



## SAMENVATTINGEN

# Handreikingen Federatie commissie Verdeelmodel en normtijden 2016-2025

Uitgebreide 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.

<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>1. Handreiking Anticiperen op groei en krimp (in de msz) – oktober 2025</b>	<b>6</b>
<b>2. Handreiking Fte model voor medisch specialisten – oktober 2024</b>	<b>12</b>
<b>3. Handreiking Implementatie Passende zorg – juli 2023</b>	<b>16</b>
<b>4. Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg – februari 2025</b>	<b>20</b>
<b>5. Handreiking Normtijden en normtijdenonderhoud – januari 2025</b>	<b>24</b>
<b>6. Handreiking Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel – november 2023</b>	<b>29</b>
<b>7. Handreiking model vergoeding disutility – juli 2016</b>	<b>33</b>
<b>8. Handreiking Verdeelafspraken in COVID-19 tijden – juli 2020</b>	<b>37</b>

## Voorwoord

In dit document staan uitgebreide samenvattingen van de 8 handreikingen die de Federatie commissie Verdeelmodel en normtijden in de afgelopen 10 jaar (vanaf 2026 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 konden onderwerpen i.r.t. verdeelsystematiek en normtijden worden behandeld 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 gehad van diverse senior beleidsmedewerkers van de Federatie vanuit de afdeling Beroepsbelangen en waar van belang van de afdeling Kwaliteit en het Kennisinstituut. Verder heeft LOGEX de commissie steeds technisch en rekenkundig ondersteund. Daarnaast is feedback verwerkt van 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 uitgebreide 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 zijn doel, reikwijdte en korte inhoudelijke samenvatting van de handreiking (soms ook in tabelvorm) beschreven en, waar voorhanden, een korte beschrijving 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 dieper kennis en inzicht tot zich wil nemen door het lezen van de betreffende volledige handreiking(en).

Er is ook een korte versie van de [samenvatting van de handreikingen](#) gepubliceerd als overzichtsdocument, waarin alleen in het kort de essentie en inhoud van de handreikingen is beschreven, zonder een inhoudelijke samenvatting.

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](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 in de door hen geleverde zorg 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.

## DOEL, REIKWIJDTE EN SAMENVATTING

Deze handreiking biedt lokale medisch specialistische vakgroepen en de collectieven (msb's, coöperaties, vmsd's, stafconventen, etc.) samen met hun ziekenhuis management handvatten, tools en inzichten om veranderingen in de zorg met betrekking tot groei en krimp binnen hun zorgverlening te analyseren, inzichtelijk te maken, te interpreteren en daarop in te spelen. Daarbij zijn vakgroepen van vrijgevestigd medisch specialisten en de collectieven vaak al gewend aan het gebruik van parameters en benchmarking om de zorgverlening productie te objectiveren. Dat is ook toenemend in ontwikkeling bij en van belang voor vakgroepen medisch specialisten in dienstverband. Voor beiden gaat het daarbij vooral om met hoeveel fte formatie (en ondersteuning) de zorgverlening productie en aanpalende werkzaamheden en taken op gezonde en duurzame wijze kunnen (blijven) worden gerealiseerd. De focus in deze handreiking ligt op het relateren van lokale ontwikkelingen in zorgverlening en productie aan zowel historische lokale trends als landelijke patronen. Met deze kennis kunnen vakgroepen en collectieven lokale vraagstukken en knelpunten identificeren en deze relateren aan landelijke trends. Daarbij is het cruciaal om lokale groei en krimp objectief te kunnen onderbouwen met gebruik van deze handvatten en tools. Zo kan beoordeeld worden of eventuele fte- en/of budget aanpassingen wenselijk respectievelijk nodig zijn en te bespreken binnen de collectieven en met het ziekenhuis management. Benadrukt moet worden dat kleine incidentele fluctuaties in groei en krimp altijd aanwezig zullen blijven, wat geen aanleiding moet geven tot analyses en bijstellingen. Van belang zijn significante incidentele dan wel structurele mutaties die wel aanleiding kunnen geven tot aanpassingen, beschouwd in het kader van een bredere en langere termijn benadering.

Het uiteindelijke doel van hetgeen in deze handreiking benoemd en aangereikt wordt, is om als ziekenhuis en (collectief en vakgroepen van) medisch specialisten met name lokaal beter te kunnen anticiperen op veranderingen in de zorg en maximale gelijkgerichtheid te bereiken. Dit draagt bij aan het leveren van efficiënte zorg en het versnellen van optimaal passende zorg. Om dit afdoende goed mogelijk te maken zijn congruente en passende afspraken tussen het ziekenhuis en zorgverzekeraars essentieel, waarbij deze afspraken zo goed mogelijk in lijn liggen met de beoogde landelijke ([Integraal Zorgakkoord](#), IZA en [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#), AZWA) doelen versus de lokale situatie. De bredere knelpunten die de lokale situatie overstijgen zullen op landelijke (IZA respectievelijk AZWA) tafels moeten worden geadresseerd en opgepakt, maar alle aanpassingen zullen moeten passen binnen het vigerende landelijke budgettaire kader zorg ziekenhuizen (BKZ-ZH), nu aangeduid als Uitgavenplafond Zorg (UPZ).

De handreiking biedt voorbeeldvragen met antwoorden en knelpunten en potentiële oplossingsrichtingen met betrekking tot groei en krimp. Dit kan leiden tot:

- initiatieven vanuit de vakgroep zelf, samen met het bijbehorende medisch specialistische collectief.
- breder gedragen initiatieven binnen of samen met msb's, vmsd's, stafconventen, etc., altijd in samenwerking met de ziekenhuis organisatie.
- aanpassingen binnen de verdeelsystematiek op zich.
- samenwerking met de ziekenhuis organisatie met betrekking tot afspraken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraars.

De wetenschappelijke vereniging kan hierbij eventueel ondersteuning bieden in het aanreiken van bijvoorbeeld best practices en oplossingsrichtingen voor bekende specialisme-gebonden knelpunten.

## CONTEXT EN INTERPRETATIE VAN DE HANDREIKING

Het betreft hier een brede handreiking voor alle specialismen met een specialisme-overstijgende basis en specifieke aandacht voor ondersteunende specialismen zoals anesthesiologie, radiologie, nucleaire geneeskunde, pathologie, medische microbiologie en klinische chemie. Daarbij worden ook (knelpunten in) de onderlinge afhankelijkheden geadresseerd tussen poortspecialismen (en mutaties daarin) en genoemde ondersteunende specialismen. Er wordt uitgelegd hoe impact van deze mutaties in bijvoorbeeld fte samenstelling op ondersteunende specialismen kunnen worden geanalyseerd en gekwantificeerd, ondersteund door concrete rekenvoorbeelden. Omgekeerd hebben (fte) mutaties in ondersteunende specialismen ook vaak impact op de zorgverlening productie (mogelijkheden) van poortspecialismen.

Deze handreiking raakt aan de algemene en lokale visie op het omgaan met innovatie, verplaatsing van zorg, richtlijnwijziging, groei en krimp en richt zich op hoe hieraan op lokaal niveau praktisch invulling kan worden gegeven. De handvatten, tools en hulpmiddelen zijn gericht op het op juiste wijze kunnen objectiveren, duiden en relateren aan landelijke data en trends van lokale 'groei en krimp' en per specifiek specialisme. Dit met gebruik van spiegelinformatie en (landelijke) benchmarking, waaruit trends kunnen worden voorspeld en waarop dan geanticipeerd kan worden, mits het gaat om trendmatige significante veranderingen en dit objectief te onderbouwen is met deze data.

De handreiking bespreekt uitgebreid de belangrijkste parameters en elementen voor analyse van groei en krimp, spiegelinformatie en benchmarking vanuit zowel landelijk, lokaal als overig perspectief. Aangegeven wordt hoe deze factoren samenhangen en hoe trendoverzichten over meerdere jaren beter inzicht kunnen bieden. Deze parameters en elementen en het gebruik daarvan zijn onder te verdelen in:

1. Landelijk en/of lokaal geschikte parameters en elementen.
2. Landelijke zorgverlening productie-gerelateerde parameters en elementen.
3. Lokale zorgverlening productie-gerelateerde parameters en elementen.
4. Overige parameters en elementen ten aanzien van lokale werkzaamheden (met betrekking tot fte formatie).

Deze informatie helpt om lokale groei of krimp objectief te duiden en te vertalen naar beleid. Zoals genoemd is er bijzondere aandacht voor ondersteunende specialismen en hun (partiële) afhankelijkheid van poortspecialismen – en vice versa –, zoals t.a.v. wijzigingen in fte's of zorginhoud, zodat onderlinge effecten goed geïnterpreteerd kunnen worden.

De belangrijkste (fte) compensatie- en consolidatiemogelijkheden voor het mitigeren van (productie) groei- en krimp vraagstukken, zoals benoemd in deze handreiking, zijn:

a. *Oplossingsrichtingen m.b.t. met name groei situaties:*

	Oplossingsrichting	Opties
1	Versnellen van passende zorg, passende diagnostiek en actief de-implementeren van niet bewezen effectieve zorg, als onderdeel van het reguliere zorgproces.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementeren van specifieke werkzame elementen ten behoeve van de opschaling van samen beslissen, proactieve zorgplanning (in de laatste levensfase) en passende zorg (shared savings).</li> <li>▪ Versnellen en opschalen van digitale/hybride zorg (op afstand) die fysieke zorg vervangt en/of voorkomt, maar ook tijdsbesparing voor de medisch specialist geeft.</li> <li>▪ Versnellen en opschalen van passende zorg met o.a. terugverwijzing en verplaatsing van zorg naar 1e en 0e lijn en gebruik van meedenkadvies en eerste lijns diagnostiek.</li> <li>▪ Passende diagnostiek en behandelingen actief en periodiek optimaliseren, ook m.b.v. het kritisch patiëntgericht toepassen en eventueel bijstellen van richtlijnen en protocollen en de-implementeren van niet bewezen effectieve zorg, zoals n.a.v. de ZE&amp;GG implementatieagenda (<a href="https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-we-doen/implementeren-monitoren/implementatieagenda">https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-we-doen/implementeren-monitoren/implementatieagenda</a>) en programma "Less is more" (<a href="https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-we-doen/implementeren-monitoren/less-is-more">https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-we-doen/implementeren-monitoren/less-is-more</a>).</li> </ul>
2	Efficiëntie, digitale oplossingen en innovatie/AI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (Digitaal) optimaliseren van processen om groei op te vangen zonder grote formatiewijzigingen.</li> <li>▪ Vermindering van administratieve lasten en beoordelingstijd via digitale tools zoals AI bij beeldvorming, spraakherkenning, digitale/hybride patiëntenzorg, digitale patiëntenvoorlichting, digitale communicatie platformen, etc., mits dit daadwerkelijk tijdswinst oplevert.</li> </ul>
3	Formatieve uitbreiding en/of structurele taakherschikking.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formatie ms in vakgroep uitbreiden om te voldoen aan de toenemende zorgvraag.</li> <li>▪ Structurele taakherschikker formatie aanstellen voor overname taken ms.</li> </ul>

b. *Oplossingsrichtingen m.b.t. met name krimp situaties:*

	Oplossingsrichting	Opties
4	Externe werkzaamheden en financiering.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werkzaamheden buiten het ziekenhuis, zoals anderhalvelijns zorg (zie ook punt 5), in ZBC, keuringen of niet-verzekerde zorg (met apart budget).</li> </ul>
5	Fte compensatie/consolidering of uitbreiding met specifieke andere zorg(activiteiten).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voor patiënt-gerelateerde en conditionele werkzaamheden die niet aan dbc-productie gekoppeld zijn en niet (goed) zichtbaar zijn in de output parameters.</li> <li>▪ Voor activiteiten als anderhalvelijns zorg, meekijkconsulten, meedenkadvies en andere JZOJP activiteiten (met evt. extern budget).</li> </ul>



	Oplossingsrichting	Opties
6	Fte vaststelling voor algemene en gedifferentieerde werkdagen roostering en ANW-dienstenbezetting; aanpassing activiteiten, formatie en/of honorarium per fte.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Formatie vermindering met interne (msb) goodwill compensatie (zie ook punt 12).</li><li>▪ Vaste fte-component opnemen in de verdeelsystematiek, los van productie (mits wel onderbouwd met werkzaamheden roosters en niet o.b.v. historische situaties).</li><li>▪ Verschuiven van activiteiten binnen de vakgroep naar gebieden met een grotere zorgvraag of nieuwe initiatieven, zoals passende zorg projecten.</li><li>▪ Honorarium aandeel per fte in de vakgroep aanpassen aan krimp van zorgverlening.</li><li>▪ Breder honorarium compensatie vanuit het msb/(combi-)coöperatie en/of ziekenhuis/RvB.</li><li>▪ Minimale benodigde fte-formatie per vakgroep afspreken i.s.m. het ziekenhuis in relatie tot kwaliteit en continuïteit van zorg en ANW diensten.</li><li>▪ Minimale fte-formatie specifiek voor subspecialisaties afspreken in relatie tot richtlijnen, (subspecialisme) werkdagen roostering en ANW diensten.</li></ul>
7	Creëren van nieuwe functies en inzetten op niet-productie-gerelateerde activiteiten.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Creëren van nieuwe technische en organisatorische functies voor passende zorg en IZA-doelen, zoals ms projectleiders, duaal management, CMIO's, etc.</li><li>▪ Inzetten op niet-productie-gerelateerde taken (o.a. onderwijs, wetenschap, kwaliteitsprojecten).</li></ul>

c. Oplossingsrichtingen m.b.t. zowel groei- als krimp situaties:

	Oplossingsrichting	Opties
8	Gebruik capaciteitsmodel en/of bandbreedte in verdeelsystematiek.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gebruik van capaciteitsmodel en/of instellen (onder- en boven) bandbreedte binnen verdeelsystematiek om (ongewenste) fte groei en krimp te mitigeren.</li><li>▪ Case-mix/zorgzwaarte verschuivingen moeten ook onderdeel zijn van capaciteitsmodel afspraken t.a.v. formaties en de daarbij behorende verdienafpraak.</li></ul>
9	Productie uitwisseling tussen specialismen.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bij krimp van de zorgverlening productie in de ene vakgroep en groei hiervan bij een andere vakgroep kan productie uitwisseling worden afgesproken, waarbij de zorgverlening productie ruimte die ontstaat door krimp bij de ene vakgroep kan worden benut door de andere vakgroep. Dit is een optie waarin met name het capaciteitsmodel voorziet.</li></ul>
10	Tijdelijke en flexibele formatie compensatie.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Inzet CdC's en/of ANIOS bij kleine formatiebehoefte wijzigingen die structurele ms formatie aanpassing niet rechtvaardigt.</li></ul>
11	Aanpassing van normtijden.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Het door de betreffende wetenschappelijke vereniging verhogen van (ambulante) normtijden t.b.v. complexe patiënten/hoge zorgzwaarte waarbij vaak ook een complexer zorgprofiel en gemiddeld zwaardere case-mix aanwezig is. Dit kan leiden tot hogere norm fte uitkomsten voor ambulante en conservatieve zorg.</li></ul>
12	Collectieve goodwill verrekening/ compensatie bij groei of krimp.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Collectieve goodwill- en inverdienregelingen binnen msb's/(combi-)coöperaties.</li><li>▪ En/of interne goodwillverrekeningen binnen de vakgroep bij kleine fte mutaties.</li></ul>
13	Regiomaatschappen oprichten.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Oprichten regiomaatschappen voor flexibeler organisatie en verdeling zorgverlening en personele bemensing (o.a. in ANW diensten), minder afhankelijkheid van zorgverplaatsing en de zorg binnen één ZH. Het lokaal (her) verdelen van zorg en inrichten van ANW diensten is hierbij echter niet altijd eenvoudig.</li></ul>

	Oplossingsrichting	Opties
14	Specialisme-specifieke handvatten.	▪ Aanvullende specialisme-specifieke handvatten en oplossingsrichtingen.

## 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 Specialististen) 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](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.

### DOEL, REIKWIJDTE EN SAMENVATTING

Deze handreiking (eerste versie 2017, herziening in 2021, gedeeltelijke herziening in 2024) biedt een model en kader voor het bepalen en uitsplitsen in soorten werkzaamheden van de (benodigde) fte formatie voor vakgroepen van zowel vrijgevestigde- als loondienst medisch specialisten. De methodiek van de fte bepaling en opgave is hierin verduidelijkt en daarmee is zoveel mogelijk een 'level playing field' gecreëerd voor medisch specialisten en hun vakgroepen. Hiermee is gerealiseerd dat de fte opgave voor o.a. de landelijke benchmark zo maximaal mogelijk passend is bij de werkelijkheid van de praktijkvoering en de verschillen in werkzaamheden die tussen de specialismen nu eenmaal aanwezig zijn. Daarbij is de opgave van werkzame dagdelen t.a.v. het werk opgedeeld in diverse soorten werkzaamheden en activiteiten passend bij het in de dagelijkse praktijk werken als medisch specialist, wat heeft geleid tot 4 categorieën werkzaamheden. Die categorieën werkzaamheden zijn (ook voor benchmarking) toepasbaar zijn op elke medisch specialist, onafhankelijk van de aanstelling, werkvorm en instelling waar hij/zij werkt, mits de uitgangspunten hetzelfde zijn en de werkzaamheden op gelijke wijze binnen de fte aanstelling plaatsvinden. Daarbij dienen alle 4 categorieën werkzaamheden voor een medisch specialist in dienstverband te vallen binnen de overeengekomen (maximale) arbeidsduur en het daarbij horende honorarium.

Deze 4 categorieën omvatten:

1. **Categorie 1.a werkzaamheden:** patiënt-gerelateerde werkzaamheden en activiteiten, op te geven en meetellend voor de landelijke benchmark én meetellend voor de lokale fte formatie.
2. **Categorie 1.b werkzaamheden:** conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde werkzaamheden en

activiteiten, inclusief werk m.b.t. de praktijkvoering én betreffende kwaliteit van zorg activiteiten, die meetellend zijn voor de landelijke benchmark én meetellend voor de lokale fte formatie. Deze werkzaamheden hangen nauw samen met de patiënt-gerelateerde werkzaamheden (categorie 1.a), zijn op zich wel daarvan onderscheidbaar, maar kunnen niet los daarvan gezien worden. Voor dienstverband werkvormen kan deze categorie werkzaamheden apart worden onderscheiden en kwantitatief in fte waarde (lokaal) worden bepaald en eventueel gealloceerd voor (landelijke) benchmark doeleinden.

3. **Categorie 2 werkzaamheden:** niet-patiënt-gerelateerde werkzaamheden (zoals bestuurlijk en commissie werk), *niet* meetellend voor de landelijke benchmark, maar wél meetellend voor de lokale fte formatie, waarin de fte waarde van deze werkzaamheden apart gealloceerd is binnen de totale fte aanstelling van de OE/vakgroep en in principe apart financieel of in fte aanstelling gehonoreerd is (bij voorkeur vanuit een aparte bron gefinancierd).
4. **Categorie 3 werkzaamheden:** werkzaamheden en activiteiten m.b.t. onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, *niet* meetellend voor de landelijke benchmark, maar wél meetellend voor de lokale fte formatie, waarin de fte waarde van deze werkzaamheden apart gealloceerd is binnen de totale fte aanstelling van de OE/ vakgroep en in principe apart financieel of in fte aanstelling gehonoreerd is (en evt. vanuit een aparte bron gefinancierd).

De conditionele werkzaamheden en activiteiten, de bestuurlijke en commissie werkzaamheden alsmede die t.a.v. onderwijs en wetenschap zijn hierbij als separate categorieën gespecificeerd, waarmee nu alle werkzaamheden en activiteiten van een medisch specialist te omvatten zijn. Om (maximaal) als 1,0 fte medisch specialist (voor de landelijke benchmark) te kunnen kwalificeren, zijn 10 werkzame patiënt-gerelateerde (categorie 1.a werkzaamheden) en conditionele patiëntenzorg- en praktijk-gerelateerde (categorie 1.b werkzaamheden) dagdelen benodigd. Dit kunnen zowel face-to-face, zorg op afstand, administratieve als patiënt-gerelateerde en conditionele patiëntenzorg-, praktijkvoering- en kwaliteit-gerelateerde werkzaamheden zijn.

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

Verder is de al langer bestaande 'vrij-na-dienst' regeling verduidelijkt en verbreed naar alle specialismen met een zwaardere ANW dienstbelasting en is het, waar wenselijk/nodig in het kader van gezond en veilig werken, mogelijk als compensatie voor deze dienstbelasting een dagdeel vrij te nemen. 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). De 'vrij-na-dienst' compensatie dagdelen kan worden opgegeven in de fte opgave tool.

Deze herijkte uitgangspunten hebben geleid tot een duidelijker fte opgave die beter aansluit bij de werkelijkheid. Tevens is de vrij-na-dienst regeling verbreed naar mogelijk zijnde voor alle specialismen, doch onder nadrukkelijker randvoorwaarden.

De fte opgave moet worden gedaan in *werkzame dagdelen*, op de wijze zoals in deze handreiking verder is toegelicht. Hiervoor is een (landelijke) 'fte opgave tool' beschikbaar, aangepast op deze handreiking voor het (LOGEX) benchmark model, dat wordt gebruikt in veel ziekenhuizen. Deze tool maakt het voor medisch specialisten (ten opzichte van een benchmark) mogelijk een aantal zaken inzichtelijk te maken: de zorgactiviteiten en trends per vakgroep, de daaraan gerelateerde efficiency, het verbruik van middelen en kosten, en voorts het vaststellen van de norm fte inzet, als basis voor de verdeling van honorarium binnen het msb of de (combi)coöperatie.

Voor de lokale fte waarde binnen een vakgroep en in relatie tot (landelijke) benchmarking kan er verschil zijn tussen een dienstverband en vrijgevestigde werkvorm. Voor de dienstverband werkvorm dienen in beginsel alle 4 categorieën werkzaamheden en activiteiten binnen de overeengekomen (maximale) arbeidsuren van de contractvorm van 1 fte per capita te vallen, waarbij dit voor de categorie 1.a en 1.b werkzaamheden en activiteiten ook geldt binnen de

benchmark fte waarde. Bij vrijgevestigde medisch specialisten geldt dat in principe ook voor de categorie 1.a en 1.b werkzaamheden en activiteiten, maar zijn de categorie 1b, 2 en 3 werkzaamheden vrijer invulbaar binnen of buiten die 1 fte per capita. Het is een doelstelling van deze handreiking om de omvang van de werkzaamheden in deze categorie 1.b beter in kaart te brengen en te kunnen kwantificeren, aangezien een (relatief) hoog of laag aandeel van deze werkzaamheden een verklaring kan zijn bij benchmarkverschillen tussen vakgroepen met eenzelfde en/of verschillende werkvorm van hetzelfde specialisme. Om hierover op objectieve wijze een gesprek te kunnen voeren, wordt het mogelijk gemaakt de omvang van deze werkzaamheden separaat en kwantitatief op te geven bij het uitvoeren van een benchmarkanalyse.

Categorie 2 en 3 werkzaamheden en activiteiten vallen buiten de landelijke fte opgave en landelijke benchmark aangezien die geen directe relatie hebben met de patiënt-gerelateerde (categorie 1.a en 1.b, o.b.v. patiënten zorgverlening in engere zin) werkzaamheden. De werkzaamheden en activiteiten in de categorieën 2 en 3 dienen echter, als dit aan de zorginstelling gerelateerde werkzaamheden zijn, wel meegenomen te worden in de totale lokale fte waarde van een vakgroep. Ze kunnen evt. wel als werkzaamheden buiten deze benchmark worden ingevuld. Daarin dient de financiering/honorering van deze categorie werkzaamheden bij voorkeur op separate wijze vorm te worden gegeven.

In het algemeen zal bij de vrijgevestigde werkvorm voor categorie 2 en 3 een aparte financiële vergoeding geregeld zijn, die men om kan zetten in een extra stukje honorarium dan wel extra fte formatie. Bij dienstverband medisch specialisten dienen alle (categorie 1.a en 1.b, alsmede de categorie 2 en 3) werkzaamheden te passen binnen de fte formatie c.q. de in het dienstverband overeengekomen maximale arbeidsduur. Het kan echter zijn dat categorie 1.b., categorie 2 en/of categorie 3 werkzaamheden ten koste gaan van de tijd die voor de categorie 1.a (en evt. 1.b) werkzaamheden beschikbaar is. Mocht dat het geval zijn, kan i.o.m. de RvB, een vermindering van bepaalde werkzaamheden worden afgesproken dan wel budget door de RvB worden aangewend voor de inzet of het aantrekken van extra formatie, om alle werkzaamheden wel passend te maken binnen de contractueel overeengekomen (maximale) arbeidsduur van de vakgroep leden.

## 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 JZOJP activiteiten en een praktische vertaalslag t.a.v. het doorwerken van categorie 1.b. werkzaamheden in het fte model. In hoofdstuk 3 staan aandachtspunten voor het msb-, (combi-)coöperatie- en vmsd-bestuur en de vakgroepen. Tenslotte volgen een aantal bijlagen. In bijlage 1 staan rekenvoorbeelden m.b.t. opgave per vakgroep respectievelijk per specialist van werkzaamheden per categorie (in dagdelen en fte waarde). In bijlage 2 staat een tabel met de mate van meetellen van medisch ondersteunend personeel in de Fte opgave/benchmark. In bijlage 3 staat een toelichting op de fte-definitie en -opgave en op de vrij-na-dienst regeling met aandachtspunten voor 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 kripsituaties 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, netwerkgang, 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](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](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 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.

#### DOEL, REIKWIJDTE EN SAMENVATTING

'Passende zorg' is de term die sinds 2020 is geïntroduceerd door het [Zorginstituut Nederland](#) (ZiNL) en de [Nederlandse Zorgautoriteit](#) (NZa) en in het [Kader Passende Zorg](#) is uitgewerkt en waarover afspraken zijn opgenomen in het [Integraal Zorgakkoord](#) (IZA) van 2022 en het [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#) (AZWA) van 2025. Alle partijen in de zorg hebben de opdracht gekregen om t.a.v. passende zorg samen te werken en ieder zelf hun rol te pakken, zo ook medisch specialisten en hun collectieven. Dit geldt zowel voor medisch specialisten in dienstverband als vrijgevestigd medisch specialisten. Passende zorg, zoals beschreven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (ZiNL) en in het IZA, is een breed begrip en een 'paraplu' voor verschillende vormen van transitie in de zorg, die zijn gericht op de uitgangspunten en principes van passende zorg. In de term 'passende zorg' komen diverse eerdere begrippen en situaties samen, waaronder JZOJP met 'zorg dichtbij waar het kan en verder weg waar het moet', zorgevaluatie en gepast gebruik, netwerkzorg, digitale/hybride zorg, zorg op afstand, samen beslissen, uitkomstgericht werken, etc. Het geven van een eenduidige definitie van wat passende zorg inhoudt, is niet eenvoudig. Deze handreiking geeft algemene informatie over het begrip passende zorg en de vijf pijlers die in het IZA document worden genoemd, ook gezien vanuit verschillende perspectieven, en gaat nader in op het perspectief vanuit de medisch specialisten en de rol die zij hierin hebben. Specifiek geeft de handreiking richting met handvatten en bouwstenen aan het (verder) optimaliseren van passende zorg in, en in relatie tot de medisch-specialistische zorg en hoe eventuele knelpunten daarin kunnen worden aangepakt. Aan collectieven/msb's en aanbieders van verdeelmodellen wordt informatie gegeven hoe passende zorg in verdeelmodellen zichtbaar gemaakt kan worden en hoe dit meegewogen, financieel vertaald en geïncorporeerd kan worden in o.a. een zorgbegroting en capaciteitsmodel van medisch-specialistische zorg.

Het leveren van passende zorg wordt voortdurend door medisch specialisten gedaan, primair in de spreekkamer en in samenspraak met de patiënt. Hierbij wordt, vanuit hun professionele standaard, zorg geleverd die voldoet (voor zover dat onderzocht is) aan de stand van wetenschap en praktijk, met behulp van richtlijnen en rekening houdend met individuele patiëntvoorkeuren en -omstandigheden en zoveel als mogelijk met het maatschappelijk perspectief. Omdat er altijd ruimte is voor verbetering zetten medisch specialisten zich dagelijks in voor (nieuwe) activiteiten en initiatieven die bijdragen aan verdere optimalisering van passende zorg. Om de medisch specialisten en hun collectieven hierin te ondersteunen, ook binnen een verdeelsystematiek, worden in deze handreiking de volgende handvatten en aanknopingspunten benoemd:

### De belangrijkste punten uit de handreiking Passende zorg – mede in relatie tot verdeelsystematiek

- Passende zorg is een domeinoverstijgende beweging met een breed maatschappelijk perspectief. De medisch-specialistische zorg is één van de schakels in deze (zorg)keten.
- Passende zorg is een complex begrip. De voorkeuren en het perspectief van de individuele patiënt en het maatschappelijk perspectief komen niet altijd overeen. De voorkeuren van de individuele patiënt dienen zoveel als mogelijk leidend te zijn in de spreekkamer en meegenomen te worden in het samen beslissen.
- Aan verdere optimalisering van passende zorg (naast passende zorg die standaard al geleverd wordt) kan door zorgverleners zelf, zoals medisch specialisten en hun vakgroepen, een belangrijke bijdrage worden geleverd door:
  - Het (naast bestaande trajecten) initiëren van nieuwe activiteiten en trajecten die bijdragen aan passende zorg, samen met het ziekenhuis en relevante partijen in de regio;
  - Het continu bijstellen en updaten van richtlijnen en protocollen naar de lokale situatie (met implementatie en adaptatie);
  - Het gericht uitvoeren van passende diagnostiek met het vermijden van ‘dubbel diagnostiek’;
  - Het steeds kritisch blijven beoordelen van (medisch-specialistische) follow-up indicaties en termijnen daarvan;
  - Het overnemen van best practices;
  - Het toepassen van een holistische benadering in het kader van positieve gezondheid en het intensiveren van de interne en externe samenwerking omtrent (multimorbide) patiënten;
  - Het samen beslissen met de patiënt, al dan niet met gebruik van samen beslissen ondersteunende instrumenten;
  - Het intensiveren van onderlinge samenwerking zowel binnen en buiten de medisch-specialistische zorg;
  - Het daarbij initiëren, inrichten en uitbreiden van vormen van netwerkzorg met de eerste en nulde lijn;
  - Het werken aan preventie en leefstijlissues;
  - Het nadenken over profielkeuzes en concentratie en spreiding van zorg;
  - Het continu aandacht hebben voor duurzame personele inzetbaarheid (gezond en veilig werken) en voor werkplezier.

Het continu leren en verbeteren op lokaal en landelijk niveau en het geven van ondersteuning in bovenstaande zaken gebeurt via en door de eigen wetenschappelijke vereniging, en overkoepelend via de Federatie Medisch Specialististen en het Kennisinstituut m.b.t. onder andere [geïntegreerd kwaliteitsbeleid](#) en [goede toepassing en implementatie van kwaliteitsinstrumenten](#)).

Om passende zorg binnen de medisch-specialistische zorg nóg beter te faciliteren en stimuleren, moet voldaan worden aan enkele randvoorwaarden. Bijvoorbeeld:

- Voor (het optimaliseren van) passende zorg is het fungeren van een 24/7 instroombeperking en bevordering van door- en uitstroom van patiënten met betrekking tot medisch-specialistische zorg en ziekenhuizen essentieel. Hier voor is het, naast goed lopende netwerkafspraken tussen de lijnen op werkdagen, ook noodzakelijk dat er in de avond-, nacht en weekend-(anw-)diensten:
  - Sprake is van een goede triage en selectie vooraf ten aanzien van beperking van instroom naar hap en seh (bijvoorbeeld m.b.v. zorgcoördinatie door een zorgcoördinatiecentrum (zcc)).
  - Sprake is van duidelijk overzicht over en ruime mogelijkheden voor een vlotte uitstroom vanuit de seh en het ziekenhuis naar thuis of elders (vvt).
- De alsmaar stijgende zorgvraag dient bij voorkeur absoluut, maar zeker relatief te gaan afnemen, waarbij hulpvragen buiten het medisch domein niet (meer) dienen te leiden tot verwijzing naar dit medisch domein.

- Het gerealiseerd zijn [van betrouwbare, gebruiksvriendelijke \(digitale\) databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling](#) over de lijnen en domeinen heen die de zorg ondersteunt, in een systeem dat aanvoelt als één epd. Ook dient bij het verlenen van zorg altijd een [actueel medicatie overzicht](#) beschikbaar te zijn.
- Het stimuleren, faciliteren en ondersteunen van digitaal zorggebruik, ook voor patiënten en zorgverleners die deze vaardigheden niet of onvoldoende hebben. Zorg ervoor dat [patiënt en arts beschikken over de juiste faciliteiten en goedwerkende techniek](#) om überhaupt digitale zorg te kunnen gebruiken.
- Het streven naar passende zorg mag niet leiden tot een toename van bureaucratie en administratieve lasten – zowel voor zorgprofessionals als voor zorgorganisaties.
- Passende zorg vraagt om (nieuwe) passende, landelijk uniforme (digitale) zorgprestaties, goede registraties en een passende bekostiging over de lijnen en domeinen heen. Om dit te bewerkstelligen zijn aanpassingen noodzakelijk binnen de huidige registratie- en declaratiesystematiek, zonder te streven naar een nieuwe bekostigingsstructuur.
- Wanneer passende zorg leidt tot een verminderde schadelast kunnen ‘shared savings’-afspraken ruimte creëren voor nieuwe initiatieven en innovaties die op hun beurt weer een positief effect hebben op passende zorg.
- Indien het ziekenhuis de passende zorg initiatieven heeft opgenomen in de begroting, is dit veelal onderdeel van een capaciteitsmodel. Daarmee is passende zorg dan (ook) vaak onderdeel van de actuele verdeelsystematiek binnen msb’s/(combi-)coöperaties. Om optimalisering van passende zorg expliciet te maken voor medisch specialisten worden drie varianten voorgesteld die opgenomen kunnen worden in een gebruikt (capaciteits)model: (1) informatief weergeven, (2) meenemen in norm-fte-bepaling en (3) separaat geormerkt budget.

## 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.

### DOEL, REIKWIJDTE EN SAMENVATTING

Deze handreiking biedt handvatten voor de totstandkoming van afspraken over registratieve en financiële aspecten bij de aanstelling en inzet van **taakherschikkers** met de poortfunctie in de medisch-specialistische zorg (msz). Het gaat dan om afspraken tussen medisch specialisten en hun gremia/collectieven enerzijds, en anderzijds om afspraken tussen medisch specialisten met hun raden van bestuur (RvB) en ziekenhuismanagement van ziekenhuizen. Het betreft hier op objectieve uitgangspunten gebaseerde afspraken met vrijgevestigd medisch specialisten over de inzet en verdeling dan wel doorbelasting van (bruto) loonkosten van taakherschikkers die in enige vorm werkzaam zijn ten behoeve van deze medisch-specialistische vakgroepen (binnen msb's/(combi-)coöperaties). Voor medisch specialisten in dienstverband en hun vmsd ofwel umc stafconventen betreft het hier objectief onderbouwde afspraken over inzet en impact op fte-budget en -formatie. Het kan ook de inzet van taakherschikkers betreffen in de ziekenhuisorganisatie in bredere zin (bijvoorbeeld op de seh). Vigerende afspraken hierover blijken verschillend tussen en binnen ziekenhuizen, zijn niet altijd o.b.v. (objectief) onderbouwde uitgangspunten en zijn niet altijd schriftelijk vastgelegd. In dit document gaat het om taakherschikkers die de poortfunctie uitvoeren binnen de msz. Dat zijn momenteel physician assistants (pa's), verpleegkundig specialisten (vs-en) en klinisch technologen (kt-en). Er zijn ook andere zorgverleners werkzaam in de msz die taken van medisch specialisten doen c.q. daarbij ondersteunen (zoals bijvoorbeeld ziekenhuisartsen en anios) waarvoor lokaal en afhankelijk van hun inzet, soortgelijke afspraken zouden kunnen worden gemaakt, echter vallen deze buiten de reikwijdte van deze handreiking. Uiteraard kan daarbij wel gebruik gemaakt worden van de uitgangspunten in deze handreiking.

Onder **taakherschikking** wordt verstaan: 'het structureel overdragen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten aan andere beroepen, zoals de physician assistant (pa), de verpleegkundig specialist (vs) en de klinisch technoloog (kt)'. Dit is niet hetzelfde als taakdelegatie, waarbij het gaat om het overdragen van uitvoering



van taken aan niet zelfstandig bevoegde zorgprofessionals. Degene die delegeert, in dit geval de medisch specialist, behoudt dan zelf wel de eindverantwoordelijkheid. Deze handreiking gaat alleen over taakherschikking binnen de msz. In essentie gaan de afspraken over de (patiënt-gerelateerde) zorgverlening, de aanstelling van taakherschikkers, (loon) kostenverdeling en de mogelijke impact op de formatie. In deze handreiking ligt daarbij de nadruk op de financiële en [registratieve aspecten van taakherschikking](#). De aanvullingen en aanpassingen van deze versie 2.0 van deze handreiking zijn tot stand gekomen met input van en in overleg met de NZa, NAPA en V&VN(-VS) in 2024-2025.

Door het structureel neerleggen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten bij andere beroepsbeoefenaren kunnen medisch specialisten zich richten op specialistische en complexere taken en handelingen. Taakherschikking wordt gezien als een middel om de zorg van hoge kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden en sluit aan bij de principes van [passende zorg](#) en [de juiste zorg op de juiste plek](#). Taken van medisch specialisten worden vaak herschikt naar [verpleegkundig specialisten](#) (vs-en), [physician assistants](#) (pa's) of klinisch technologen (kt-en). Andere hiervoor (minder vaak) ingezette beroepen zijn de ziekenhuisarts KNMG of de Bachelor Medisch Hulpverlener. Deze beroepen worden ook wel 'taakherschikkende beroepen' of 'taakherschikkers' genoemd. De pa, vs en kt (en per 1 januari 2026 ook de klinisch verloskundige) hebben de zelfstandige bevoegdheid gekregen tot het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen, zoals beschreven in de [Wet BIG](#). Per 1 januari 2022 was in de NZa regelgeving de verplichting opgenomen dat de uitgevoerde zorgactiviteiten vastgelegd worden op individuele agb-code van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Vanaf 1 januari 2023 is dit in de NZa regelgeving aangepast en is de verplichting opgenomen dat de uitgevoerde zorgactiviteiten vastgelegd worden op de kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Deze verplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren, inclusief de taakherschikkers die hieronder vallen. Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten. De taken die taakherschikkers uitvoeren zijn afgestemd op de opleiding, competenties, erkenning, kwalificatie en het deskundigheidsgebied van de betrokken beroepsbeoefenaren (oftewel taken waarvoor zij 'bekwaam en bevoegd' zijn) zoals opgenomen in de Wet BIG. Uitgangspunt en randvoorwaarde voor taakherschikking is dat de kwaliteit (en toegankelijkheid) van zorg op gelijk niveau blijft, of zelfs verbetert. Per vakgroep dient (bij voorkeur vooraf) te worden ingeschat of de inzet van de taakherschikker hieraan afdoende bijdraagt. Hoewel er geen harde criteria zijn om dit te bepalen, is het essentieel om de doelen (welk 'probleem' wordt er mee opgelost) en de vorm van inzet bij taakherschikking vooraf te bepalen, hierover heldere afspraken te maken en dit schriftelijk vast te leggen. Verder is evaluatie bij al gerealiseerde taakherschikking mogelijk door o.a. tevredenheidsonderzoeken bij patiënten en zorgverleners en metingen m.b.t. toegankelijkheid. Taakherschikking is geen opzichzelfstaand doel.

Deze handreiking heeft als focus de implementatie van taakherschikking in ziekenhuizen, maar waar dit van toepassing en gewenst is, kan dit ook gebruikt worden in andere zorginstellingen binnen de medisch-specialistische zorg (zoals bijvoorbeeld een revalidatiecentrum). Waar in deze handreiking over msb's wordt gesproken, is dit ook van toepassing voor (combi-)coöperaties van medisch specialisten. Waar over gremia/collectieven van dienstverband medisch specialisten wordt gesproken, worden vmsd's en umc stafconventen bedoeld en in algemene zin medische staven voor alle medisch specialisten. Enkele zaken betreffen specifiek vrijgevestigd medisch specialisten c.q. hun msb's/(combi-)coöperaties, wat daarbij apart benoemd of uit de tekst te herleiden is.

Voor doorbelasting van loonkosten van taakherschikkers als VS, PA of KT aan collectieven en/of vakgroepen van medisch specialisten dan wel fte waardebeoordeling van hen binnen een vakgroep van dienstverband medisch specialisten zijn 4 mogelijke uitgangspunten omschreven, waaruit een keuze kan worden gemaakt en welke in gezamenlijk overleg tussen bestuur van collectieven en/of vakgroepen met de RvB respectievelijk het ziekenhuis management kan worden overeengekomen. In de handreiking worden deze uitgangspunten nader toegelicht:

1. Uitgangspunt 1: gemiddelde tarief opbrengsten verhouding.
2. Uitgangspunt 2: gemiddelde verhouding budgetten of omzet.
3. Uitgangspunt 3: benchmark congruentie of loonkosten-/honorariumverhouding.
4. Uitgangspunt 4: kwantiteit.

Hieruit zijn verschillende scenario's af te leiden voor de financiering door c.q. doorbelasting van taakherschikkers aan collectieven respectievelijk vakgroepen van vrijgevestigd medisch specialisten, zoals vermeld in de tabel 'Scenario's activiteiten-registraties-financiële aspecten bij taakherschikking zorginstelling-msb/(combi-) coöperatie':



Scenario	Activiteiten vs/pa/kt	Registratie op agb-code door	Dienstverband vs/pa/kt bij	Declaraties via ziekenhuis/zorginstelling ten bate van	Verdeling/doorbelasting van bruto loonkosten optie(s) vs/pa/kt
1	Kwaliteits- en overige werkzaamheden en registraties (die geen taken van ms zijn/waren, die worden/zijn overgenomen)	Voor zover van toepassing: vs/pa/kt	ziekenhuis/zorginstelling	Meestal geen declarabele verrichtingen	100% zorginstelling/ziekenhuis; evt. na overleg bijdrage msb /vakgroep
2	Kwaliteits- en overige werkzaamheden en registraties waarbij taken van ms worden/zijn overgenomen	Voor zover van toepassing: vs/pa/kt	ziekenhuis/zorginstelling	Meestal geen of heel beperkt declarabele verrichtingen; indirect mogelijkheid tot toename zorgverlening door medisch specialisten	xx% zorginstelling/ziekenhuis met (naar rato van baten voor) msb overeen te komen verdeling/doorbelasting aan msb/vakgroep
3	Deels zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid uitgevoerde patiëntgerelateerde za- en zp- werkzaamheden; (mede)verantwoordelijkheid ms	za-en: vs/pa/kt zp-en: ms	ziekenhuis/zorginstelling	Honorariumaandeel/normtijd: msb/vakgroep Kostendeel: zorginstelling/ziekenhuis	1/6 deel of alternatief msb /vakgroep en 5/6 deel of alternatief zorginstelling/ziekenhuis (in financieel kader past en valt het productie-aandeel taakherschikking aan msb)
4	Deels zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid uitgevoerde patiëntgerelateerde za- en zp- werkzaamheden; (mede)verantwoordelijkheid ms	za-en: vs/pa/ kt-za-en: ms	msb/ vakgroep	Honorariumaandeel/normtijd: msb/vakgroep Kostendeel: zorginstelling/ziekenhuis*	100% msb/vakgroep (na financieel kader overheveling brutoloonkosten taakherschikking ziekenhuis t.a.v. msb)*
5	Volledig zelfstandig en onder eigen (eind)verantwoordelijkheid uitgevoerde patiëntgerelateerde za- en zp- werkzaamheden	Za-en en zp-en: vs/ pa/kt	msb/ vakgroep	Honorariumaandeel/normtijd: msb/vakgroep Kostendeel: zorginstelling/ziekenhuis*	100% msb/vakgroep (na financieel kader overheveling brutoloonkosten taakherschikking ziekenhuis t.a.v. msb) *

\* Indien er geen volledige budgetoverheveling van de brutoloonkosten van de betreffende vs/pa/kt formatie heeft plaatsgevonden van de zorginstelling/ziekenhuis naar het financieel kader van msb/(combi-)coöperatie, dan geldt in dit scenario voor de rubriek 'declaraties' dat de complete gedeclareerde integrale tarieven (zowel kostendeel als honorariumdeel) via taakherschikkers gedeclareerde omzet naar het msb/(combi-)coöperatie gaat. Hierbij wordt door het msb/(combi-)coöperatie een onderling af te spreken vergoeding voor de door de zorginstelling gemaakte (facilitaire) kosten aan de zorginstelling vergoed. Een tussenvariant is een andere verdeling van de gedeclareerde integrale tarieven omzet via taakherschikkers die evenredig is aan de mate van budget(overheveling) van zorginstelling naar msb/vakgroepen van brutoloonkosten m.b.t. taakherschikkers. Deze situatie geeft meer complexiteit en afwijkende financiële stromen, wat als minder wenselijk wordt gezien. (za-en = zorgactiviteiten; zp-en = dbc-zorgproducten).

## 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 daarom 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](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.

### DOEL, REIKWIJDTE EN SAMENVATTING

Deze handreiking 'Normtijden en normtijdenonderhoud binnen de medisch-specialistische zorg' is geschreven voor alle medisch specialisten, hun vakgroepen en hun bestuurlijke gremia/collectieven. Specifiek voor diegenen die zich op één of andere wijze (al dan niet bestuurlijk) bezighouden met normtijdenonderhoud, capaciteit/fte- en zorgverlening productiebegrotingen, 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 een andere organisatie. Bij al deze onderwerpen spelen normtijden toenemend een (belangrijke) rol. Het is essentieel dat niet alleen gremia/collectieven besturen 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. het zorginstellingmanagement en externe partijen. Met deze handreiking probeert de Federatie Medisch Specialisten aan kennis hiervan bij te dragen. In deze handreiking worden achtergronden, de wijze van toekenning, het gebruik en het belang van normtijden, en normtijdenonderhoud besproken. Het is meer dan 10 jaar geleden (in 2012) 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 een 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.

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 evenredige normtijdentoekekening aan de gemiddelde tijdsbesteding aan de verschillende vormen van verrichtingen (zoals consultering, diagnostiek, conservatieve en invasieve/operatieve behandelingen) en settingen (zoals ambulante, dagbehandeling, klinisch, operatief, etc.). Frequent algemeen en periodiek intensief normtijdenonderhoud is daarvoor cruciaal. Het daarbij herkenbaar en inzichtelijk zijn en blijven van normtijden is eveneens 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 zorgverlening productie zo volledig mogelijk in normtijden (van zorgactiviteiten en zorgprofielen van zorgproducten) wordt meegenomen. Dit is dus meer dan alleen de gemiddelde tijdsbesteding aan de verrichtingen of ingrepen 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

Naast een brede consensus over het belang van goede normtijdenbalans bestaat er ook brede consensus m.b.t. het vaststellen van realistische normtijden. Hier zijn veel wetenschappelijke verenigingen (wv-en) actief mee bezig en maken hier al goede voortgang in. Realistische normtijden geven zo goed mogelijk de gemiddelde tijdsbesteding van de medisch specialist aan zorgproductie activiteiten weer. 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.
- 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 en ingrepen zelf maar ook van de daarmee samenhangende tijdsbesteding, zoals voorbereiding, diagnostiek, behandeling, vervolgsconsulten, overlegtijd, administratie, etc.

- Het is hierbij mogelijk om de landelijk vastgestelde normtijden te gebruiken bij kostprijsbepaling, 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 de niet patiënt-gerelateerde en overige werkzaamheden hierin ontbreken.
- Het risico van oneigenlijk vergelijk tussen specialismen.
- Een knelpunt is dat normtijden lastig exact vast te stellen zijn, omdat dit 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.

De handreiking biedt ook verdieping van de in de hierboven genoemde risico's en knelpunten m.b.t. normtijden, met een aantal veel gestelde vragen en antwoorden daarop, dit is opgenomen in een bijlage.

Om te komen tot realistische normtijden hebben diverse wv-en ervaren 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 bijvoorbeeld 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 gremia/collectieven 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 ook de Federatie handreikingen 'Fte-model voor medisch specialisten' en 'Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel'). Verder zijn de beschikbaarheid van een afdoende aantal én homogeniteit van zorgactiviteiten en dbc-zorgproducten (in hun settings), essentieel bij benchmarking. Benchmarking is bij de meeste medisch specialismen adequaat mogelijk maar in sommige situaties zijn hierbij ook 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. Dit speelt in mindere mate bij 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 o.a. van belang bij werklustbepaling 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/collectieven 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.

## 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.

### DOEL, REIKWIJDTE EN SAMENVATTING

Deze handreiking bevat achtergronden, handvatten en tips om tot een gewenste transitie van een prestatie(verdeel)model naar een capaciteitsbegroting (verdeel)model in medisch specialistische zorginstellingen te komen. Het prestatie-model is doorontwikkeld tot een capaciteitsmodel, samen met medisch specialisten, onder andere t.a.v. de verdeling van financiële middelen (als vergoeding voor de door medisch specialisten geleverde zorg). Het doel is 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. En dat zoveel mogelijk binnen de landelijke en lokale ontwikkelingen en afspraken. De bovengenoemde transitie heeft als doel om de gelijkgerichtheid, die al langer aanwezig is op kwalitatief, bestuurlijk en financieel terrein, tussen de (gremia/collectieven van) medisch specialisten en de zorginstellingen voor medisch specialistische zorg (msz) waarbinnen zij werken, verder te versterken.

Deze handreiking omvat nadere uitleg van het (ex-post) prestatie-model en het (ex-ante) capaciteitsmodel, de overeenkomsten daarin en verschillen daartussen, alsmede de voordelen van en (extra) aandachtspunten bij de overgang naar het (ex-ante) capaciteitsmodel in het kader van optimalisering van gelijkgerichtheid binnen de msz. Voorts wordt een stappenplan beschreven hoe een capaciteitsbegroting is op te stellen, te monitoren, bij te sturen en om te gaan met het eindresultaat. De laatste jaren zijn er diverse landelijke ontwikkelingen gaande in de zorg als geheel en specifiek in de msz, wat doorontwikkeling van een msb verdeelmodel van prestatie-model naar capaciteitsmodel gewenst heeft gemaakt. Dit zorgt voor verdere optimalisatie van de reeds aanwezige gelijkgerichtheid tussen msb's en ziekenhuizen en biedt mogelijkheden om innovatie, digitale/hybride- en netwerkzorg met inzet van slimme technologie en daarmee gewenste zorgverschuivingen (JZOJP) te stimuleren. Daarbij is een goede samenwerking tussen alle zorgpartijen essentieel, vooral tussen de huisarts en thuiszorg (1e lijn) en de msz en daarin m.n. tussen instellingen voor ziekenhuiszorg en medisch specialisten (en hun gremia/collectieven). Dit alles is nodig omdat het zorgstelsel en de financiering ervan sterk onder druk staat. Het wordt steeds meer een uitdaging om zowel de kwaliteit van zorg hoog te houden als ook de toegankelijkheid goed te houden, zonder lange wachtlijsten. Ook VWS, het ZiNL en de NZa zijn van mening dat een optimale gelijkgerichtheid binnen de medisch specialistische zorg een voorwaarde is voor het (kunnen) leveren van passende zorg.

Argumenten voor doorontwikkeling en het overgaan van prestatiemodel naar capaciteitsmodel o.b.v. een aantal (deels potentiële) belangrijke voordelen:

- Optimale(re) gelijkgerichtheid tussen zorginstellingen en gremia/collectieven en vakgroepen van medisch specialisten. Het daarbij werken van zorginstelling en artsen aan één gezamenlijk doel: interne portfoliokeuzes en externe contractafspraken met zorgverzekeraars worden via de begroting van de patiëntenzorg rechtstreeks vertaald naar het msb/vmsd en vakgroepen/OE's.
- (Het stimuleren van) meer betrokkenheid van de medisch specialisten bij de koers die gezamenlijk met het ziekenhuis kan worden uitgesteld.
- Meer rust binnen de gremia/collectieven van medisch specialisten op het gebied van (inzet van en ontwikkeling in) benodigde formatie, omdat men bij de ex-ante norm fte-bepaling in het capaciteitsmodel meer zekerheid vooraf heeft.
- Met het capaciteitsmodel is de 'ratrace' om elk jaar je eigen benchmark te 'verslaan' er wel grotendeels uit. Er kan beter ingespeeld worden op lokale en vakgroep-specifieke veranderingen in zorgverlening in de tijd (lokale trends en ontwikkelingen, incl. effecten van veranderende protocollen en richtlijnen).
- Ook voor het ziekenhuis en de zorgverzekeraars is het o.b.v. een begroting vooraf afspraken maken beter werkbaar. Voor het ziekenhuis onder andere om zo tijdiger kunnen inspelen op de hierboven genoemde trends en ontwikkelingen m.b.t. de juiste inzet van personeel en middelen.
- Het in het capaciteitsmodel niet meetellen van de input-parameter geeft een betere relatie tussen geleverde inspanningen/kosten en declaraties (zowel aan kant van medisch specialisten als aan die van het ziekenhuis).
- Er is mogelijk meer flexibiliteit in te bouwen m.b.t. digitale zorg, JZOJP, shared savings en 'passende zorg' effecten (dit kan ook wel in het prestatiemodel, maar is dan vaak pas achteraf en niet vooraf in te bouwen).

Deze doorontwikkeling wordt beschreven in deze handreiking, met als doel de overgang van het ex-post prestatiemodel naar het nieuwe ex-ante capaciteitsmodel te stimuleren en te versnellen. Daarvoor worden handvatten en tips gegeven, maar worden ook randvoorwaarden benoemd voor medische specialistische gremia/collectieven (msb's, (combi)-coöperaties, vmsd's). De hiervoor te maken afspraken binnen deze gremia/collectieven zullen echter lokaal vorm gegeven moeten worden in gezamenlijkheid met de RvB van de zorginstelling. Het maken van afspraken tussen de zorginstelling en de zorgverzekeraar(s) én het opstellen van de begroting van de zorginstelling zullen nog sterker en strakker gevoed moeten worden door trends en verwachtingen vanuit de zorgprestaties die geleverd zullen (moeten) gaan worden door de diverse medisch specialistische OE's/vakgroepen (en hun wetenschappelijke verenigingen). De mogelijkheden om als (gremia/collectieven van) medisch specialisten gelijkgericht met het ziekenhuis te kunnen zijn, hangen ook sterk samen met de (vorm van de) afspraken die de zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar maken. Omgekeerd houdt het gelijkgericht zijn in dat (besturen van) medisch specialistische gremia/collectieven ook door de RvB en het management van de zorginstelling nauw betrokken dienen te worden bij het overleg over en het maken van afspraken tussen zorginstelling en zorgverzekeraar(s), de (jaarlijkse) brief met kaderstelling en de begroting van de zorginstelling. Deze wederkerigheid is voor de gelijkgerichtheid een 'conditio sine qua non'.

Tabel 1: Samengevat overzicht van overeenkomsten en verschillen tussen het ex-post prestatiemodel en het doorontwikkelde ex-ante capaciteitsmodel.

	Ex-post prestatie model	Ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel
1	Landelijke benchmarking o.b.v. vakgroep/organisatorische eenheid (OE) vergelijking met vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde specialisme.	Landelijke benchmarking o.b.v. vakgroep/organisatorische eenheid (OE) vergelijking met vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde specialisme
2	Waardebepaling entiteit is een 'norm fte'.	Waardebepaling entiteit is een 'norm fte'.
3	Objectivering vakgroep/casemix verschillen a.d.h.v. normtijden (output parameter).	Objectivering vakgroep/casemix verschillen a.d.h.v. normtijden (output parameter).
4	Mogelijkheid tot incorporeren aanvullende parameter componenten als bandbreedte(s), vaste (werkzame) fte-formatie, JZOJP, disutility, kwaliteit.	Mogelijkheid tot incorporeren aanvullende parameter componenten als bandbreedte(s), vaste (werkzame) fte-formatie, JZOJP, disutility, kwaliteit.



	Ex-post prestatie model	Ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel
5	Loon naar werken, binnen vooraf vastgestelde bandbreedte.	Loon naar werken, binnen de grenzen van de capaciteitsbegroting.
6	Ex-post (achteraf, over het betreffende jaar) bepaling van norm fte's per vakgroep voor geleverde zorgverlening in het betreffende jaar. Norm fte bepaling ontwikkelt zich gedurende het jaar.	Ex-ante (vooraf, over voorgaand jaar) bepaling van norm fte's per vakgroep voor te leveren zorgverlening in het betreffende jaar. Norm fte bepaling staat begin van het jaar vast.
7	Basis parameters: input, output (o.b.v. afsluitdatum) en efficiency.	Basis parameters: output (o.b.v. openingsdatum) en efficiency
8	Beperkte mogelijkheden tot meewegen lokale trends en ontwikkelingen vakgroepen (krimp en groei t.o.v. benchmark).	Ruimere mogelijkheden tot meewegen lokale trends en ontwikkelingen vakgroepen (krimp en groei t.o.v. benchmark).
9	Gelijkgerichtheid met (ziekenhuis)zorginstelling in loop van jaar door goede afspraken tussen medisch specialisten (gremia en vakgroepen) vooraf en met bijsturen tijdens jaar.	Optimale gelijkgerichtheid met (ziekenhuis)zorginstelling vanaf start van jaar door goede afspraken tussen medisch specialisten (gremia en vakgroepen) vooraf o.b.v. begroting en bijsturen tijdens jaar.
10	Beperkte betrokkenheid van vakgroepen medisch specialisten bij afspraken en zorginstelling begroting.	Grotere betrokkenheid (benodigd) van vakgroepen medisch specialisten bij afspraken en zorginstelling begroting
11	Niet altijd sturen medisch specialisten en zorginstelling richting eenzelfde doel.	Sturen van medisch specialisten en zorginstelling richting eenzelfde doel. En bevordering aansluiting met financiering van het ziekenhuis.
12	Bepaling (fte) capaciteit en middelen inzet o.b.v. historie voorafgaande jaar/jaren.	Bepaling (fte) capaciteit en middelen inzet o.b.v. zorginstelling begroting met interne portfoliokeuzes en externe contractafspraken.
13	Later inzicht en mogelijkheden voor aanpassing van capaciteit en middelen.	Tijdiger inzicht en mogelijkheden voor aanpassing van capaciteit en middelen.

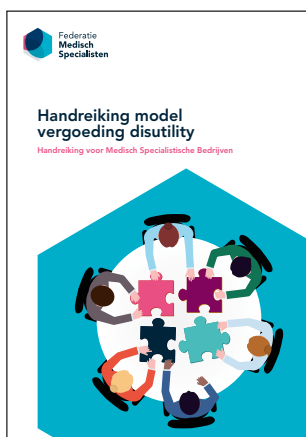
## INHOUD

Na de inleiding en beschrijving van actuele landelijke ontwikkelingen in de (medisch specialistische) zorg, volgt een praktische uitleg van het (ex-post) prestatie model 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 prestatie model naar capaciteitsmodel en tijdspad) (hoofdstuk 1) besproken. Daarna wordt door middel van een stappenplan (hoofdstuk 2) beschreven hoe de doorontwikkeling van het ex-post prestatie model 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 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 in de vorm van 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](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.

### DOEL, REIKWIJDTE EN SAMENVATTING

Door het toenemen van de dienstenbelasting van de medisch specialist was er ook bij vrijgevestigd medisch specialisten behoefte aan een centraal ontwikkeld model voor vergoeding van 'disutility', de dienstenbelasting buiten de normale werktijd. Steeds vaker kwamen vanuit vrijgevestigd medisch specialistische vakgroepen en Medisch Specialistische Bedrijven (msb's) vragen hierover. Van oudsher is disutility een lastig te kwantificeren onderdeel binnen de medisch specialistische zorg gebleken. Voor medisch specialisten in dienstverband is er al langere tijd binnen de AMS-regeling (Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten) een compensatie voor dienstenbelasting in de vorm van een 'inconveniëntenregeling'. Maar dienstenbelasting is ook - in verschillende mate - aanwezig bij vrijgevestigd medisch specialisten. Binnen de vrijgevestigde medisch specialistische collectieven en collectieven/msb's was er voornamelijk echter geen landelijk geaccepteerd model.

In deze handreiking is een uitwerking gemaakt van een model dat voorziet in een vergoeding voor disutility bij vrijgevestigde medisch specialistische vakgroepen. Hierbij is geprobeerd de dienstenbelasting zo goed mogelijk en objectief inzichtelijk en meetbaar te maken. Er zijn al collectieven/msb's die naar tevredenheid afspraken hebben gemaakt over disutility. Aan deze afspraken hoeft niets te veranderen. Wanneer echter lokaal geen eenduidige oplossing is gevonden en daar wel behoefte aan is, kan dit model als handreiking dienen voor de collectieven/msb-besturen. Het is aan het betreffende collectief/msb(-bestuur) om het voorliggende model vergoeding disutility wel of niet te gebruiken. Dit is overigens een andere vorm van compensatie die los staat van de 'vrij-na-dienst' regeling zoals

die is beschreven in de handreiking 'Fte model voor medisch specialisten'. Deze vrij-na-dienst regeling heeft betrekking op alle specialismen met een zwaardere ANW dienstbelasting en is het, waar wenselijk/nodig in het kader van gezond en veilig werken, mogelijk 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 destijdsse werkgroep Verdeelmodel zijn de inhoudelijke mogelijkheden en onmogelijkheden van een model vergoeding disutility uitvoerig besproken. Het doel van deze handreiking was om te komen tot objectieerbare toekenning van compensatie voor dienstenbelasting per vakgroep. Het model in deze handreiking is het meest werkbaar en toepasbare model gebleken. Binnen dit model wordt rekening gehouden met de frequentie en intensiteit van de dienstenbelasting per vakgroep. Dit zijn dezelfde ingrediënten die bij de AMS-regeling voor medisch specialisten in dienstverband worden gebruikt, maar ze zijn gemodificeerd voor toepassing bij vrijgevestigd medisch specialistische vakgroepen en collectieven/msb's. Het model gaat er vanuit dat lokaal aan elke specialisme punten worden toegekend waarbij rekening wordt gehouden met zowel de intensiteit als de frequentie van de diensten (alsmede de inzet van assistenten bij de diensten, etc.). De puntentoekening kan als basis worden gebruikt voor de verdeling van een gealloceerd (gereserveerd) bedrag voor disutility, van een gealloceerd aantal (extra) norm-fte's, of van een vorm van niet-financiële vergoeding. Deze vergoeding of extra fte norm-fte toekenning per vakgroep kan worden opgenomen als aanvulling op de bestaande verdeelsystematiek. Het is in principe mogelijk om als collectief/msb lokaal de variabelen van het model in te stellen. Aangeraden wordt echter om op lokaal niveau niet alle discussiepunten te herhalen maar dit model en de 'default' waarden als uitgangspunt over te nemen.

#### **Input collectief/msb-bestuur voor het model vergoeding disutility**

Om te komen tot een uitgewerkt model vergoeding disutility is vanuit het collectief/msb-bestuur, aangeleverd vanuit de vakgroepen, vooraf op de volgende onderdelen input nodig:

- aandeel van het financieel kader dat wordt gereserveerd voor de model vergoeding disutility (norm-fte aandeel en/of percentage van financieel kader);
- aantal dienstroosters per vakgroep (meestal objectief opvraagbaar);
- intensiteit van de dienst op vakgroep niveau (nader toegelicht).

#### **De frequentie component**

De frequentiecomponent geeft de belasting van het aantal diensten weer. Op basis van een schaalverdeling wordt onderscheid gemaakt in de zwaarte van de belasting. De puntenindeling op de frequentiecomponent wordt berekend aan de hand van de grootte van vakgroep (fte-formatie) en het aantal roosters dat gevuld dient te worden. De frequentiescore wordt vervolgens automatisch berekend.

De gemiddelde frequentie van dienst wordt bepaald voor de vakgroep als geheel.

- Volgens de landelijke definitie in het Witte Boek IV (destijds in juni 2011 gepubliceerd door de Orde van Medisch Specialisten, de voorganger van de Federatie Medisch Specialisten) zijn er 9 diensten per week: 5 avonddiensten doordeweeks en 2 keer 2 diensten m.b.t. beide weekenddagen, dit aantal is voor iedere vakgroep gelijk<sup>1</sup>. Voor het onderscheid tussen vakgroepen is de grootte van de vakgroep van belang. Afhankelijk van de grootte van de vakgroep bestaat er een meer of mindere mate van belasting per medisch specialist (medisch specialisten in kleine vakgroepen hebben relatief vaker dienst).
- Iedere vakgroep heeft 52 weken aan 9 diensten in te vullen en daarnaast eventueel gedifferentieerde roosters.

Binnen de frequentiecomponent worden vier categorieën onderscheiden, met een voorgestelde puntentelling van 1

---

1 'Er zijn per maatschap maximaal 9 diensten in de week (avond/nacht telt voor één dienst en een weekenddag voor 2 diensten) en daarmee 9 dagdelen compensatie in vrije tijd per maatschap die kunnen worden gehonoreerd. Hiermee wordt gecompenseerd voor de omvang van de maatschap en daarmee de frequentie van de diensten (grote vakgroepen worden niet onnodig gecompenseerd)' – uit het Witte Boek IV (in juni 2011 gepubliceerd door de Orde van Medisch Specialisten), hoofdstuk 6 'Afspraken binnen collectief' blz. 35, onder 'Aandachtspunten'. Het Witte Boek IV is niet (meer) te downloaden vanaf de website van de Federatie Medisch Specialisten, maar kan (in pdf vorm) aangevraagd worden via een mail naar [raadberoepsbelangen@demedischspecialist.nl](mailto:raadberoepsbelangen@demedischspecialist.nl) onder vermelding 'graag toesturen van het Witte Boek IV'.



tot 4 punten. De indeling houdt aansluiting bij de AMS en wordt automatisch berekend, door de frequentie van de diensten te delen door de fte-formatie die ingevuld is in de fte-inputtool. De indeling van de dienstenfrequentie en puntentelling is als volgt:

Indeling frequentie (conform AMS)	Punten
<i>Minder dan 2 per maand / fte</i>	1 punt
<i>2 tot en met 5 diensten per maand / fte</i>	2 punten
<i>6 tot en met 10 diensten / fte</i>	3 punten
<i>Meer dan 10 diensten per maand / fte</i>	4 punten

### Aantal dienstroosters

Daarnaast speelt het aantal dienstroosters dat gevuld dient te worden een rol in de frequentiecomponent. Wanneer het aantal roosters meer dan 1 is, dan telt elk extra rooster voor de helft mee, omdat niet ieder rooster evenveel aanwezigheid kent. Voor gedeelde diensten en/of bij regionale samenwerking is de dienstfrequentie gedeeld en dus lager, waarvoor een \*0,5 compensatiefactor wordt gebruikt. Bij een combinatie van eigen diensten en gedeelde diensten zal de bijbehorende parameter naar rato kunnen worden berekend. Dit staat in de handreiking nader toegelicht, met rekenvoorbeelden.

De indeling van het aantal roosters en de voorgestelde puntentelling daarbij wordt als volgt berekend:

Aantal Roosters	
<i>Eén dienstrooster</i>	1
<i>Meerdere locaties, of gedifferentieerd rooster</i>	ieder +1/2 punt
<i>Regionale samenwerking of diensten gedeeld</i>	* 0,5

### De intensiteitscomponent

De intensiteitscomponent geeft de mate van de zwaarte van de werkzaamheden tijdens de dienst weer. Op basis van een schaalverdeling wordt onderscheid gemaakt in de zwaarte van de belasting. De intensiteit van de werkbelasting tijdens de dienst, en de lokaal specifieke situatie per vakgroep, is bepalend voor het toekennen van de punten.

- Bij het bepalen van intensiteit wordt gekeken naar de gemiddelde intensiteit over een langere periode, bij voorkeur een heel jaar om voor 'seizoensinvloeden' te corrigeren.
- De gemiddelde intensiteit wordt in principe bepaald voor de vakgroep als geheel.
- Er is gekozen voor een semi-kwantitatieve benadering van intensiteit om voor en binnen het collectief/msb(bestuur) enige mate van flexibiliteit te houden in de indeling en het verschil in setting ten opzichte van de AMS.

Binnen de intensiteitscomponent worden vier categorieën onderscheiden, met een voorgestelde puntentelling van 1 tot 6 punten. De indeling houdt aansluiting bij de AMS waarbij het verschil is dat type 1 in onderstaande puntentelling 1 punt heeft in plaats van 0 punten. Er is gekozen voor een niet-lineaire punten toekenning bij de intensiteit categorieën omdat het 'frequent of langdurig tot vrijwel altijd fysiek aanwezig zijn' in categorie 3 respectievelijk 4 als een aanzienlijk zwaardere belasting is geduid dan de intensiteit van en het verschil tussen 'weinig of frequent telefonisch overleg' van categorie 1 respectievelijk 2.

De indeling van intensiteit en de voorgestelde puntentelling is als volgt:

Indeling Intensiteit (analoog aan AMS)	Punten
<i>Categorie 1: Bereikbaar met marginaal tot en met weinig frequent telefonisch overleg en (vrijwel) nooit fysiek aanwezig</i>	1 punt
<i>Categorie 2: Bereikbaar met regelmatig tot en met frequent telefonisch overleg en weinig frequent fysiek aanwezig</i>	2 punten
<i>Categorie 3: Bereikbaar met intensief telefonisch overleg en frequent of langdurig fysiek aanwezig</i>	4 punten
<i>Categorie 4: Aanwezigheid: vrijwel altijd tot altijd fysiek aanwezig</i>	6 punten

### **Berekening aantal 'disutility punten'**

Het uiteindelijke aantal berekende 'disutility punten' als waardering van de totale dienstenbelasting van de vakgroep is het quotiënt van dienstenfrequentie punten x dienstenintensiteit punten. Dit is bewust anders gekozen dan bij de AMS 'inconveniënten' regeling, waar de dienstenfrequentie en dienstenintensiteit punten bij elkaar opgeteld worden. Het quotiënt hiervan is volgens de destijdsse werkgroep een realistischer weergave van de echte dienstenbelasting. Deze 'disutility punten' per vakgroep kunnen worden gedeeld op het totaal van de 'disutility punten' van alle vakgroepen van het collectief/msb om te komen tot een verdeling van een financiële respectievelijk extra norm-fte compensatie (of anderszins) vanuit het collectief/msb conform de daarvoor gemaakte afspraken. In de handreiking staan diverse rekenvoorbeelden opgenomen voor verschillende situaties en scenario's.

### **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](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 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.

### DOEL, REIKWIJDTE EN SAMENVATTING

Deze handreiking gaat in op de financiële effecten van de COVID-19 pandemie in de msz en de gevolgen hiervan op verdeelafspraken. De handreiking bevat handvatten en adviezen waarmee de Federatie Medisch Specialisten heeft willen bijdragen aan het maken van aangepaste verdeelafspraken in de COVID-19 tijden. Daarbij waren saamhorigheid, consensus en gelijkgerichtheid de uitgangspunten. Zoals medisch specialisten schouder-aan-schouder met elkaar en met het ziekenhuis hebben gewerkt in het (voorbereiden van het) leveren van COVID-19 zorg. De breed samengestelde commissie die deze handreiking heeft opgesteld is daarbij ondersteund door LOGEX en heeft via een online vragenlijst input ontvangen vanuit msb's. Ook adviseurs van msb's en individuele medisch specialisten hebben hun zienswijze gegeven. Voor de totstandkoming van deze handreiking is input verzameld via een enquête onder msb-besturen. Hierbij zijn uitgangspunten en oplossingsrichtingen voorgelegd en is aanvullende input gevraagd aan msb's en combicoöperaties. In totaal is de enquête vanuit 41 msb-besturen ingevuld. De resultaten en responses uit deze enquête zijn verwerkt in deze handreiking en opgenomen in een bijlage (2).

De handreiking is gericht op vrijgevestigd medisch specialisten in medisch specialistische bedrijven (msb's) en combi-coöperaties. De handreiking bevat echter ook aanknopingspunten voor medisch specialisten met een arbeidsovereenkomst op basis van AMS+ bij het maken van (aangepaste) afspraken over de plus. De keuze voor een oplossingsrichting en de uitwerking daarvan is (en blijft altijd) een lokale verantwoordelijkheid. De aangepaste verdeelafspraken zijn echter niet los te zien van andere financiële afspraken. Allereerst werden landelijk afspraken gemaakt tussen de brancheverenigingen ZN, NFU en NVZ over de financiële afwikkeling van de msz in de COVID-19 tijden. Deze landelijke afspraken vormden de basis voor lokale afspraken tussen de zorgverzekeraars en het ziekenhuis over contractafwikkeling 2020. Deze afspraken konden worden vertaald naar de (al aanwezige) afspraken tussen het ziekenhuis en het msb of de combi-coöperatie.

COVID-19 zorg en zorgzwaarte zijn nauwelijks te vergelijken met andere zorg en hebben een niet eerder geziene impact op het zorgsysteem en de inzet en capaciteit van medisch specialisten gehad. Veel inzet door medisch specialisten in deze COVID-19 tijden waren niet zichtbaar in registraties. Tijdens de opschaling van COVID-19 zorgcapaciteit hebben medisch specialisten veel tijd besteed aan deelname aan lokaal en regionaal crisisoverleg, afstemming met landelijke organisatie en aansturing van de COVID-19 zorg, interne scholing en onderlinge uitwisseling van ervaringen (bijvoorbeeld met medisch specialisten uit China en Italië, maar ook binnen de eigen wetenschappelijke vereniging of via de Federatie Medisch Specialisten). Om de capaciteit en beschikbare middelen voor COVID-19 zorg te optimaliseren, was gelijktijdig de reguliere zorg afgeschaald en deels anders ingericht middels e-health oplossingen. De organisatie hiervan was voor velen een dagtaak. Dat geldt evenzo voor de latere opschaling van reguliere zorg met de beperkingen van de 1,5 meter afstand houden en de langdurig blijvende schaarste aan beschikbare middelen. Het leveren van COVID-19 zorg heeft van medisch specialisten veel gevergd. Intensivisten, anesthesiologen, internisten, longartsen en cardiologen draaiden dubbele diensten en achterwachten op IC- en verpleegafdelingen. Andere medisch specialisten sprongen bij als zaal- of SEH-arts of werkten als anios op de IC. Dit gold ook voor extra en andere inzet van physician assistants, verpleegkundig specialisten en herintreders in de zorg. Dit naast de enorme inzet van (gespecialiseerde) verpleegkundigen en ondersteunend zorgpersoneel. Het leveren van (semi-)spoedeisende non-COVID zorg vergde daarnaast tijdrovende, extra triageactiviteiten van alle medisch specialisten en veel afstemming met bijvoorbeeld huisartsen. De non-COVID zorg werd geleverd met minder formatie, omdat collega's werden ingezet voor COVID-19 zorg. Daarbij werd al snel duidelijk dat de achterstand in de (semi-) electieve zorg in 2020 slechts voor een beperkt deel in te halen was, ondanks de inrichting van avond- en weekendpoli's.

### Productieverloop

Het jaar 2020 kende een aantal ongelijke perioden, voor een klein deel zonder, en voor een belangrijk deel mét COVID-19 zorg. In tabel 1 is dit weergegeven.

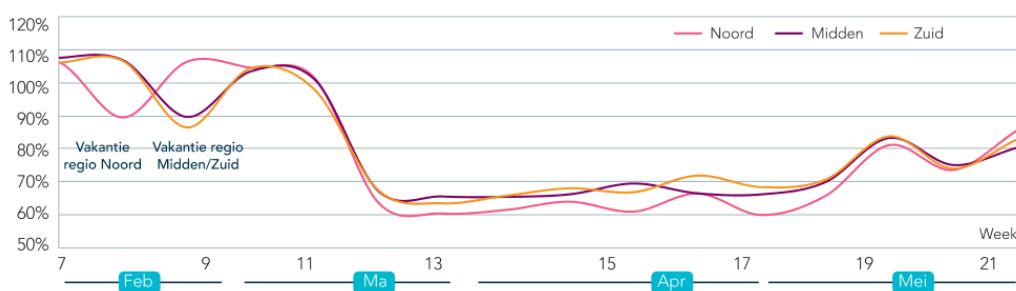
Tijdperiode	Zorgperiode	Zorgproductie
Januari - februari 2020	Pre-COVID-19 crisis	Reguliere productie
Eind februari - april 2020	COVID-19 crisis	COVID-19 productie Reguliere zorgproductie -30% tot -70%
Mei - najaar 2020	Uitloop-COVID-19 crisis/ het nieuwe normaal	COVID-19 (na)zorgproductie Opstart/inhaal reguliere productie
Najaar 2020 en 2021	Uitloop-COVID-19 crisis/ het nieuwe normaal	Reguliere productie, Inhaalproductie, COVID (na)zorgproductie Opleving van COVID-19 niet uit te sluiten

Tabel 1. Tijdsperioden, zorgperioden en productie in 2020-2021

### Verdringing van reguliere zorg

Het leveren van COVID-19 zorg evenals het beschikbaar krijgen en houden van – uiteindelijk deels niet gebruikte – capaciteit voor COVID-19 zorg was alleen mogelijk doordat in alle ziekenhuizen van alle afdelingen capaciteit en

middelen zijn vrijgespeeld. Deze afschaling van reguliere zorg heeft grotendeels evenredig plaatsgevonden tussen de regio's, zoals zichtbaar in figuur 2.



Figuur 2. Trend productie per week, reguliere zorg 2020 (Index 100% = gemiddeld jaarniveau 2019) [bron: LOGEX]

### Financiële afspraken

De ontstane situatie vroeg om aanpassingen in de bestaande financiële afspraken in 2020 en ook in 2021. Deze afspraken hebben bestaan uit een aantal samenhangende onderdelen:

1. Uitwerking van landelijke afspraken tussen ZN, NFU en NVZ over de invulling van het budget of financieel kader met betrekking tot medisch specialistische zorg van ziekenhuizen;
2. Vertaling van deze landelijke afspraken in lokale afspraken tussen ziekenhuis en verzekeraar(s) over het budget/financiële kader;
3. Vertaling van deze lokale afspraak in een afspraak tussen ziekenhuis en msb('s);
4. Verdeling van omzet en kosten binnen het msb op basis van verdeelafspraken.

### Uitgangspunten

De volgende uitgangspunten hebben aan de basis gestaan van deze handreiking en konden ook lokaal worden gehanteerd:

- Aansluiting houden bij geformuleerde landelijke principes en uitgangspunten voor de afwikkeling van de contractuele afspraken.
- Besef dat saamhorigheid, solidariteit en eenheid bij uitstek in deze periode essentieel is.
- Besef dat de inzet, tijdsbesteding en productie in 2020 door COVID-19 geheel anders is dan in 2019, zowel van COVID-19 als non-COVID zorg, met grote onderlinge verschillen, regionaal en lokaal.
- Recht doen aan inzet van specialisten die extra zorg hebben geleverd en compensatie methodiek voor specialisten die ongewenst en ongewild productieverlies hebben ondervonden.
- Verdeling niet te complex en technocratisch te maken.
- Richtten op aangepaste verdeelafspraken voor 2020, maar dit kan waarschijnlijk niet los gezien worden van uitgangspunten voor 2021.

Tenslotte zijn in de handreiking handvatten gegeven voor het interne lokale proces t.a.v. afspraken met de RvB 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.

### 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 samenhang, 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](http://www.demedischspecialist.nl)



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**