingen, en kostprijsberekeningen. Vergelijken kan echter alleen *binnen* een specialisme omdat elk specialisme eigen werkzaamheden en verrichtingen kent. De normtijden zijn (door)ontwikkeld vanuit en voor algemene ziekenhuizen. Diverse aspecten van werkzaamheden van academisch medisch specialisten zijn niet te vangen in normtijden, door het hebben van meer niet-registreerbare multidisciplinaire overlegvormen en het vaak lastig zijn van de uitsplitsing van hun kerntaken patiëntenzorg, onderwijs en wetenschap.

INHOUD

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 worden argumenten gegeven waarom deze aanpassingen van belang zijn, welke opties hierin mogelijk 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 vanaf 2012.

Samenhang met andere handreikingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden

1. **Handreiking Anticiperen op groei en krimp (in de msz):** normtijden zijn van belang voor het bepalen van tijdsbesteding van medisch specialisten en taakherschikkers aan (directe) patiënt-gerelateerde zorg(productie) werkzaamheden (categorie 1.a) en bij benchmarking van norm fte's t.o.v. vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde



specialisme in vergelijkbare ziekenhuizen, en zijn dus ook in groei- en krimp scenario's van belang. Daarmee kan het fte deel formatie van de vakgroep worden ingeschat dat zich bezig houdt met (direct en indirect) patiënt-gerelateerde zorg(productie).

2. **Handreiking Fte model voor medisch specialisten:** normtijden zijn van belang voor het bepalen van het fte aandeel van de formatie dat zich bezig houdt met (direct) patiënt-gerelateerde zorg(productie) werkzaamheden (categorie 1.a).
3. **Handreiking Implementatie Passende zorg (bouwstenen voor de praktijk):** normtijden en vooral een goede normtijdenbalans zijn ook van groot belang voor het faciliteren, implementeren en verder kunnen optimaliseren van passende medisch specialistische zorg in de dagelijkse praktijk. Het moet namelijk niet uitmaken welke zorg in welke setting (ambulant, dagbehandeling of klinisch; fysiek of op afstand) wordt geleverd, de normtijden moeten daarvoor in goede balans zijn en mogen geen belemmering vormen om passende en innovatieve zorg, zorgverschuiving door terugverwijzing naar de 1e lijn van lager complexe zorg, etc. te leveren respectievelijk te realiseren.
4. **Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg:** normtijden kunnen van belang zijn voor het bepalen van de fte inzet van taakherschikkers bij (directe) patiënt-gerelateerde zorg(productie) werkzaamheden (categorie 1.a).
5. **Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel:** ook hier zijn normtijden van belang voor het kunnen bepalen van tijdsbesteding van medisch specialisten en taakherschikkers aan (directe) patiënt-gerelateerde zorg(productie) werkzaamheden (categorie 1.a), wat een belangrijke input is voor het capaciteitsmodel met de capaciteits- en productiebegroting.



6. Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel – november 2023

Link: <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Handreiking%20Doorontwikkeling%20benchmarking%20naar%20capaciteitsbegrotingsmodel%202021.pdf>

ESSENTIE

De handreiking 'Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel' bevat handvatten, tips en rekenvoorbeelden voor medisch specialisten om met het ziekenhuis afspraken te maken over de verwachte inzet van vakgroepen (de capaciteitsbegroting i.r.t. de productiebegroting), over het toekennen van formatie bij medisch specialisten in dienstverband, en over de verdeling van honorarium bij vrijgevestigd medisch specialisten. Hiervoor wordt het zogenaamde 'capaciteitsmodel' als uitgangspunt genomen, waarbij de handreiking helpt om tot een gewenste transitie van een prestatie(verdeel)model naar een capaciteitsbegroting (verdeel)model in medisch specialistische zorginstellingen te komen. Dat draagt bij aan de verdere optimalisatie van de gelijkgerichtheid met het ziekenhuis op kwalitatief, bestuurlijk en financieel terrein. Verder om een zo optimaal mogelijke (algemene en financiële) aansluiting te faciliteren bij het leveren van (passende) zorg zoals door de zorginstelling met de zorgverzekeraar(s) is afgesproken, zoveel mogelijk binnen de landelijke en lokale ontwikkelingen en afspraken.

INHOUD

Na de inleiding en beschrijving van actuele landelijke ontwikkelingen in de (medisch specialistische) zorg, volgt een praktische uitleg van het (ex-post) prestatiemodel en het (ex-ante) capaciteitsmodel, de overeenkomsten daarin en verschillen daartussen. Ook worden de voordelen van en (extra) aandachtspunten bij de overgang naar het ex-ante capaciteitsmodel en vervolgens het Federatie Actieplan (migratie van prestatiemodel naar capaciteitsmodel en tijdspad) (hoofdstuk 1) besproken. Daarna wordt door middel van een stappenplan (hoofdstuk 2) beschreven hoe de doorontwikkeling van het ex-post prestatiemodel naar het ex-ante capaciteitsmodel vorm is te geven, een capaciteitsbegroting is op te stellen (met specifieke aandachtspunten daarbij), te monitoren, bij te sturen en hoe om te gaan met het eindresultaat. In de bijlagen 1 en 2 wordt aanvullende toelichting op begrippen en lokale keuzemogelijkheden gegeven en worden aanvullende overwegingen en potentieel/facultatief (lokaal) mee te wegen componenten benoemd (bijlage 3). Voorts worden uitgebreide rekenvoorbeelden in relatie tot het type afspraak tussen zorginstelling en zorgverzekeraar en ten aanzien van de verrekening toegelicht (bijlage 4) en een overzicht van historische en actuele ontwikkelingen in de landelijke (medisch specialistische) zorg (bijlage 5) gegeven. Tenslotte (bijlage 6) staan de leden van de Commissie Verdeelmodel en auteurs van dit document genoemd, samen met de ondersteuners en adviseurs.

Samenhang met andere handreikingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden

1. **Handreiking Anticiperen op groei en krimp (in de msz):** groei en krimp van medisch specialistische zorg en het capaciteitsmodel met het afstemmen op elkaar van de capaciteitsbegroting o.b.v. beschikbare fte medisch specialistische zorgverleners en de productiebegroting van de te leveren zorg zijn sterk aan elkaar verbonden. De realisatie van het capaciteitsmodel geeft informatie over actuele groei en krimp situaties en daarbij kunnen de in de handreiking 'Anticiperen op groei en krimp' genoemde handvatten, oplossingsrichtingen en (reken)voorbeelden oplossingen bieden die in de capaciteitsbegroting kunnen worden meegenomen om knelpunten daarin te adresseren.
2. **Handreiking Fte model voor medisch specialisten:** voor het goed kunnen invullen van het capaciteitsmodel is

een zuivere bepaling van het fte aandeel van de formatie dat zich bezig houdt met (direct) patiënt-gerelateerde zorg(productie) werkzaamheden (categorie 1.a) essentieel, waarin met benchmarking de relatie met berekende lokale norm fte's kan worden gelegd. Om de relatie tussen de totaal werkzame fte formatie van een vakgroep en de te registeren/declareren zorgproductie werkzaamheden (categorie 1.a) te kunnen leggen, is het van belang om ook de overige werkzaamheden, zijnde de (indirecte) conditionele patiënt-gerelateerde werkzaamheden (categorie 1.b), bestuurlijke/commissie werkzaamheden (categorie 2) en taken op het gebied van onderwijs en wetenschap (categorie 3) in kaart te brengen.

3. **Handreiking Implementatie Passende zorg (bouwstenen voor de praktijk):** de lokale uitwerking van het capaciteitsmodel met de capaciteits- en productiebegroting moet mogelijkheden bieden om het optimaliseren van passende (en innovatieve) zorg te faciliteren en te implementeren. Daarbij moet worden gedacht aan het efficiënter maken van de zorg door het gebruik van digitale zorgvormen (eHealth, zorg op afstand), het optimaal aangaan van 'het goede gesprek' en 'samen beslissen', het bespreken en opstellen van proactieve (palliatieve) zorgplanning door de medisch specialist i.s.m. patiënt, naasten en huisarts. Voorts het verminderen van msz controles door de frequentie daarvan zo mogelijk te verlagen, door stabiele patiënten terug te verwijzen naar de 1e lijn (JZOJP), het de-implementeren van onnodige zorg, etc. Dit om goed te kunnen inspelen op een veranderde zorgvraag in relatie tot fte capaciteit en op samenwerking over de lijnen heen.
4. **Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg:** ook met betrekking tot het capaciteitsmodel is het van belang om mogelijkheden en fte formatie m.b.t. het structureel overdragen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten aan andere medisch specialistische zorgverleners, zoals de physician assistant (pa), de verpleegkundig specialist (vs) en de klinisch technoloog (kt) daarin mee te nemen. Ook het meenemen van evt. taakdelegatie van medisch specialisten aan gespecialiseerde verpleegkundigen, medisch laboranten, etc. is van belang voor het kunnen inschatten van de mogelijke fte inzet t.a.v. (directe) patiënt-gerelateerde zorg(productie) werkzaamheden (categorie 1.a).
5. **Handreiking Normtijden en normtijdenonderhoud:** normtijden en met name een goede normtijdenbalans zijn van belang voor het kunnen opstellen van een goede capaciteits- en productiebegroting, zeker in deze tijd van zorgverschuiving en groei en krimp situaties. Verder zijn normtijden van belang voor het (optimaal) kunnen leveren van passende, digitale en innovatieve zorg, het meten en vergelijken van zorgproductie via benchmarking, etc. De (gemiddelde) tijdsbesteding van medisch specialisten aan de algemene zorg en verrichtingen, uitgedrukt in normtijden, is tevens van belang voor het bepalen van kostprijzen en het afspreken van tarieven.



7. Handreiking model vergoeding disutility – juli 2016

Link: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_Handreiking_Model_vergoeding_disutility.pdf

ESSENTIE

In deze handreiking voor medisch specialisten in vrij beroep is een model ontwikkeld voor compensatie van disutility (dienstenbelasting buiten de normale werktijd). Het model is een handreiking voor [msb/collectief besturen](#) die nog geen oplossing hebben voor de vergoeding van (ANW) disutility. Medisch specialisten in dienstverband worden al gecompenseerd voor disutility via de 'inconveniënten-regeling' die is opgenomen in de arbeidsvoorwaardenregeling voor dienstverbanders (AMS, Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten). De Handreiking 'Model vergoeding disutility' gaat er vanuit dat lokaal aan elk specialisme punten worden toegekend, waarbij rekening wordt gehouden met de frequentie en de intensiteit van de ANW diensten. Hoe meer diensten (hoe hoger de frequentie) en hoe zwaarder de werkzaamheden tijdens de dienst (hoe hoger de intensiteit), hoe hoger het aantal punten. Op basis hiervan kan een relatieve mate van disutility worden uitgerekend en worden gekoppeld aan de hoogte van een vergoeding daarvoor. Dit is een andere vorm van compensatie die ook los staat van de 'vrij-na-dienst' regeling zoals die is beschreven in de handreiking 'Fte model voor medisch specialisten'. Daarbij is het voor alle specialismen met een zwaardere ANW dienstbelasting mogelijk, waar wenselijk/nodig in het kader van gezond en veilig werken, een dagdeel vrij te nemen als compensatie voor deze dienstbelasting. Dit zodanig dat dit niet leidt tot een comparatief nadeel t.o.v. vakgroepen die na een ANW dienst geen vrij dagdeel compensatie nodig hebben (en daardoor dan meer productie zouden kunnen realiseren). In de handreiking staat uitgelegd hoe de vergoeding voor dienstenbelasting zich verhoudt tot een vrij-na-dienst regeling, staan tips voor de msb's en rekenvoorbeelden en wordt uitgelegd hoe de punten tot stand komen.

Samenhang met andere handreikingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden

1. **Handreiking Anticiperen op groei en krimp (in de msz):** de relatie van de handreiking 'Model vergoeding disutility' met de handreiking 'Anticiperen op groei en krimp' zit vooral in de mogelijkheden tot (compensatie van) de ANW dienstenbelasting, naast en los van de algemene 'vrij-na-dienst' compensatie (dat is een andere regeling met een ander doel, waaraan de disutility regeling complementair is), bij vrijgevestigd medisch specialisten, vergelijkbaar met de inconvenienten regeling binnen AMS voor dienstverband medisch specialisten. Daarbij kan bijvoorbeeld extra formatie worden toegekend aan een vakgroep vanwege significante dienstenbelasting. Dat kan voor de fte bepaling en verdeling van werkzaamheden en vooral in groei en krimp situaties en het oplossen van knelpunten daarbij van belang zijn.
2. **Handreiking Fte model voor medisch specialisten:** ook hierin zit de relatie met de handreiking 'Model vergoeding disutility' in de mogelijkheid om extra fte aandeel aan vakgroepen toe te kunnen kennen binnen msb's, als compensatie voor (significante) dienstenbelasting bij vrijgevestigd medisch specialisten, vergelijkbaar met de inconvenienten regeling binnen AMS voor dienstverband medisch specialisten, naast en los van de algemene 'vrij-na-dienst' compensatie (dat is een andere regeling met een ander doel, waaraan de disutility regeling complementair is). Dat kan voor de fte bepaling en verdeling van werkzaamheden van belang zijn.
3. **Handreiking Implementatie Passende zorg (bouwstenen voor de praktijk):** hiervoor geldt dezelfde relatie tussen de handreiking 'Implementatie passende zorg' en de handreiking 'Model vergoeding disutility' als bovengenoemd bij de handreiking 'Fte model voor medisch specialisten', waarbij in het kader van disutility toegekende extra formatie van belang kan zijn voor het (optimaal) kunnen leveren van passende zorg en bovendien voor het 'gezond en veilig werken' van medisch specialisten.



8. Handreiking Verdeelafspraken in COVID-19 tijden – juli 2020

Link: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_Handreiking-Verdeelsystematiek-COVID-19%20DEF.pdf

ESSENTIE

Op verzoek van medisch specialisten is een handreiking opgesteld met handvatten en adviezen voor het maken van aangepaste financiële afspraken tijdens de COVID-19 periode. De crisis had eerder gemaakte verdeelafspraken soms ingehaald; ze waren niet altijd meer passend, mede doordat diverse zorg onderdelen en verrichtingen vanwege allerlei aan COVID-19 gerelateerde beperkingen (tijdelijk) niet geleverd konden worden. En wat er wel en niet aan zorg kon worden geleverd per specialisme sterk verschillend was, mede afhankelijk van het electief dan wel urgent of spoed zijn van de zorgvragen. Daarnaast zijn veel medisch specialisten van verschillende specialismen als longartsen, anesthesiologen, internisten, cardiologen (en anderen) ingeschakeld geweest bij de specifieke COVID-19 zorg op afdelingen en intensive care afdelingen (IC's), anders dan de normale zorg die zij op hun vakgebied leverden. Dit alles heeft er toe geleid dat de zorg en zorgproductie data niet vergelijkbaar waren met de data vooraf aan de COVID-19 periode en ook in een periode daarna, waarbij o.a. sprake is geweest van 'inhaalzorg'. Deze speciale handreiking biedt daarom diverse mogelijkheden voor het anders verdelen van de omzet, bijvoorbeeld op basis van het msb capaciteitsmodel, maar ook een model op basis van harmonisatie, met fte-inzet als uitgangspunt. Daarnaast heeft de handreiking gepleit voor een 'aanvullende vergoeding COVID-19 zorg' voor vakgroepen die (intensief) betrokken zijn geweest bij de behandeling van COVID-19 patiënten. Tenslotte zijn in de handreiking handvatten gegeven voor het interne lokale proces t.a.v. afspraken met de Raad van Bestuur en binnen het msb t.a.v. de verdeelsystematiek, de bevoorschotting, zijn een aantal concrete oplossingsrichtingen aangereikt m.b.t. aangepaste verdeelafspraken en zijn aanvullende aandachtspunten benoemd.

Deze handreiking is nog steeds lezenswaardig, gezien de andere kijk die in deze crisis op (noodzakelijke) zorgverlening van toepassing was, alsmede een aantal afspraken en oplossingsrichtingen die ook nu nog in sommige situaties gebruikt zouden kunnen worden en/of van pas kunnen komen in een nieuwe dergelijke crisis.

Samenhang met andere handreikingen van de commissie Verdeelmodel en normtijden

1. **Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel:** er is eigenlijk geen relevante samenhang met de andere handreikingen, vooral vanwege deze nog niet eerder vertoonde crisis en alles wat daarmee samenhangt, behoudens met de bovengenoemde handreiking t.a.v. het capaciteitsmodel. Dat echter dan meer als uitgangspunt voor het 'bevriezen' van een financiële/honorariumverdeling o.b.v. voor de COVID-19 periode afgesproken honorariumverdeling in het collectief/msb. Het capaciteitsmodel was destijds wel al (in een beperkt aantal ziekenhuizen) voorhanden en gebruikt, maar deze handreiking 'Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel' verscheen pas veel later (is in november 2023 gepubliceerd).

Bezoekadres:

Federatie Medisch Specialisten
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postadres:

Postbus 20057
3502 LB Utrecht

www.demedischspecialist.nl



Federatie
**Medisch
Specialisten**