



Federatie
**Medisch
Specialisten**

HANDREIKING

Doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel



Colofon

De Handreiking doorontwikkeling benchmarking naar capaciteitsbegrotingsmodel 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
November 2021

Vormgeving IJzersterk.nu

Vrijwaring

De Federatie Medisch Specialisten heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van deze handreiking. Desondanks accepteren wij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting	5
Leeswijzer	7
Inleiding	8
Aanleiding	8
Doel, reikwijdte en inhoud	8
Commissie Verdeelmodel en normtijden	9
Actuele landelijke ontwikkelingen in de (MS) zorg	10
Hoofdstuk 1: Doorontwikkeling naar (ex-ante) capaciteitsbegroting ter bevordering gelijkgerichtheid	12
Uitleg prestatie­model (ex-post) methode	12
Uitleg (ex-ante) capaciteitsbegrotingsmodel methode	12
Belang van doorontwikkeling naar capaciteitsbegrotingsmodel	13
Samenvatting overeenkomsten en verschillen prestatie­model en capaciteitsbegrotingsmodel	14
Voordelen ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel t.o.v. ex-post benchmarking	15
Aandachtspunten ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel t.o.v. ex-post benchmarking	15
Federatie Actieplan: migratie van prestatie­model naar capaciteitsbegrotingsmodel en tijdspad.	16
Mogelijkheden om overgang van ex-post benchmarking prestatie­model naar ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel te faciliteren en aandachtspunten	16
Overige faciliterende condities	17
Aandachtspunten	17
Hoofdstuk 2: Stappenplan capaciteitsbegroting	20
Voorafgaand aan het jaar: opstellen capaciteitsbegroting o.b.v. ex-ante benchmark	20
Gedurende het jaar: monitoren en bijsturen t.o.v. begroting	20
Afrekening per vakgroep of vakgroepen/zorg eenheid	21
Bijlage 1 Aanvullende toelichting begrippen	24
Bijlage 2 Overzicht lokale keuzes	27
Bijlage 3 Aanvullende overwegingen met betrekking tot het model	28
Fte's en bandbreedte of mutatie kader toepassing	28
Meewegen efficiency in norm fte bepaling	28
Meewegen aanvullende componenten	28
Bijlage 4 Rekenvoorbeelden	31
Rekenvoorbeeld (1): opstellen begroting	31
Rekenvoorbeeld (2): monitoren en bijsturen t.o.v. begroting gedurende het jaar	32
Rekenvoorbeelden (3 t/m 8): afrekening per type afspraak	33
Rekenvoorbeelden impact JZOJP	39
Bijlage 5 Landelijke ontwikkelingen in de (MS) zorg – historisch en actueel	40
Historie	40
Actueel	40
Bijlage 6 Auteurs en samenstelling Commissie Verdeelmodel (en normtijden)	42

Voorwoord

De voorliggende handreiking van de Federatie Medisch Specialisten (Federatie) 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) wordt continu doorontwikkeld 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 van) medisch specialisten en de zorginstellingen voor medisch specialistische zorg (MSZ) waarbinnen zij werken, verder te versterken.

We hebben in Nederland een (ook internationaal gezien) kwalitatief zeer hoogstaand zorgsysteem. Ons systeem biedt bovengemiddeld kwalitatieve en toegankelijke zorg in vergelijking met andere landen om ons heen. Het Nederlandse zorg- en ziektekostenstelsel was volgens het meest recent gepubliceerde Euro Health Consumer Index (EHCI) onderzoek in 2018¹ het één na de beste in heel Europa (in 2017 het beste). Dit rapport wordt in principe jaarlijks gepubliceerd door het gerenommeerde Health Consumer Powerhouse (HCP) in Zweden. Dit instituut meet ons zorgstelsel op o.a. gebruiksvriendelijkheid, toegankelijkheid, patiëntenrecht, behandelingsresultaten, medicijnen en preventie. Deze conclusie is in 2021 nog eens bevestigd door het onderzoek van de Commonwealth Fund organisatie².

Om deze, tot de beste ter wereld gerekende, Nederlandse medisch specialistische zorg zo hoogstaand, innovatief, toegankelijk én betaalbaar te houden, zijn nieuwe financierings- en samenwerkingsvormen binnen de medisch specialistische en transmurale zorg nodig. Dit resulteert in een positief stimulerend effect op adequate inzet van slimme technologie met digitale vormen van zorgverlening - transmuraal en op afstand (via bijvoorbeeld telemonitoring), wat behulpzaam kan zijn bij een gewenste transitie van de zorg. Hierbij kan ook netwerkzorg en uniforme digitale gegevensuitwisseling gefaciliteerd, en optimale eigen regie van de patiënt (zoveel mogelijk in diens eigen leefomgeving) gestimuleerd worden. Zodoende wordt juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) door de juiste zorgverlener en op het juiste moment laagdrempeliger en breder implementeerbaar. Dit vergt echter ook investeringen en dus enige financiële (groei)ruimte in de MSZ, om deze gewenste transitie te kunnen blijven bekostigen, naast de zich steeds verbeterende technologische behandelmogelijkheden. Een blijvende MSZ 'nullijn' (vanaf 2022, zie HLA 2019-2022)³ lijkt daarin niet realistisch noch haalbaar. Tenzij met hiervoor gealloceerd budget en/of passende zorg projecten financiële ruimte kan worden gecreëerd, waarmee een dergelijke transitie kan worden gefinancierd.

De COVID-19 pandemie heeft, o.a. door de versnelling van het doorvoeren van allerlei digitale en hybride vormen van zorg (fysieke zorg afgewisseld met zorg op afstand) met daarbij JZOJP, het snel lerend en anticiperend vermogen in de zorg nog eens bevestigd. Deze crisis heeft een enorme wissel getrokken op de gezondheidszorg en de financiële middelen in Nederland (en alle andere landen), maar heeft wel laten zien hoe belangrijk de aanwezigheid van voldoende zorgcapaciteit (buffer) is. De ongeëvenaarde druk van de COVID-19 patiënten op de IC's, verpleegafdelingen en overige faciliteiten en daardoor beperktere diagnostische en behandelingsmogelijkheden voor non-COVID zorg (fysieke poliklinische consulten, operaties, opnames op verpleegafdeling en IC), heeft geleid tot (fors) olopende wachttijden van (reguliere) semi-electieve non-COVID zorg. Ervaring hebben in het werken met een capaciteitsbegrotingsmodel kan ook hier voordelen bieden, aangezien daarmee reguliere zorg en inhaalzorg beter in scenario's in te plannen en uit te voeren zijn.

Kortom: de overgang bij alle MSB's van het prestatie(model) met een ex-post verdeling naar een model dat uitgaat van verdeling op basis van een vooraf (ex-ante) bepaalde capaciteitsbegroting o.b.v. lokale contractafspraken tussen ziekenhuis, zorgverleners en de zorgverzekeraars, zal de gelijkgerichtheid in de medisch specialistische zorg verder optimaliseren en kan gewenste zorgtransities faciliteren.

Marcel van der Linde,
Voorzitter Commissie Verdeelmodel en Normtijden.

1 <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

2 https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf

3 <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/hoofdlijnenakkoord>

Samenvatting

Deze handreiking omvat nadere uitleg van het (ex-post) prestatie­model en het (ex-ante) capaciteitsbegrotings­model, de overeenkomsten daarin en verschillen daartussen, alsmede de voordelen van en (extra) aandachtspunten bij de overgang naar het (ex-ante) capaciteitsbegrotings­model 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, waardoor doorontwikkeling van een MSB verdeel­model van prestatie­model naar capaciteitsbegrotings­model gewenst is. Dit zorgt voor verdere optimalisatie van de reeds aanwezige gelijkgerichtheid⁴ 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 thuiszorg 1^e lijn en MSZ en daarin m.n. tussen instellingen voor ziekenhuiszorg en medisch specialisten (en hun gremia). Dit alles lijkt 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 de toegankelijkheid goed en zonder lange wachtlijsten. Ook VWS, het ZiN en de NZa zijn van mening dat een optimale gelijkgerichtheid binnen de medisch specialistische zorg een voorwaarde is voor het (kunnen) leveren van passende zorg⁵.

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

- Optimale(re) gelijkgerichtheid tussen zorginstellingen en gremia 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 uitgestippeld;
- Meer rust binnen de gremia 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 capaciteitsbegrotings­model meer zekerheid vooraf heeft;
- Met het capaciteitsbegrotings­model is de 'ratrace' om elk jaar je eigen benchmark te 'verslaan' er wel grotendeels uit;
- Er kan beter ingespeeld kan 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 m.b.t. de juiste inzet van personeel en middelen en het daarmee tijdiger kunnen inspelen op de hierboven genoemde trends en ontwikkelingen;
- Het in het capaciteitsbegrotings­model 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 capaciteitsbegrotings­model te stimuleren en te versnellen. Daarvoor worden handvatten en tips gegeven, maar worden ook randvoorwaarden benoemd voor medische specialistische gremia (MSB's, (combi)-coöperaties, VMSD's). De hiervoor te maken afspraken binnen deze gremia zullen echter lokaal vorm gegeven moeten worden in gezamenlijkheid met de Raad van Bestuur van de zorginstelling. Het maken

4 Monitor medisch-specialistische zorg 2021: inzicht in contractering, gelijkgerichtheid en financiële prikkels in 2020 en 2021 en kostenontwikkeling in 2019 (incl. dure geneesmiddelen). https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_642707_22/1/

5 Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_624559_22/1/

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 gaan (moeten) worden door de diverse medisch specialistische OE's/vakgroepen (en hun wetenschappelijke verenigingen). De mogelijkheden om als (gremia 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 ook door de Raad van Bestuur 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 prestatie model en het doorontwikkelde ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel.

	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.
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	Bepaalde 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	Bepaalde 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 portfolio-keuzes en externe contractafspraken.
13	Later inzicht en mogelijkheden voor aanpassing van capaciteit en middelen.	Tijdsiger inzicht en mogelijkheden voor aanpassing van capaciteit en middelen.

Leeswijzer

Na de inleiding en beschrijving van actuele landelijke ontwikkelingen in de (medisch specialistische) zorg, volgt een praktische uitleg van het (ex-post) prestatie­model en het (ex-ante) capaciteitsbegrotings­model, de overeenkomsten daarin en verschillen daartussen, alsmede de voordelen van en (extra) aandachtspunten bij de overgang naar het (ex-ante) capaciteitsbegrotings­model en vervolgens het Federatie Actieplan (migratie van prestatie­model naar capaciteitsbegrotings­model en tijdspad) (hoofdstuk 1). Daarna wordt een stappenplan (hoofdstuk 2) beschreven hoe de doorontwikkeling van het ex-post prestatie­model naar het ex-ante capaciteits­model vorm is te geven, een capaciteitsbegroting is op te stellen (met specifieke aandachtspunten daarbij), te monitoren, bij te sturen en hoe om te gaan met het eindresultaat.

In de bijlagen wordt aanvullende toelichting op begrippen en lokale keuzemogelijkheden gegeven (bijlagen 1 en 2) 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.

Inleiding

Aanleiding

Het 'traditionele' benchmark verdeelmodel (genaamd 'prestatie-model') wordt al diverse jaren gebruikt als het primaire verdeelmodel bij de meeste medisch specialistische gremia, zoals MSB's en (combi-)coöperaties met hun vakgroepen/specialismen. Binnen het reguliere prestatie-model wordt de gerealiseerde patiëntenzorg en doelmatigheid van een vakgroep achteraf (ex-post) vergeleken met een landelijke referentie voor de vakgroep. Het prestatie-model wordt continu doorontwikkeld samen met medisch specialisten, zodat de honorering van de zorgverlening zoveel mogelijk passend is en blijft binnen de landelijke en lokale ontwikkelingen en afspraken.

Een ideaal verdeelmodel is nog niet is uitgevonden, waarbij elk verdeelmodel, maar ook elke ziekenhuisbegroting en de bijbehorende afspraken met de zorgverzekeraars, kwetsbaar is voor plotselinge veranderingen in de benodigde zorgverlening met meer of minder aanbod van bepaalde typen zorg dan waarop begroot was. Ondanks dit gegeven maken diverse landelijke ontwikkelingen (zie verder) en de wil om de aanwezige gelijkgerichtheid tussen medisch specialistische gremia en de ziekenhuizen verder te optimaliseren, het nodig om de reeds ingezette doorontwikkeling van het prestatie-model naar het beter passende capaciteitsbegrotingsmodel versneld op te pakken. Hiermee wordt die gelijkgerichtheid als belangrijke basis opgenomen in doorontwikkelde verdeelmodellen, waarbij ook het hier besproken capaciteitsbegrotingsmodel verder doorontwikkeld zal worden, gevoed door medisch specialisten.

Doel, reikwijdte en inhoud

Het doel van deze handreiking is om de overgang van het ex-post prestatie-model naar het ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel te versnellen en faciliteren, en daartoe handvatten en tips te geven, maar ook randvoorwaarden daarvoor te benoemen voor medisch specialistische gremia (MSB's, (combi-)coöperaties, VMSD's). De hiervoor te maken afspraken met deze gremia zullen echter lokaal vormgegeven moeten worden en in gezamenlijkheid met de Raad van Bestuur 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 gaan (moeten) worden door de diverse medisch specialistische OE's/vakgroepen (en hun wetenschappelijke verenigingen).

De mogelijkheden om als (gremia van) medische 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 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 zorginstelling begroting. Deze wederkerigheid is voor de gelijkgerichtheid een 'conditio sine qua non'.

Deze handreiking en leidraad is vooral bedoeld voor (besturen van) MSB's, (combi-)coöperaties en VMSD's en de daarin participerende medisch specialisten, maar benoemt ook randvoorwaarden die nodig zijn van de kant van zorgverzekeraars en zorginstellingen om de gewenste doorontwikkeling met optimalisering in gelijkgerichtheid en transitie van zorg te faciliteren. In deze handreiking worden daartoe zowel het ex-post prestatie-model als het doorontwikkelde ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel met hun kenmerken, overeenkomsten en verschillen toegelicht. Argumenten en voordelen om over te gaan van het prestatie-model naar het capaciteitsbegrotingsmodel worden besproken, zoals deze ook in de samenvatting zijn opgesomd.

Waar in dit document alleen over MSB's wordt gesproken, betreft dit ook (combi-)coöperaties en eventueel ook VMSD's. Waar over ziekenhuis wordt gesproken worden ook andere zorginstellingen bedoeld die medisch specialistische zorg leveren. Waar over vakgroepen wordt gesproken, worden ook OE's (Organisatorische Eenheden = meestal vakgroepen binnen een MSB/(combi-)coöperatie) bedoeld. Met vakgroepen/zorgeenheid wordt een cluster van vakgroepen binnen een (ook m.b.t. de begroting) samenwerkende zorgeenheid en/of met betrekking tot een zorgproces (bijvoorbeeld mammazorg, lymfoedeem, vaatinterventies, etc.) bedoeld.

Commissie Verdeelmodel en normtijden

Sinds 2015 fungeert vanuit de Raad Beroepsbelangen (RBB) van de Federatie een Commissie Verdeelmodel en normtijden die is ingesteld om, met feedback en advies van de RBB, het Federatiebestuur te adviseren over vraagstukken op dit gebied.

Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigende leden van de wetenschappelijke verenigingen (wv-en) en heeft eerder de in juli 2016 door de Federatie gepubliceerde 'Handreiking Model vergoeding disutility', de in 2017 gepubliceerde 'Handreiking Fte benchmark model' en de in 2020 gepubliceerde 'Handreiking Verdeelafspraken in COVID-19 tijden' vormgegeven. In bijlage 6 bij deze handreiking staat de samenstelling van de Commissie.

Actuele landelijke ontwikkelingen in de (MS) zorg

De laatste jaren zijn er diverse landelijke ontwikkelingen gaande in de zorg als geheel en specifiek in de MSZ (zie voor meer [historisch overzicht bijlage 5](#)). Die omvatten de in het HLA 2019-2022⁶ beschreven steeds beperktere financiële ruimte in de MSZ versus de discrepantie daarvan t.o.v. de toenemende (autonome) zorgvraag en blijvende toename van technologische (deels hoogstaande en dure) behandelmogelijkheden. Daarbij speelt de forse stijging van de kosten in de verpleeghuis- en gehandicaptenzorg via de Wet langdurige zorg (Wlz) en GGZ waarschijnlijk nog een belangrijkere rol. Het zorgstelsel en de financiering ervan staan sterk onder druk, het wordt steeds meer een uitdaging om zowel de kwaliteit van zorg hoog te houden als de toegankelijkheid goed, en zonder lange wachtlijsten.

Voorts speelt er al veel langer een politieke discussie over 'ongewenste productieprikkels' en een eventuele (gedwongen) overgang van vrijgevestigd medisch specialisten naar dienstverband. Daarnaast is er druk vanuit overheid (VWS, NZa, ZN/zorgverzekeraars, ZiN) tot het afbouwen van financiering en honorering o.b.v. ('ongewenste') productie(prikkels) en met name vanuit NZa en VWS de oproep tot (meer) gelijkgerichtheid tussen medisch specialistische gremia en zorginstellingen. In de COVID-19 periode van 2020 en 2021 is gebleken dat juist de zorgbehoefte van patiënten leidend is in het acteren van medisch specialisten en ziekenhuizen en daarin geen 'oneigenlijke' productieprikkels aanwezig waren. Integendeel, er moest juist alles op alles gezet worden om zowel COVID-19 patiënten als (urgente) non-COVID patiënten te kunnen helpen. Dit heeft geleid tot fors oplopende wachttijden in de minder urgente non-COVID zorg, waarbij het een misvatting is om afgeschaalde zorg te duiden als niet noodzakelijke zorg.

Ook vanuit de medisch specialisten zelf en binnen MSB's, (combi-)coöperaties, VMSD-en wetenschappelijke verenigingen is er behoefte om het prestatie benchmarkmodel door te ontwikkelen, omdat een verdeelmodel ondersteunend moet zijn aan de ontwikkelingen in de zorg en de organisatie daarvan. Dit komt het best tot zijn recht in situaties waarbij er voldoende ruimte is voor adequate honorering van de zorgverlening die gevraagd en (passend) geleverd wordt. De gelijkgerichtheid die hierin al tussen medisch specialisten en de ziekenhuizen aanwezig is, kan verder vormgegeven worden door de systematiek van het verdeelmodel zo optimaal mogelijk te laten aansluiten bij de systematiek van de ziekenhuisbegroting en de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars, door over te gaan naar een capaciteitsbegrotingsmodel. Het prestatie-/verdeelmodel is immers slechts een afgeleide van de prikkels/afspraken binnen de zorginstelling organisatie. Als de zorginstelling en zorgverzekeraar(s) nog steeds de afspraken maken o.b.v. het 'vullen' van een budgetplafond o.b.v. pure productieparameters is het voor medisch specialisten ook niet anders mogelijk dan o.b.v. productieparameters te werken, omdat de medisch specialisten anders juist niet gelijkgericht zouden zijn. Het gelijkgericht kunnen zijn o.b.v. (ook) andere dan productieparameters en met een andere wijze van invulling van de te verlenen zorg, vergt ook andere afspraken tussen zorginstelling en zorgverzekeraar.

Hiervoor is comfort voor de zorginstellingen en medisch specialisten nodig. Dit comfort kan bijvoorbeeld bereikt worden door het maken van meerjarenafspraken tussen zorginstelling en zorgverzekeraars (zonder daarbij vooraf opgelegde kortingen). Voorts zijn daarbij het toekennen van jaarlijkse indexeringen aan de zorginstelling van belang, de inzet van transformatiegelden en het daarbij incorporeren van enige mate van flexibiliteit. Dit laatste bijvoorbeeld vanwege adherentie-verschuivingen, kosten van (dure) investeringen die voor de kwaliteit van te leveren zorg onontkoombaar zijn, etc. Wanneer de contractering op deze wijze vorm wordt gegeven, faciliteert dat de gewenste transitie in de MSZ.

6 <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/hoofdlijnenakkoord>



Hoofstuk 1: Doorontwikkeling naar (ex-ante) capaciteitsbegroting ter bevordering gelijkgerichtheid

In dit hoofdstuk volgt uitleg over het (ex-post) prestatie model en het (ex-ante) capaciteitsbegrotingsmodel en wordt dieper ingegaan op de achtergronden en redenen van de doorontwikkeling naar het capaciteitsbegrotingsmodel o.b.v. een ex-ante benchmark.

Uitleg prestatie model (ex-post) methode

Binnen het prestatie model ex-post wordt de gerealiseerde patiëntenzorg van een vakgroep achteraf (ex-post) vergeleken met een landelijke referentie voor de vakgroep.

Kenmerken van het (ex-post) prestatie benchmark model

1. De gerealiseerde patiëntenzorg van een vakgroep wordt achteraf (ex-post) periodiek vergeleken met een landelijke referentie (benchmark), leidend tot een 'norm fte' waarde:
 - a. De gerealiseerde patiëntenzorg parameters binnen het LOGEX prestatie model zijn input, output en efficiency, in een lokaal te bepalen verhouding (samen 100%):
 - I Input: volumes unieke patiënten en zorgactiviteiten op uitvoerdatum.
 - II Output: normuren uit afgesloten DBC-DOT zorgproducten (zie [bijlage 1](#) bij Normtijden voor aanvullende toelichting).
 - III Efficiency: de efficiency/doelmatigheid van het zorgproces (achteraf vastgesteld).
 - b. Benchmarking o.b.v. OE/vakgroep vergelijking met vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde specialisme en o.b.v. een uniforme landelijke fte opgave van elke vakgroep (zie [bijlage 1](#) bij Benchmark voor aanvullende toelichting).
 - c. Na elk kwartaal (en afgerond jaar) wordt de gerealiseerde patiëntenzorg van de vakgroep gespiegeld aan het (cumulatieve) benchmark gemiddelde per fte en daaruit volgt het aantal gerealiseerde 'norm fte'.
2. Verdeling van het lokaal financieel kader naar OE's/vakgroepen o.b.v. ex-post aandeel per OE/vakgroep in de norm fte's van het totale aantal lokale norm fte's van dat jaar.
3. Bij deze verdeling van het lokale financieel kader is lokale invulling van uitgangspunten mogelijk, onder andere:
 - a. Hanteren van bandbreedtes (norm fte/fte) met zelf instelbare boven- en ondergrenzen.
 - b. Mogelijkheid om o.b.v. aantoonbaar specifieke lokale situaties (in beperkte mate) modificaties toe te passen.
 - c. Opnemen van andere componenten in de uiteindelijke verdeling, zoals fte formatie, disutility-, aanvullende efficiency/JZOJP en/of kwaliteitsparameters.

Uitleg (ex-ante) capaciteitsbegrotingsmodel methode

Binnen de capaciteitsbegroting wordt de gerealiseerde patiëntenzorg van een vakgroep gedurende het jaar gespiegeld aan een vooraf (ex-ante) bepaalde capaciteitsbegroting op basis van de lokale contractafspraken met zorgverzekeraars.

Kenmerken van het (ex-ante) capaciteitsbegrotingsmodel

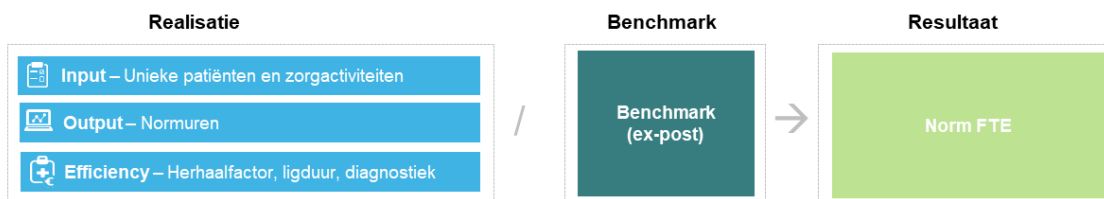
1. De verwachte patiëntenzorg van een vakgroep wordt voorafgaand aan het jaar (ex-ante) bepaald op basis van de productiebegroting en spiegeling aan de landelijke benchmark ex-ante, waarmee de normcapaciteit per vakgroep wordt bepaald in norm fte waarde (zie [bijlage 1](#) bij Ex-ante benchmark voor aanvullende toelichting).
2. Gedurende het jaar wordt de prognose voor de gerealiseerde patiëntenzorg gespiegeld aan de lokale begroting (normcapaciteit):
 - a. De patiëntenzorg parameters zijn output en efficiency, in een lokaal te bepalen verhouding (samen 100%):
 - I Output: normuren uit DBC-DOT zorgproducten: prognose/forecast voor het hele jaar, op basis van openingsdatum.
 - II Efficiency: de efficiency/doelmatigheid van het zorgproces (achteraf vastgesteld).

- b. Benchmarking o.b.v. OE/vakgroep vergelijking met vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde specialisme en o.b.v. een uniforme landelijke fte opgave van elke vakgroep (zie [bijlage 1](#) bij Benchmark voor aanvullende toelichting).
 - c. Uit spiegeling van de gerealiseerde patiëntenzorg van de vakgroep aan de begroote ex-ante benchmark volgt een prognose van de realisatie van het aantal 'norm fte' in dat jaar, waarbij de begroting (afhankelijk van de lokale afspraken) van de normcapaciteit als maximum kan worden gehanteerd.
 - d. In de begroting en het bepalen van de ex-ante norm fte waarden kunnen lokale trends in zorgverlening activiteiten o.b.v. historische data en te verwachten modificaties (o.b.v. nieuwe protocollen en behandel-mogelijkheden, etc.) meegenomen worden.
3. Verdeling van het lokaal financieel kader naar OE's/vakgroepen is afhankelijk van de lokale contractafspraken. Als default, bij plafondafspraken, is dit o.b.v. maximaal het vastgestelde ex-ante aandeel per OE/vakgroep (plafond) (zie voor verdere toelichting de sectie 'afrekening per vakgroep of vakgroepen/zorgeenheid').
 4. Bij deze verdeling van het lokale financieel kader is lokale invulling van uitgangspunten mogelijk, onder andere:
 - a. (Hanteren van) bandbreedtes (norm fte/fte) met zelf instelbare boven- en ondergrenzen (een te ruime bandbreedte ondergraaft echter het capaciteitsbegrotingsmodel). Een alternatief kan het instellen van een 'mutatiekader' zijn (zie verder [bijlage 3](#) bij Fte's en bandbreedte of mutatie kader toepassing).
 - b. Mogelijkheid om o.b.v. aantoonbaar specifieke lokale situaties (in beperkte mate) modificaties toe te passen.
 - c. Opnemen van andere componenten in de uiteindelijke verdeling, zoals fte formatie, disutility-, aanvullende efficiency/JZOJP en/of kwaliteitsparameters.

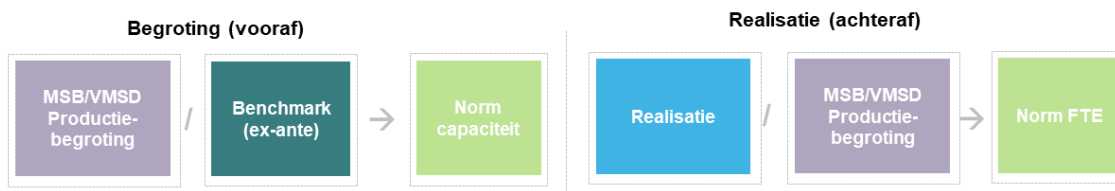
Figuur 1: Doorontwikkeling Prestatiemodel naar Capaciteitsbegroting

Doorontwikkeling Prestatiemodel naar Capaciteitsbegroting

Regulier Prestatiemodel o.b.v. ex-post (achteraf) benchmarking



Capaciteitsbegroting o.b.v. ex-ante (vooraf) benchmarking



Belang van doorontwikkeling naar capaciteitsbegrotingsmodel

Het belang van de doorontwikkeling naar het ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel moet niet onderschat worden. Door uit te gaan van een samen met de medische staf c.q. MSB, (combi-) coöperatie en/of VMSB ingerichte ziekenhuisbegroting, geeft dit naast optimale gelijkgerichtheid ook een gewenste grotere betrokkenheid van de medisch specialisten bij de koers die gezamenlijk met het ziekenhuis kan worden uitgestippeld en de (bij)sturing gedurende het jaar. Voorts kan dit ook meer rust geven binnen de gremia van medisch specialisten op het gebied van (inzet van en ontwikkeling in) benodigde formatie, omdat men meer zekerheid vooraf heeft en er beter ingespeeld kan worden op lokale en vakgroep-specifieke veranderingen in zorgverlening in de tijd. Daarnaast zijn op deze wijze 'shared savings' projecten en JZOJP ontwikkelingen (incl. e-Health) met de gevolgen daarvan beter te overzien, in te passen en jaarlijks aan te passen. De brede informatie die op deze wijze verzameld en toegankelijk wordt, op zowel ziekenhuisniveau als vakgroepniveau, is een belangrijke bron voor het uitzetten van de verdere gezamenlijke koers in meerjarenplannen. Daarbij is het wel van groot belang dat het ziekenhuisinformatiesysteem t.a.v. kostprijzen en tarieven, forecasting en realisatie van productie goed aansluit bij de verdeelmodel-informatie die door de medische specialistische gremia wordt gebruikt en ingebracht kan worden.

Samenvatting overeenkomsten en verschillen prestatiemodel en capaciteitsbegrotingsmodel

Hieronder de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen deze beide (verdeel)modellen (zie figuur 2):

Overeenkomsten

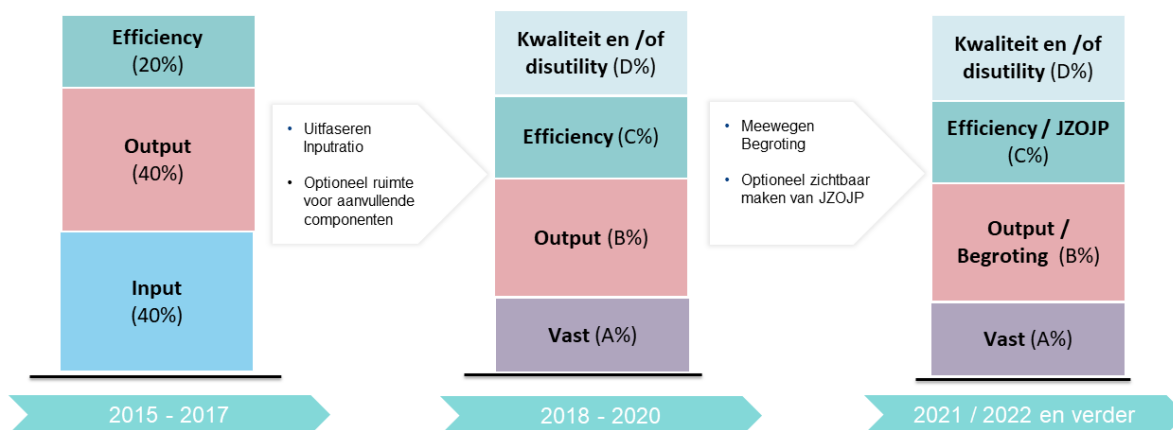
1. Benchmarking van OE/vakgroep met vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde specialisme.
2. De waardebepaling entiteit is een 'norm fte'.
3. Er is sprake van een landelijke benchmarking.
4. Loon naar werken, binnen de vooraf vastgestelde bandbreedte resp. de grenzen van de capaciteitsbegroting.
5. Objectivering vakgroep/casemix verschillen aan de hand van normtijden.
6. Incorporatie van efficiency parameters.
7. In beide modellen kunnen lokaal additionele parameters (als vaste component (fte formatie), disutility-, aanvullende efficiency- en/of kwaliteitsparameters) gebruikt worden voor de uiteindelijke verdeling van het financieel kader.

Verschillen

1. Benchmark: bij het prestatiemodel ex-post wordt ieder kwartaal gebruik gemaakt van een (cumulatieve) ex-post benchmark voor de norm fte berekening, bij het capaciteitsbegrotingsmodel wordt voorafgaand aan het jaar eenmalig gebruik gemaakt van een ex-ante benchmark voor de norm fte berekening (zie [bijlage 1](#) bij Ex-ante benchmark voor verdere toelichting).
2. Aansluiting contract afspraken en begroting: bij het prestatiemodel ex-post is er (bij OE's/vakgroepen) slechts beperkte aansluiting met de lokale contractafspraken met zorgverzekeraar(s) en begroting van het ziekenhuis (waarbij dit tussen MSB als geheel en ziekenhuis vaak al wel het geval is); bij het capaciteitsbegrotingsmodel is er in opzet optimale aansluiting (bij OE's/vakgroepen) tussen de ex-ante norm fte verdeling en contractafspraken met zorgverzekeraar(s) en begroting van het ziekenhuis (incl. lokale trends).
3. Patiëntenzorg:
 - a. Parameters: bij het prestatiemodel ex-post wordt de gerealiseerde patiëntenzorg gemeten door input, output (o.b.v. afgesloten zorgproducten) en efficiency parameters. Binnen de capaciteitsbegroting wordt de patiëntenzorg gemeten via output (o.b.v. geopende zorgproducten) en efficiency parameters. De input parameter wordt bij het capaciteitsbegrotingsmodel dus niet meer meegenomen.
 - b. Gerealiseerde patiëntenzorg: bij het prestatiemodel ex-post wordt alleen gerealiseerde patiëntenzorg (o.b.v. afsluitdatum DBC's) meegenomen. Bij het capaciteitsbegrotingsmodel wordt op basis van de reeds gerealiseerde patiëntenzorg een prognose (forecast) van de verwachte patiëntenzorg (o.b.v. openingsdatum DBC's) voor het gehele jaar meegenomen.

Figuur 2: Thema's landelijke doorontwikkeling Prestatiemodel

Thema's landelijke doorontwikkeling Prestatiemodel



Voordelen ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel t.o.v. ex-post benchmarking

1. Optimale gelijkgerichtheid:
 - a. Ziekenhuis en artsen sturen aan op 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.
 - b. Het niet meer meewegen van de input parameter en de beperking tot output en efficiency parameters in de capaciteitsbegroting bevordert de aansluiting met de financiering van het ziekenhuis. Hiermee is een grotere mate van financiële dekking te verkrijgen t.a.v. het gebruik van ruimtelijke, personele en overige middelen van de zorginstelling dan bij het meewegen van de input parameter, die niet altijd tot output (= financiële dekking) leidt.
2. Stabiele benchmark. De benchmark voor de norm fte berekening wordt vooraf (ex-ante) toegepast en verandert in principe niet gedurende het jaar. Hierdoor weten OE's/vakgroepen waar ze aan toe zijn en is er vooraf meer duidelijkheid over de maximale uitkering van het financieel kader. Gedurende het jaar worden de lokale ontwikkelingen nog steeds gespiegeld aan de daadwerkelijke benchmark trends.
3. Loon naar werken blijft binnen de grenzen van de capaciteitsbegroting. Dit principe blijft geborgd, maar hierbij wordt de volume prikkel (nog) verder verminderd. De medisch specialistische capaciteit wordt nog steeds afgestemd op de omvang van de geleverde patiëntenzorg (loon naar werken) maar tot aan een vooraf gedefinieerd richtpunt, aansluitend bij de contractafspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars. Hiermee is de 'ratrace', c.q. de drive om elk jaar de eigen benchmark waarde te 'verslaan', er in belangrijke mate uitgehaald.
4. Interne portfoliokeuzes en externe contractafspraken worden rechtstreeks verwerkt voor het MSB/VMSD en medisch specialisten. De besluitvorming vooraf zorgt voor een objectieve discussie rondom nut/noodzaak van groei en krimp.
5. Input kunnen leveren en betrokkenheid. Het voor elke OE/vakgroep input kunnen leveren aan de zorginstelling m.b.t. te maken afspraken met de zorgverzekeraar, de kaderbrief en begroting van de zorginstelling, geeft niet alleen grotere betrokkenheid bij de koers van het ziekenhuis, maar 'dwingt' ook tot nadenken over langere termijn visie binnen de OE/vakgroep (specialisme) ten aanzien van trends en ontwikkelingen binnen en buiten het vakgebied en in de regio.
6. Rekening houden met lokale trends en verwachtingen. Het capaciteitsbegrotingsmodel is beter in staat om in te spelen op lokale in zorgverlening-trends (o.b.v. historische data) en te verwachten modificaties o.b.v. nieuwe protocollen, behandelmogelijkheden, etc. En daarmee op het effect daarvan op (lokale) groei en krimp.
7. Tijdig inzicht en aanpassen van capaciteit zorgt voor efficiënte inzet van mensen en middelen. Kwantitatieve onderbouwing van de impact van verschillende (JZOJP) initiatieven op de benodigde capaciteit maakt (bij) sturing mogelijk.

Aandachtspunten ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel t.o.v. ex-post benchmarking

1. Ontbreken input parameter. Het ontbreken van de input parameter en beperking tot de output en efficiency parameters in het capaciteitsbegrotingsmodel geeft, zoals bovengenoemd, bevordering van de aansluiting met de financiering van het ziekenhuis. Een eventueel nadeel van het ontbreken van de input parameter kan zijn dat de in sommige situaties bestede (medisch specialistische) tijd en middelen niet direct leiden tot hogere output (via afleiding in DOT), maar wel medisch inhoudelijk nodig, en/of richting patiënt belangrijk kan zijn. In het ex-post prestatie model werd dit dan nog wel meegewogen via de input parameter. Dit is uiteraard een landelijk effect, wat grotendeels in de benchmark wegvalt en dan geen (nadelig) effect heeft. In lokale casemix verschillen zou dit een beperkt effect kunnen hebben. Een oplossing hiervoor kan zijn het incorporeren van een vaste fte waarde component in het capaciteitsbegrotingsmodel met een 'gesplitste' uitbetaling in de honorariumverdeling, waarbij dit dan ook invloed kan hebben op de kostendoorbelasting per vakgroep (zie [bijlage 3](#) voor toelichting bij 'Vaste component (fte formatie)').
2. Toegenomen belang van de output en efficiency parameters. Dit betekent dat, door het wegvallen van de input parameter, de weging van deze beide parameters (t.o.v. elkaar) en de inrichting van de efficiency parameter, die ten dele een landelijke en deels een lokale invulling kent, meer van belang wordt. Verder is bij de output parameter ook goed normtijden onderhoud door de wetenschappelijke vereniging nog meer van belang. De (lokale) effecten van de overgang van 3 naar 2 parameters/ratio's kunnen zichtbaar gemaakt worden bij 'schaduwdraaien' en in simulaties (zie ook [blz. 16](#)). Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de lokale vakgroep en gremiumbestuur, maar ook van de wetenschappelijke vereniging, om zowel een passende weging, een juiste output parameter via normtijden onderhoud als een bruikbare en realistische efficiency parameter binnen het benchmark model te hebben (zie ook [bijlagen 1 en 3](#)).

In zowel het ex-post prestatie­model als het ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel zijn de mogelijkheden om in te spelen op significante tussentijdse veranderingen in zorg beperkt (zoals ook wel gezien is in de COVID-19 crisis). Om die reden is goed begroten en zo goed mogelijk tevoren proberen in te spelen op landelijke en lokale trends van belang, wat goed kan in het capaciteitsbegrotingsmodel. Het opstellen van een goede begroting i.s.m. tussen ziekenhuis en MSB/vakgroepen met vertaling naar afspraken met de zorgverzekeraar is een vrij complex proces. Zie hiervoor [hoofdstuk 2](#).

Federatie Actieplan: migratie van prestatie­model naar capaciteitsbegrotingsmodel en tijdspad.

Tot 2020 werkte ieder MSB en VMSD op eigen tempo aan de doorontwikkeling ter bevordering van gelijkgerichtheid. De landelijke ontwikkelingen vragen echter om een versnelling. Om die reden is medio 2020 het Federatie Actieplan opgesteld met het doel: maximale inzet op doorontwikkeling en bevordering van gelijkgerichtheid. Inzet op doorontwikkeling betekent hierbij: productie passend binnen de lokale afspraken van passende zorg en sturen op begroting en benchmark ex-ante. Doel is om vanaf 2022 overall een optimale gelijkgerichtheid te creëren tussen de zorginstellingen en (gremia van) medisch specialisten door de begroting van de zorginstelling te incorporeren in de eindafrekening met en binnen het gremium van medisch specialisten.

Figuur 3: Stappenplan Federatie Actieplan

FMS actieplan volledige gelijkgerichtheid: doorontwikkeling Prestatie­model

Onderdeel	Voordelen	Timing
1. Benchmark ex-ante op normuren ratio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Benchmark ex-ante geeft vooraf inzicht in de verwachte zorgvraag ✓ Mogelijkheid schaduwdraaien Capaciteitsbegroting ✓ Uniformiteit in benchmarking tussen MSB's 	Vanaf 2021
2. Weging input ratio's naar 0%	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Minder focus op klassieke productieparameters ✓ Vergroten gelijkgerichtheid met het ziekenhuis (zorgproducten) ✓ Ruimte meewegen voor andere parameters (vaste fte component) 	Vanaf 2022
3. Meewegen begroting (of realisatie t-1) in eindafrekening	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Productieprikkel in lijn met ziekenhuis voor volledige gelijkgerichtheid ✓ Duidelijkheid vooraf 	Vanaf 2022
• Mogelijkheid meewegen JZOJP	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uitbreiding efficiency ratio's (oa digitale zorg) ✓ Facultatief meewegen JZOJP in aanvullende ratio's (maatwerk per MSB en vakgroep) 	Parallel aan bovenstaande

Mogelijkheden om overgang van ex-post benchmarking prestatie­model naar ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel te faciliteren en aandachtspunten

1. Stapsgewijs volgen van het Federatie Actieplan (figuur 3).
2. (Professionele) ondersteuning en scholing bij het opstellen van de begroting(scyclus), zowel voor en vanuit de zorginstellingskant, als voor de medisch specialisten (vakgroepen).
3. 'Schaduwdraaien' en/of simulaties (laten) uitvoeren voor (de verschillende stappen en opties) de overgang van prestatie­model naar capaciteitsbegrotingsmodel.
4. Opstellen van een procesbeschrijving door de financiële afdeling van de zorginstelling i.s.m. het gremium en de betrokken vakgroepen van medisch specialisten m.b.t. het opstellen van de begroting(scyclus), waarin o.a. beschreven een tijdspad hiervoor en betrokken partijen daarbij, de frequentie van monitoring en forecasting en het overleg daarover (incl. wie daar bij betrokken zijn), het daarbij evt. uitvoeren van simulaties en doorlopende scholing van betrokkenen hierbij.
5. Waar nodig verstevigen van de positie van het MSB in lokale begrotingstraject en afspraken met zorgverzekeraars.
6. Eenmalige transitievergoedingen bij overgang van ex-post naar ex-ante model voor vakgroepen met grote impact op het resultaat in de verdeling.
7. Tijdelijk toepassen van adaptatie vangnetten voor vakgroepen waar krimp is beoogd – zodat de capaciteit over langere periode kan worden aangepast (zie [bijlage 3](#) bij [Eindafrekening MSB](#) bij meerjaren aanneemsom en [bijlage 2 Overzicht lokale keuzes](#) voor aanvullende toelichting).

8. Eventueel meewegen van aanvullende componenten (zie [bijlage 3 bij Meewegen aanvullende componenten](#) voor aanvullende toelichting).
 - a. Vaste component (o.b.v. fte-formatie)
 - b. JZOJP
 - c. Disutility
 - d. Kwaliteit

Overige faciliterende condities

Onderstaande condities kunnen bijdragen aan een goede implementatie van de capaciteitsbegroting, maar ook zonder dat aan elke conditie is voldaan, kan gestart worden met doorontwikkeling naar capaciteitsbegrotingsmodel.

- Eén aanspreekpunt vanuit medisch specialistische gremia (MSB's, VMSSD, overig) in de vorm van Koepelbestuur of (combi-)coöperatie bestuur met de RvB, met als voorkeur een echt periodiek vast 'Bestuursafdeling'-overleg.
- Aanwezigheid bij en betrokkenheid van vertegenwoordigende medisch specialisten bij de afspraken tussen zorginstelling en zorgverzekeraars.
- Bij voorkeur een meerjarenafpraak tussen zorginstelling en ziekenhuis waarmee ruimte wordt gegeven aan JZOJP met dekking van de gemiddeld hogere kosten per patiënt bij concentratie van hoger complexe zorg door uitstroom van lager complexe zorg, innovatieve zorgvormen met zorg op afstand, ZE&GG met doelmatigheid(sprojecten), passende zorg en vermindering van de (pure) productieprikkels.
- Actief gebruik van een professioneel besturingssysteem in de zorginstelling met goede, tijdige en gedetailleerde registratie mogelijkheden, kostprijsanalyses, monitoring- en forecasting tools, met bij voorkeur ook historische data en het daarmee uit kunnen voeren van realistische prognoses en simulaties door een financiële afdeling met goede kennis van zaken. Dit zodat hiermee verschillende scenario's kunnen worden doorgerekend én wat aansluit bij het systeem van registratie en monitoring tools dat het gremium van de medisch specialisten gebruikt. Het tijdig kunnen delen en aanleveren van de ziekenhuis (zorgverlening) data met trends en prognoses is een 'conditio sine qua non' voor het slagen van het capaciteitsbegrotingsmodel en het kunnen bijsturen.

Aandachtspunten

1. Het opstellen van een (capaciteits)begroting binnen een ziekenhuis en in samenspraak met het MSB/(combi-)coöperatie en de betreffende vakgroepen en/of vakgroep eenheden is niet eenvoudig en kan worden onderschat. Hierbij kunnen opties als schaduwdraaien en simulaties, alsmede (professionele) ondersteuning en scholing behulpzaam zijn. Een goed professioneel ziekenhuis besturingssysteem is in feite een randvoorwaarde (zie voorgaande). Een stappenplan daarvoor staat in hoofdstuk 2 (zie verder).
2. Voor het kunnen opstellen van een door de medisch specialistische vakgroepen gedragen begroting, is het van belang om dit op basis van volume- i.p.v. budgetafspraken te doen. Voorts om hen tijdig vooraf en nadrukkelijk te betrekken bij portfolio keuzes voor het opstellen van de productiebegroting. Dat lijkt in diverse zorginstellingen nog meer theorie dan praktijk, waarbij in de praktijk het volgende wordt gezien: 1) budget wordt vastgesteld, 2) casemix t-1 wordt besproken met de vakgroep en grote wijzigingen worden aangepast, 3) casemix t-1 wordt toegepast op vastgesteld budget. Hierin lijken volume (mutaties) nog een ondergeschikte rol te spelen t.o.v. de budgetafspraken en kan de betrokkenheid van medisch specialistische vakgroepen verbeterd worden. Betreffende het hiervoor genoemde, lijkt het belangrijk om voor dit jaarlijkse begrotingsproces ook lokaal een helder stappenplan te maken, gebaseerd op de input uit hoofdstuk 2 en hetgeen hiervoor vermeld staat.
3. Het aanwezig zijn van verschillende typen afspraken met verschillende zorgverzekeraars (plafond afspraak met de ene en aanneemsom, al dan niet voor meerdere jaren, met de andere zorgverzekeraar), kan het opstellen van een (capaciteits)begroting en de afrekening op basis daarvan compliceren. In de doorontwikkeling van het capaciteitsbegrotingsmodel wordt dit meegenomen, maar dit is (vooralsnog) ook op te lossen door per type afspraak de capaciteitsbegroting op te delen en ook op die basis af te rekenen.
4. Een ander belangrijk punt is dat in de wederzijdse gelijkgerichtheid tussen medisch specialisten en zorginstelling in het capaciteitsbegrotingsmodel bij het opstellen van de begroting en de realisatie daarvan de vakgroepen voor de juiste formatie inzet van hun medisch specialisten moeten zorgen, maar dat de zorginstelling daarvoor ook faciliteert en de juiste hoeveelheid en expertise van medisch ondersteunend personeel, (invasieve en non-invasieve) ruimten en middelen beschikbaar moet stellen. Dat kan, vanwege bijvoorbeeld (ondersteunend) personeelstekort, leiden tot incidentele of structurele problemen en onmogelijkheden

om de afgesproken begrote zorgverlening productie te halen. Hiervoor, zowel bij dergelijke incidentele als structurele problemen, zullen dan goede afspraken (zoals evt. compensatie, beleidsaanpassing, faciliteren van extern verrichten van bepaalde zorg, etc.) tussen zorginstelling en medisch specialistisch gremium en de daarin vertegenwoordigde vakgroepen moeten worden gemaakt. Dit kan dan door het medisch specialistische gremium (bestuur) vertaald worden naar afspraken met de vakgroepen die dit betreft.

5. Lokale krimp en groei in relatie met (landelijke) benchmark bewegingen is al langer een issue. In het capaciteitsbegrotingsmodel zijn meer mogelijkheden om belangrijke lokale trends in zorgverlening activiteiten o.b.v. historische data en te verwachten modificaties (o.b.v. nieuwe protocollen en behandelmogelijkheden, etc.) mee te nemen in de ex-ante norm fte bepaling. Dit kan aanleiding zijn om lokaal voor ondersteuners toch deels aparte of aanvullende afspraken te maken, maar dat kan ook tot interne discussies leiden. Daarbij is objectivering van aangedragen knelpunten wel een randvoorwaarde. Doorontwikkeling van handvatten en tools om dit goed en objectief in kaart te brengen en te duiden is hiervoor nodig. Dit speelt vooral bij ondersteuners.
6. Een ander punt van aandacht is dat ondersteuners in het capaciteitsbegrotingsmodel vooral varen op de output parameter. Voor het meten van de efficiency bij ondersteuners is het lastig om betrouwbare parameters te vinden, die niet (te) afhankelijk zijn van (veranderende) omstandigheden buiten invloed van de ondersteuner vakgroep. Daarbij moet ook in de efficiency parameter gelijkgerichtheid met het ziekenhuis aanwezig blijven. Dit is een uitdaging die primair bij de (beroepsbelangen commissie en bestuur van de) wetenschappelijke vereniging ligt, maar daarin lijkt ondersteuning wenselijk en mogelijk vanuit de Federatie en ontwikkelaars van de verdeelmodel systematiek.
7. Het meenemen in de (landelijke) fte opgave en benchmark van medisch ondersteunend personeel, zoals Chef de Cliniques, ANIOS, PA's en VS-en, dat (direct of indirect) bijdraagt aan de hoeveelheid verrichte zorg(verlening) en de relatieve zwaarte weging daarvan, is tevens een belangrijk punt. Zie hiervoor ook de Handreiking 'FTE model voor medisch specialisten' (2021) in de tekst en [bijlage 2](#). Er is wel al langer discussie over de relatieve zwaarte weging van de verschillende typen ondersteunende zorgverleners en daarvoor is nader onderzoek ingezet. Dit staat benoemd in de Handreiking 'FTE model voor medisch specialisten' (zie de link onder in [bijlage 1](#)).
8. Tenslotte kan genoemd worden dat er (nog) geen (afdoende betrouwbare) benchmark is voor een aantal specialismen/vakgebieden (MKA, CBT, psychiatrie). Hoewel die een andere financiering en bekostiging kennen dan de meeste andere specialismen, is het van belang dat die ook 'meetbaar' en te vergelijken zijn met hun collega's.
9. De bovengenoemde aandachtspunten zullen incentives zijn voor de verdere doorontwikkeling en verfijning van ook dit capaciteitsbegrotingsmodel om zo de realiteit van en ontwikkeling in zorgverlening zo goed, compleet en objectief mogelijk te kunnen 'vangen'.



Hoofdstuk 2: Stappenplan capaciteitsbegroting

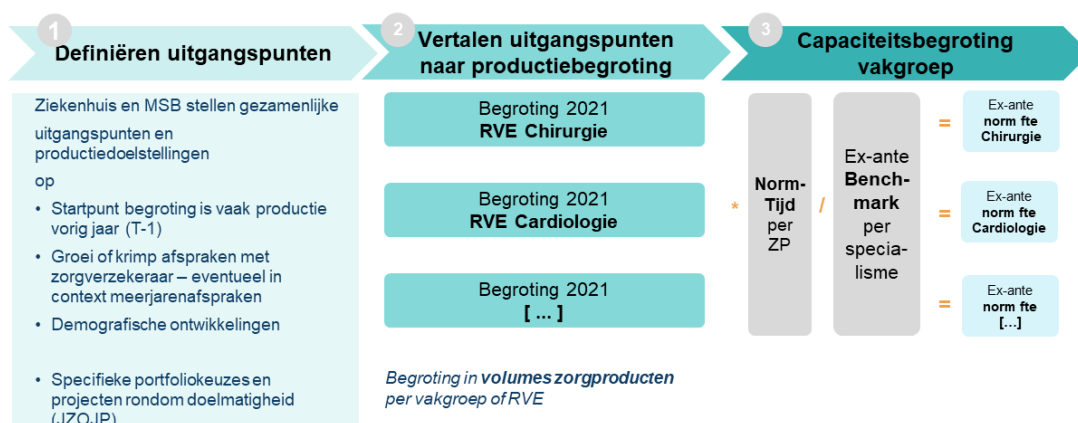
Het hieronder staande stappenplan om te komen tot een capaciteitsbegroting is een vrij complex proces, waarin het ziekenhuis de medisch specialistische gremia en vakgroepen goed mee moet nemen en vice versa. Zie hiervoor ook de in hoofdstuk 1 genoemde faciliterende mogelijkheden en condities, alsmede de beschreven aandachtspunten. Dit geldt tevens voor het monitoren en forecasten van de zorgproductie, wat mede voorwaarde is om te kunnen komen tot een juiste invulling van de begroting en de daaraan gekoppelde afrekening.

Voorafgaand aan het jaar: opstellen capaciteitsbegroting o.b.v. ex-ante benchmark

1. Startpunt: Ziekenhuis en MSB definiëren gezamenlijk uitgangspunten (kaderstelling).
2. Vertalen van vastgestelde uitgangspunten naar productiebegroting. Dit betreft meestal een begroting op volumes zorgproducten.
3. Vertalen van productiebegroting naar capaciteitsbegroting per vakgroep of vakgroepen/zorg eenheid. Normfte-begroting per vakgroep of vakgroepen/zorgeenheid: door koppeling normtijden per zorgproduct en spiegeling aan ex-ante benchmark.

Figuur 4: Stappenplan opstellen Capaciteitsbegroting

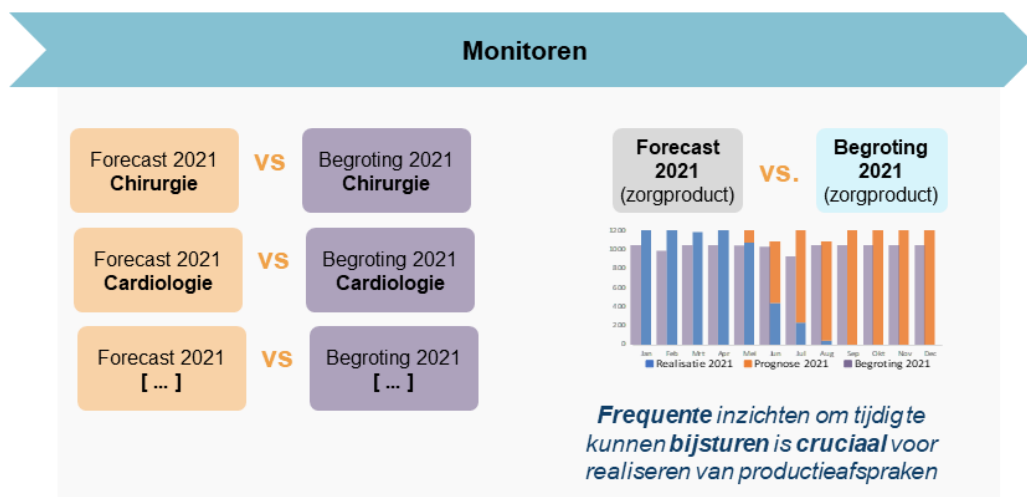
Stappenplan opstellen Capaciteitsbegroting



Gedurende het jaar: monitoren en bijsturen t.o.v. begroting

Gedurende het jaar kan gemonitord worden hoe de productieontwikkeling per vakgroep of vakgroepen/zorg eenheid zich verhoudt t.o.v. de begroting. Dit maakt tijdig bijsturen op productie mogelijk of biedt inzichten voor gesprekken met verzekeraars over de lokale contractafspraken.

Figuur 5: Gedurende het jaar monitoren hoe de productieontwikkeling zich verhoudt t.o.v. de begroting



Afrekening per vakgroep of vakgroepen/zorg eenheid

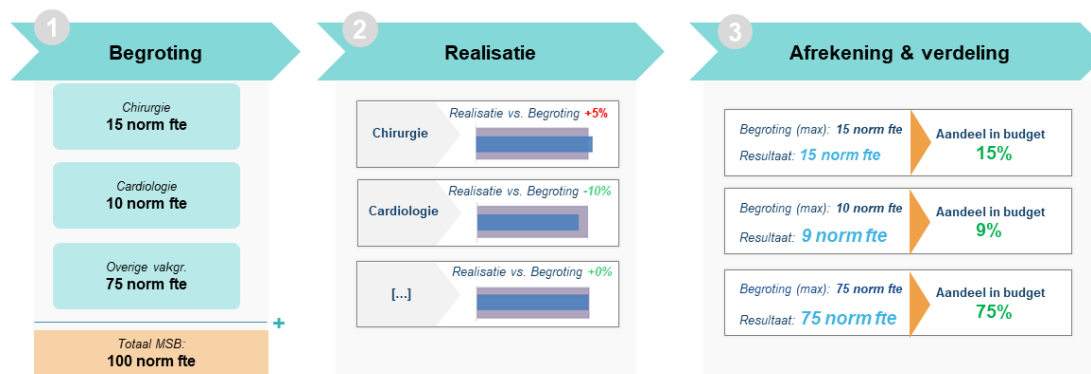
Afrekening tussen vakgroepen o.b.v. de realisatie t.o.v. de begroting is afhankelijk van de lokale afspraken met de zorgverzekeraars (zie tabel 1). De HLA default is het sturen op een puntlanding, waarbij de begroting dient als plafond.

Tabel 2: Richtlijnen in toepassen begroting op eindafrekening

Voorbeeld type afspraak	Dynamiek	Toepassing capaciteitsbegroting
Plafond afspraak of aanneemsom	Sturen op puntlanding (HLA default)	Begroting geldt als plafond
P*Q of plafond afspraak	Sturen op (lichte) groei	Begroting geldt als plafond met bandbreedte
Anneemsom	Geen productieprikkel binnen een jaar	Begroting geldt als aanneemsom voor betreffende jaar
Meerjaren aanneemsom	Geen productieprikkel / sturen op krimp	Begroting als aanneemsom over meerdere jaren

Figuur 6: Na afloop van het jaar afrekening per vakgroep / vakgroepen/zorg eenheid

Afrekening tussen vakgroepen o.b.v. de realisatie (evt. met begroting als plafond)



In de overgangsfase naar capaciteitsbegroting kan er voor gekozen worden om de begroting als sturing (referentie) op te nemen, maar nog af te rekenen op de realisatie. Zie de Rekenvoorbeelden in [bijlage 4](#) voor aanvullende toelichting en rekenvoorbeelden per stap:

Rekenvoorbeeld (1): opstellen begroting →

Rekenvoorbeeld (2): monitoren en bijsturen t.o.v. begroting gedurende het jaar →

Rekenvoorbeelden (3 t/m 8): afrekening per type afspraak

- Eindafrekening MSB bij plafondefspraak of aanneemsom (HLA default) (rekenvoorbeelden 3 en 4) →
- Eindafrekening MSB bij P*Q of plafondefspraak (rekenvoorbeeld 5) →
- Eindafrekening MSB bij aanneemsom (rekenvoorbeeld 6) →
- Eindafrekening MSB bij meerjaren aanneemsom (rekenvoorbeeld 7) →
- Eindafrekening MSB bij schaduwdraaien met capaciteitsbegroting (rekenvoorbeeld 8) →

Rekenvoorbeelden impact JZOJP →

Bijlagen

Bijlage 1 Aanvullende toelichting begrippen

Benchmark

Binnen de benchmarkanalyses worden vakgroepen vergeleken met vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde specialisme en type ziekenhuis. Er is qua systematiek sprake van een landelijke benchmark waardebevestiging van de norm fte o.b.v. landelijke verzameling van de fte gegevens per vakgroep per specialisme (met randvoorwaarden zoals beschreven in de Handreiking Fte model voor medisch specialisten⁷) en (totale) geregistreerde patiëntenzorg.

Ex-ante benchmark

De ex-ante benchmark heeft als doel inzage te geven in de verwachte productie per fte voor het komende jaar. Dit verschilt van de ex-post benchmark, welke inzage geeft in de productie per fte van het afgelopen jaar tot het huidige moment (year-to-date).

De beste schatting voor de ex-ante benchmark voor een nieuw jaar (T) betreft de productie en bijbehorende formaties van het afgelopen jaar (T-1) met een aantal aanpassingen voor het nieuwe jaar. Deze aanpassingen bestaan uit:

- Nieuwe normtijden van jaar T.
- Nieuwe productstructuur van jaar T.
 - Nieuwe zorgproducten/zorgactiviteiten die oude zorgproducten/zorgactiviteiten vervangen.
 - Nieuwe zorgproducten/zorgactiviteiten die een aanvulling zijn op de volledige lijst zorgproducten/zorgactiviteiten.
 - Wegvallen van oude zorgproducten.

De ex-ante benchmark wordt voorafgaand aan het jaar opgesteld en wijzigt (in principe) niet gedurende het jaar. Door de ex-ante benchmark ieder jaar opnieuw op te stellen, wordt rekening gehouden met de ontwikkelingen aangaande normtijden, productstructuur en landelijke trends binnen specialismen. Er kan bij het vaststellen van de ex-ante benchmark eventueel ook rekening worden gehouden met lokale trends en ontwikkelingen.

N.B. In uitzonderlijke gevallen, zoals tijdens de COVID-19 pandemie, kan het voorkomen dat T-1 geen goede voorspeller vormt voor de verwachte productie per fte. Tijdens 2021 is daarom bijv. gekozen voor T-2 (2019) als basis voor de ex-ante benchmark.

Input en -parameter

De input parameter staat voor verrichte zorgproductie in de vorm van zorgactiviteiten zoals polikliniek bezoeken, MDO's, dagbehandelingen, opnames en verrichtingen. Er is bij de input parameter niet altijd een directe vertaling naar output aanwezig. Het kan zijn dat er in de input parameter wel zorgactiviteiten worden gedaan, waarvoor tijd van de medisch specialist en (medisch) ondersteunende zorgverleners gebruikt is en (materiele en overige) kosten gemaakt zijn, zonder dat dit output en dus declarabele zorgproducten (DBC-DOT) oplevert. Waar input voor de medisch specialist is en meetelt in het verdeelmodel, is niet altijd (financiële) output voor de zorginstelling en medisch specialist aanwezig. De input parameter faciliteert hierdoor niet een optimale gelijkgerichtheid tussen medisch specialist en zorginstelling. In het capaciteitsbegrotingsmodel speelt de input parameter geen rol meer.

Output en -parameter

De output parameter is de 'financiële drager' voor de declaraties van de zorginstelling, inclusief medisch specialisten, aan de zorgverzekeraar. De output is voor de medisch specialist uitgedrukt in normtijd en dat is de relatieve tijdsbesteding per zorgproduct. Dit is equivalent met het honorarium van de medisch specialist (eerder middels het aparte honorarium tarief) voor de door deze geleverde zorginspanningen. Tegelijkertijd is de output parameter de drager voor de inkomsten die het de zorginstelling (ter dekking van de kosten) via de afgesproken tarieven aan de zorgverzekeraar kan declareren via het integrale tarief voor zowel de medisch specialist als

7 Handreiking Fte-model voor medisch specialisten zie www.demedischspecialist.nl thema Gelijkgerichtheid

het ziekenhuis zelf. Waar (financiële) output voor de medisch specialist is, is ook (financiële) output voor de zorginstelling. De output parameter faciliteert mede optimale gelijkgerichtheid tussen medisch specialisten en zorginstelling.

Efficiency en -parameter

De efficiency parameter wordt eveneens ex-ante in de begroting meegenomen o.b.v. de efficiency van het jaar T-1. Dit omdat het lastig is vooraf de efficiency van vakgroepen voor het betreffende jaar te 'begroten' en de T-1 efficiency geeft hierbij de beste schatter. Binnen de uiteindelijke afrekening kan de efficiency o.b.v. de daadwerkelijk gerealiseerde efficiency worden meegenomen. In het geval de efficiency van een vakgroep verbeterd is t.o.v. jaar T-1 en dit leidt tot een hogere ex-ante norm fte dan was vastgesteld, kan het MSB/(combi-)coöperatie er voor kiezen deze 'plus' op de gerealiseerde norm fte wel te honoreren binnen het bestaande financiële kader. Dit zal dan hooguit tot beperkte verschuivingen binnen de verdeling leiden. Daar waar afspraken met het ziekenhuis zijn gemaakt over extra financieel kader m.b.t. efficiency verbetering dan wel 'shared savings' constructies, kan een 'plus' o.b.v. verbetering van efficiency daaruit worden gefinancierd. Indien er geen afspraken zijn met het ziekenhuis hierover, en het MSB/(combi-)coöperatie op totaal niveau een verbetering van efficiency ziet, kan het bestuur daarvan het gesprek aangaan met het ziekenhuis en hieromtrent een 'shared savings' afspraak maken. LOGEX kan desgewenst ondersteunen bij het aanvullend kwantificeren van dit effect. In het geval de efficiency van een vakgroep verslechterd t.o.v. jaar T-1, wordt de vakgroep gehonoreerd o.b.v. de daadwerkelijk gerealiseerde efficiency, wat resulteert in een 'min' op de gerealiseerde norm fte, tenzij verslechtering van de efficiency voortkomt uit een aantoonbaar buiten de vakgroep liggende oorzaak (bijv. verhoging diagnostiek aanvraag door lokale uitbraak VRE). In dat geval kan hiervoor worden gecorrigeerd.

Normtijden

De normtijd per zorgproduct betreft een objectief meetinstrument vastgesteld (vanaf 2012) door de wetenschappelijke vereniging (wv) van ieder specialisme en waren tot 2015 de drager van het honorariumtarief voor medisch specialisten. Sinds de introductie door de NZa van het integrale tarief in 2015 is er geen separaat te alloceren honorariumtarief meer, maar is de functie van de normtijd voor tijdsbesteding en 'prestaties' van medisch specialisten wel behouden binnen de MSZ en verdeelmodellen en is er nog steeds een mogelijkheid om dit naar honorariumbedragen om te rekenen. De normtijden zijn en blijven daarmee 'drager' van de honorering van medisch specialisten voor door hen verrichte zorgverlening activiteiten en worden ook als zodanig in (benchmark) verdeelmodellen gebruikt. De normtijd werkt als weegfactor binnen een specialisme waarmee het de relatieve zwaarte van een zorgproduct bepaalt. Normtijden kunnen uitgedrukt zijn in 'echte' minuten of slechts relatieve tijdsbesteding factoren, die niet in tijdsminuten zijn uitgedrukt. Normtijden zijn alleen vergelijkbaar binnen hetzelfde specialisme, niet tussen verschillende specialismen.

De wetenschappelijke verenigingen onderhouden en herijken de normtijden jaarlijks waarbij zij worden ondersteund door LOGEX. Normtijden vormen de basis voor de output-ratio binnen de benchmarkanalyse. Door het wegvallen van de input-ratio in het capaciteitsbegrotingsmodel, is deze output-ratio en de weging ervan (net als van de efficiency parameter) relatief meer van belang geworden.

Normtijden zijn 'minuutneutraal' en 'relatief': voor de realisatie van normuren maakt het hierdoor voor de medisch specialist niet uit of een dagdeel met operatieve zorg of met conservatieve zorg wordt ingevuld. De wv is via het normtijdenonderhoud verantwoordelijk voor de juiste verhouding hierin en kan dit waar nodig aanpassen. Daarbij zouden normtijden van zorgverlening activiteiten die minder tijdsbesteding zijn gaan kosten (door technologische ontwikkelingen en/of verhoogde efficiency) verlaagd moeten worden en normtijden van zorgverlening activiteiten die meer tijdsbesteding zijn gaan kosten juist verhoogd. Dit om de genoemde juiste balans in normtijden te blijven behouden, wat ook van belang is om 'oneigenlijke' groei of krimp trends, van een specialisme of vakgroep t.o.v. andere vakgroepen of andere specialismen, te voorkomen. Tevens moet men zich realiseren dat niet alle medisch specialistische activiteiten registreerbaar en dus meetbaar zijn in normtijden data. Dit is ook belang m.b.t. de verdeling van honorarium en/of fte toekenning bij landelijke en lokale benchmarking. Het onderwerp 'krimp en groei' heeft dus meerdere aspecten dan alleen een toename of afname van gemeten medisch specialistische zorgverlening activiteiten.

FTE formatie onderdelen/vormen

Er zijn verschillende fte formatie onderdelen/vormen te onderscheiden: 'werkzame' fte formatie meetellend voor de landelijke benchmark, 'werkzame fte formatie' die daarvoor niet meetelt maar wel voor lokaal en daarnaast

norm fte formative. De 'werkzame' fte formative die meetelt voor de landelijke benchmark (om jaarlijks de norm fte standard waarde per vakgroep te bepalen) is o.b.v. de opgetelde dagdelen per week van werkzaamheden in de categorie 1 (1.a + 1.b) werkzaamheden, dus de patiënt-gerelateerde werkzaamheden en de werkzaamheden die daarvoor conditioneel zijn. De 'werkzame' fte formative die niet meetelt voor de landelijke benchmark, maar wel voor de lokale 'werkzame' fte formative is o.b.v. de categorie 2 en 3 werkzaamheden. Gezamenlijk vormen deze categorie 1 + 2 + 3 werkzaamheden de lokale 'werkzame' fte waarde van een medisch specialist in een vakgroep (en opgeteld bij elkaar van de vakgroep als geheel), waarvan de financiering op verschillende basis kan zijn geregeld (zie hiervoor ook het kader 'Opgave van dagdelen en fte's van de categorieën werkzaamheden en activiteiten' in hoofdstuk 2 van de handreiking 'FTE model voor medisch specialisten van 2021). Tenslotte is er sprake van 'norm fte's die een resultante zijn van verrichte patiëntenzorgverlening parameters t.o.v. de landelijke benchmark standaard (die jaarlijks bepaald wordt per vergelijkbare vakgroep van hetzelfde specialisme).

Bijlage 2 Overzicht lokale keuzes

Tabel 3 geeft een overzicht van enkele voorbeelden van de keuzes die het MSB kan maken bij een overgang naar de capaciteitsbegroting.

Tabel 3: Voorbeelden lokale keuzes bij overgang naar capaciteitsbegroting

Keuze	Mogelijkheden
Bijstellen begroting gedurende het jaar – indien ziekenhuis en MSB hier gezamenlijk toe besluiten	Ja Nee
Toepassen van adaptatie vangnetten voor vakgroepen waar krimp is beoogd – zodat de capaciteit over langere periode kan worden aangepast	Ja Nee
Kunnen vakgroepen in aanmerking komen voor transitie vergoedingen bij overgang van ex-post naar ex-ante model?	Ja Nee
Hoe vindt de afrekening met vakgroepen plaats in relatie tot de begroting?	Zie Afrekening per vakgroep of vakgroepen/zorg eenheid voor mogelijkheden per type afspraak
In geval van afrekening o.b.v. de begroting: vindt er nog een compensatie plaats tussen over- en onderproductie van vakgroepen?	Ja: Indien er op MSB totaalniveau onderproductie is – zal deze naar rato worden verdeeld over de vakgroepen met overproductie. Nee: De meerproductie wordt niet gehonoreerd – de begroting dient als maximum voor de vakgroepen.
In geval van afrekening o.b.v. de begroting: geldt het maximum tevens voor de ondersteunende specialismen?	Ja: Productieafspraken worden op dezelfde manier afgerekend voor poortspecialismen en ondersteunende specialismen. Nee: De realisatie van de productie van de ondersteuners is een gevolg van de ontwikkeling van de poorters – dus gaan we anders om met de honorering van de ondersteuners.
Worden er aanvullende componenten gehanteerd voor de interne verdeling?	Ja: <ul style="list-style-type: none"> • Vaste component (o.b.v. fte-formatie) • JZOJP • Disutility • Kwaliteit Nee

Bijlage 3 Aanvullende overwegingen met betrekking tot het model

Fte's en bandbreedte of mutatie kader toepassing

Fte formaties worden in de analyse opgenomen ter referentie. Het is mogelijk om hierop naast de basisregels voor de eindafrekening aanvullend (lokaal) een (beperkte) bandbreedte toe te passen (op norm fte/fte). Indien men dit lokaal overweegt, dient men zich wel te realiseren dat dit tot (veel) discussie kan leiden en een, m.n. te ruime, bandbreedte wel het principe van het capaciteitsbegrotingsmodel kan ondergraven. Sterke afwijkingen in norm fte-score zouden in principe niet moeten voorkomen indien de capaciteit tijdig wordt afgestemd op de begrote omvang van de patiëntenzorg. Het is ook denkbaar om een 'mutatie kader' af te spreken, waarbij een deel van het financieel kader gereserveerd is voor onverwachte productiemutaties (meestal verhoogde zorgverlening activiteiten), voor zover dat niet uit krimp bij andere vakgroepen te compenseren is. Het lijkt dan wel van verstandig dat een dergelijk 'mutatie kader' ook in de ziekenhuisbegroting op te nemen en bij voorkeur passend in de afspraken met de zorgverzekeraar.

Meewegen efficiency in norm fte bepaling

Efficiency resultaten worden in de LOGEX default met 20% meegewogen in de uiteindelijke norm fte score. Daarmee geldt de efficiency parameter als netto opslag/afslag in de norm fte's. Het meewegen van efficiency parameter geeft een incentive voor het doelmatig leveren van zorg op polikliniek (inclusief stimulans van e-health consulten boven fysieke consulten), kliniek en diagnostiek. De zwaarte van het meewegen van de efficiency ratio en/of het toevoegen van aanvullende efficiency parameters (zie hieronder) kan lokaal op verschillende wijze worden ingevuld. Door het wegvallen van de input parameter, is ook de weging van de efficiency parameter, die dus ten dele een landelijke en deels een lokale invulling kent (net als van de output parameter), meer van belang geworden. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de lokale vakgroep en gremiumbestuur, maar ook van de wetenschappelijke vereniging, om een bruikbare en realistische efficiency parameter binnen het benchmark model te behouden c.q. deze verder te ontwikkelen, die ook passend blijft bij het patiëntenbelang en het leveren van goede kwaliteit van zorg. Voorts zodanig dat ook voor deze parameter een landelijke benchmarking mogelijk blijft.

Meewegen aanvullende componenten

Eventueel kunnen aanvullende componenten worden opgenomen in de eindafrekening. De keuze voor het meewegen van extra componenten is aan het MSB en is afhankelijk van lokale afspraken en gewenste prikkels.

Vaste component (fte formatie)

Een gedeelte (of percentage) van de verdeling van het financiële kader kan o.b.v. een vaste (werkzame) fte opgave plaatsvinden. Voor een goed 'level playing field' principe dient dan bij de bepaling van de zuivere werkzame fte waarde per OE/vakgroep de Handreiking Fte model voor medisch specialisten⁸ gebruikt te worden. Het opnemen van deze component kan worden overwogen indien er veel werkzaamheden zijn, bijvoorbeeld in het kader van JZOJP initiatieven, die niet direct leiden tot hogere output (door afleiding zorgproduct), maar wel medisch inhoudelijk nodig en/of richting patiënt belangrijk zijn, volgens richtlijnen en/of protocollen dan wel omdat dit de kwaliteit en/of patiënttevredenheid van de zorg verbetert. Daarbij wordt dan de totale honorariumverrekening gesplitst in een deel o.b.v. de vaste (werkzame) fte waarde (opgave) per vakgroep en een deel o.b.v. het vigerende (capaciteitsbegroting) verdeelmodel. Bij het toepassen van een vaste fte component in de verdeling, dienen in principe de algemene (niet vakgroepspecifieke) kosten, die door het MSB als geheel gedragen worden, gesplitst te worden in een kostendoorbelasting aan de vakgroep voor het percentage/aandeel uitbetaling per vaste fte waarde (kostendoorbelasting ook o.b.v. die fte waarde) en een kostendoorbelasting van het andere aandeel uitbetaling o.b.v. norm fte's (kostendoorbelasting o.b.v. de norm fte waarde). Dus bij een 50% vaste fte component, een doorbelasting van 50% aandeel van de algemene (MSB) kosten o.b.v. vaste fte waarde uitbetaling aan die vakgroep en het andere 50% aandeel van de algemene kosten

8 Handreiking model voor medisch specialisten zie www.demedischspecialist.nl thema MSB.

o.b.v. de norm fte waarde van de vakgroep. Conform je dat doet met de uitbetaling van 50% van het budget voor de vaste fte component en 50% voor de norm fte uitbetaling. Of men dat zo doorvoert, is uiteraard een keuze van het MSB zelf, maar dit lijkt wel een logische afspraak.

Disutility

Disutility kan meegenomen worden in de verdeling van het totale financiële kader, waarvoor de Handreiking model vergoeding disutility is gepubliceerd (2016)⁹. Hiervoor zijn in principe 2 mogelijkheden in de combinatie met gebruik van de verdeelsystematiek, ook bij het capaciteitsbegrotingsmodel. De eerste mogelijkheid is het reserveren van een deel c.q. percentage (bijv. 2-5%) van het totale financiële kader voor onderlinge verdeling o.b.v. de dat jaar ingevulde disutility waarden (o.b.v. dienstfrequentie en -intensiteit) en dus los van de norm fte realisatie verdeling volgens het ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel. De andere mogelijkheid is om de disutility waarden om te rekenen in norm fte waarde en die per OE/vakgroep op te tellen bij de norm fte realisatie verdeling volgens het ex-ante capaciteitsbegrotingsmodel.

Kwaliteit

Kwaliteit kan meegenomen worden in de verdeling van het totale financiële kader (meestal een percentage, bijv. max. 5%). In de praktijk wordt dit nu lokaal ingevuld en gaat dit vaak om aanwezig zijn van inzet op bijv. BLS/ALS/deelname IFMS/GFMS, informatie en privacy/JCI normen etc. Het goed, objectief en vergelijkbaar meten van kwaliteit van zorg is echter niet gemakkelijk. Er zijn diverse vormen van indicatoren die daarbij te gebruiken zijn: proces indicatoren, structuur indicatoren en uitkomst indicatoren (PROMS en PREMS). Echte kwaliteit van zorg parameters, in welke (indicator)vorm dan ook, moeten het mogelijk maken om verbetering van kwaliteit van zorg te meten, zowel in lokaal historisch vergelijk binnen de vakgroep als o.b.v. benchmarking met andere vergelijkbare vakgroepen van hetzelfde specialisme. Daarbij kunnen lokaal kwaliteitsparameters per vakgroep gekozen worden en bandbreedtes gehanteerd worden, maar daarbij moeten wel de juiste incentives achterliggend zijn, zeker als je kwaliteitsparameters om gaat zetten naar financiële uitkomsten, waarbij het risico aanwezig is van sturen op betere uitkomsten door bijvoorbeeld bewuste beïnvloeding van de patiënten casemix en/of het maken van andere behandelkeuzes.

Ook het kunnen valideren, bij vergelijken/benchmarken, van parameter uitkomsten is van belang. Mede om die reden is het lastig om kwaliteitsparameters in (benchmark) verdeelmodellen te incorporeren. Ook het inkopen en honoreren van zorg door zorgverzekeraars o.b.v. kwaliteit is in Nederland nog weinig gangbaar. Pas als dat duidelijker vormen heeft aangenomen en realiseerbaar blijkt, kan 'waardegedreven zorg' beter opgeschaald worden. Het zal tevens beter lukken om kwaliteitsparameters in verdeelmodellen op te nemen en te gebruiken, als waardegedreven zorg ook binnen de zorginstelling operationeel is en hierover (congruente) afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar. Ook hier geldt dat gelijke uitgangspunten van belang zijn voor gelijkgerichtheid tussen zorginstellingen en hun MSB's, (comb-)coöperaties, VMSSD's en OE's/vakgroepen. Het is uiteraard prima om hiermee lokaal te experimenteren, mits van tevoren bedacht is wat men doet en hoe om te gaan met de resultaten.

JZOJP

Meewegen aanvullende component:

Aanvullend aan de reguliere efficiency ratio's kan er eventueel ook een JZOJP ratio worden toegevoegd. Dit betreft maatwerk per vakgroep, waarbij gekozen kan worden uit een selectie van beschikbare best practices en KPI's bijv. op basis van landelijke programma's zoals de implementatie agenda Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), Doen of Laten (NFU), Verstandige Keuzes (Federatie), en het is belangrijk dat dit aansluit bij lokale doelstellingen of ingezette JZOJP initiatieven. Het opnemen van lokale JZOJP ratio's zorgt voor het vergroten van de zichtbaarheid van lokale thema's en is daarmee een aanvullende stimulans. Door dit te laten aansluiten bij lokale contractafspraken (bijv. gekozen thema's binnen de ZE&GG agenda) wordt gelijkgerichtheid verder bevordert.

Inzet medisch specialist buiten MSZ (buiten verdeelmodel):

JZOJP op het juiste moment door de juiste zorgverlener is heden een belangrijk onderwerp binnen de gezondheidszorg. Dit raakt de 1e lijn met huisartsen, paramedici en thuiszorg zowel als medisch specialistische

9 Handreiking model vergoeding disutility zie www.demedischspecialist.nl thema MSB.

zorgprofessionals en -instellingen (2e en 3e lijn). Het gaat daarbij vooral om, in het licht van de huidige aparte budgetten en bekostiging van deze lijnen, de patiënt waar mogelijk zo 'laag mogelijk in de 'lijn' te behandelen en zo dure zorg in 2e en 3e lijn te voorkomen. En om het verplaatsen van zorg uit de 2e en 3e lijn naar 1e en 1,5e lijns zorg. Als medisch specialisten zorg in de 1e en/of 1,5e lijn gaan leveren (op welke wijze dan ook), valt dit meestal buiten het financieel kader van een ziekenhuis en/of MSB/(combi-)coöperatie en dan dus buiten een medisch specialistisch benchmark model wat gerelateerd is aan de medisch specialistische zorg registraties-declaraties in het ziekenhuis. Benchmarking van deze 1e en 1,5e lijns zorg zal niet goed mogelijk zijn in een puur MSZ benchmark model. Wel is er een belangrijk verband tussen het inzetten van de JZOJP beweging, en daardoor verplaatste zorg vanuit de zorginstelling, en benchmarking.

Als er toenemend zorg verplaatst wordt vanuit de MSZ naar 1e en/of 1,5e lijn, waarvoor ondersteuning met medisch specialistisch expertise nodig blijft, zal de medisch specialist, in samenwerking met huisartsen en thuiszorg, in toenemende mate buiten de MSZ zorginstelling kunnen gaan werken. Daarmee zal het fte aandeel van medisch specialisten in een vakgroep en daarmee de honorering vanuit het financiële MSZ kader, voor een deel verschuiven van binnen het ziekenhuis naar buiten het ziekenhuis. Daarmee kan krimp binnen het ziekenhuis gecompenseerd worden door groei buiten het ziekenhuis. Ofwel is formatiegroei binnen een vakgroep mogelijk door de activiteiten buiten het ziekenhuis met externe financiering bij bijv. gelijkblijvende activiteiten binnen het ziekenhuis. Op deze wijze heeft JZOJP invloed op het benchmark verdeelmodel en is er sprake van communicerende vaten tussen medisch specialistische zorg in de zorginstelling en zorg die daarbuiten geleverd wordt. Dit biedt perspectief voor MSB's en (combi-)coöperaties en ook voor vakgroepen van medische specialisten in dienstverband.

Zo kan medisch specialistische expertise en zorg in de 1e en 1,5e lijn geleverd worden, wat JZOJP zal stimuleren en faciliteren. Zo kunnen MSB's en (combi-)coöperaties en dienstverband vakgroepen op deze wijze een combinatie van medisch specialistische zorg binnen en buiten de 2e en 3e lijns zorginstelling leveren. Het is van belang dat dit soort (zorg)activiteiten buiten het ziekenhuis, in het kader van JZOJP, in een ZBC of op andere wijze, en de daarmee gemoeide fte formatie inzet en (honorarium)geldstromen wel inzichtelijk worden gemaakt door de betreffende vakgroepen bij het gremium van medisch specialisten waar de vakgroep deel van uit maakt en het bestuur daarvan. Bij voorkeur dienen deze (honorarium)geldstromen via het MSB of de (combi-)coöperatie te lopen. Zie hiervoor verder ook de Handreiking Fte model voor medisch specialisten in het kader van hoofdstuk 3 van dat document¹⁰. Zolang zij niet over een WTZi (vanaf 2022 WTZa) vergunning kunnen beschikken, kan een MSB/(combi-)coöperatie niet zelf zorg inkopen en zullen dit soort initiatieven in samenwerking met een MSZ zorginstelling gedaan moeten worden. Voor het uitvoeren van medisch specialistische activiteiten in de 1e en 1,5e lijns zorg is meestal samenwerking met een huisartsengroep/coöperatie aanwezig.

E-health:

Vormen van e-Health kunnen gezien worden als uiting van JZOJP, maar kunnen ook beschouwd worden als losse parameters in de modernisering van de zorg, waarin de zorg meer digitaal en zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving van de patiënt wordt geleverd, met zoveel mogelijk eigen regie en verantwoordelijkheid van de patiënt. Binnen de reguliere poliklinische efficiency wordt het gebruik van ehealth consulten reeds gestimuleerd doordat een vakgroep positief beloond wordt bij een hoger aandeel ehealth consulten dan de landelijke benchmark (voor eenzelfde casemix). Indien aanvullende stimulering wenselijk is, kunnen overige vormen van digitale zorg als aparte ratio binnen de JZOJP ratio worden toegevoegd.

10 Handreiking Fte model zie www.demedischspecialist.nl thema Gelijkgerichtheid

Bijlage 4 Rekenvoorbeelden

Onderstaande rekenvoorbeelden vormen een verdieping op hoofdstuk 2. In deze voorbeelden zijn fictieve waarden gebruikt.

Rekenvoorbeeld (1): opstellen begroting

Specialisme	Begroting 2021 (normuren)	Benchmark / fte (ex-ante)	Begroting 2021 (norm fte)
Oogheelkunde	10.000	2.500	4,00 norm fte
KNO	13.200	2.200	6,00 norm fte
Heelkunde	28.200	2.350	12,00 norm fte
Orthopedie	24.000	2.400	10,00 norm fte
Urologie	16.000	3.200	5,00 norm fte
Gynaecologie	22.000	2.200	10,00 norm fte
Inwendige geneeskunde	31.800	2.650	12,00 norm fte
MDL	17.600	2.200	8,00 norm fte
Cardiologie	18.900	2.100	9,00 norm fte
Longgeneeskunde	16.200	2.700	6,00 norm fte
Neurologie	24.300	2.700	9,00 norm fte
Pijnbestrijding	6.400	6.400	1,00 norm fte
Radiologie	28.800	2.400	12,00 norm fte
Nucleaire geneeskunde	4.700	2.350	2,00 norm fte
Anesthesiologie	40.800	3.400	12,00 norm fte
Totaal			118,00 norm fte

Rekenvoorbeeld (2): monitoren en bijsturen t.o.v. begroting gedurende het jaar

Specialisme	Forecast 2021 (normuren)	Begroting 2021 (normuren)	Forecast / begroting
Oogheelkunde	10.500	10.000	105%
KNO	12.500	13.200	95%
Heelkunde	28.100	28.200	100%
Orthopedie	23.480	24.000	98%
Urologie	16.500	16.000	103%
Gynaecologie	22.400	22.000	102%
Inwendige geneeskunde	31.500	31.800	99%
MDL	17.400	17.600	99%
Cardiologie	19.400	18.900	103%
Longgeneeskunde	16.250	16.200	100%
Neurologie	24.100	24.300	99%
Pijnbestrijding	6.450	6.400	101%
Radiologie	28.850	28.800	100%
Nucleaire geneeskunde	4.600	4.700	98%
Anesthesiologie	40.850	40.800	100%
Totaal	302.880	302.900	100%

Rekenvoorbeelden (3 t/m 8): afrekening per type afspraak

Eindafrekening MSB bij plafondafpraak of aanneemsom (HLA default) (rekenvoorbeelden 3 en 4)

- Toelichting:
 - Leidende afspraak zorgverzekeraar: Plafondafpraak of aanneemsom.
 - Dynamiek: Sturen op puntlanding.
 - Begroting: Geldt in de basis als plafond.
- Resultaat:
 - Vakgroepen die onder begroting realiseren krijgen volledige realisatie in norm fte verdeling.
 - Vakgroepen die over begroting realiseren krijgen overproductie niet vergoed (rekenvoorbeeld 3).
 - ← Eventueel kan er voor gekozen worden om een deel van de overproductie te vergoeden indien hier ruimte voor is door onderproducerende vakgroepen (rekenvoorbeeld 4), evt. met hanteren van een maximum percentage van overproductie.

Rekenvoorbeeld 3

Specialisme	Norm fte realisatie 2019	Norm fte begroting 2019	Vershil	Onder begroting	Over begroting	Norm fte
Oogheelkunde	4,08 norm fte	4,00 norm fte	+2%	-	+0,08 norm fte	4,00 norm fte
KNO	6,30 norm fte	6,00 norm fte	+5%	-	+0,30 norm fte	6,00 norm fte
Heelkunde	13,20 norm fte	12,00 norm fte	+10%	-	+1,20 norm fte	12,00 norm fte
Orthopedie	9,80 norm fte	10,00 norm fte	-2%	-0,20 norm fte	-	9,80 norm fte
Urologie	4,75 norm fte	5,00 norm fte	-5%	-0,25 norm fte	-	4,75 norm fte
Gynaecologie	9,00 norm fte	10,00 norm fte	-10%	-1,00 norm fte	-	9,00 norm fte
Inwendige geneeskunde	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	12,00 norm fte
MDL	8,24 norm fte	8,00 norm fte	+3%	-	+0,24 norm fte	8,00 norm fte
Cardiologie	8,73 norm fte	9,00 norm fte	-3%	-0,27 norm fte	-	8,73 norm fte
Longgeneeskunde	6,42 norm fte	6,00 norm fte	+7%	-	+0,42 norm fte	6,00 norm fte
Neurologie	8,37 norm fte	9,00 norm fte	-7%	-0,63 norm fte	-	8,37 norm fte
Pijnbestrijding	1,00 norm fte	1,00 norm fte	-	-	-	1,00 norm fte
Radiologie	12,60 norm fte	12,00 norm fte	+5%	-	+0,60 norm fte	12,00 norm fte
Nucleaire geneeskunde	1,90 norm fte	2,00 norm fte	-5%	-0,10 norm fte	-	1,90 norm fte
Anesthesiologie	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	12,00 norm fte
Totaal	118,39 norm fte	118,00 norm fte	+0%	-2,45 norm fte	+2,84 norm fte	115,55 norm fte

Rekenvoorbeeld 4

Specialisme	Norm fte realisatie 2019	Norm fte begroting 2019	Vershil	Onder begroting	Over begroting	Verdeling extra norm fte	Norm fte
Oogheelkunde	4,08 norm fte	4,00 norm fte	+2%	-	+0,08 norm fte	+0,07 norm fte	4,07 norm fte
KNO	6,30 norm fte	6,00 norm fte	+5%	-	+0,30 norm fte	+0,26 norm fte	6,26 norm fte
Heelkunde	13,20 norm fte	12,00 norm fte	+10%	-	+1,20 norm fte	+1,04 norm fte	13,04 norm fte
Orthopedie	9,80 norm fte	10,00 norm fte	-2%	-0,20 norm fte	-	-	9,80 norm fte
Urologie	4,75 norm fte	5,00 norm fte	-5%	-0,25 norm fte	-	-	4,75 norm fte
Gynaecologie	9,00 norm fte	10,00 norm fte	-10%	-1,00 norm fte	-	-	9,00 norm fte
Inwendige geneeskunde	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	-	12,00 norm fte
MDL	8,24 norm fte	8,00 norm fte	+3%	-	+0,24 norm fte	+0,21 norm fte	8,21 norm fte
Cardiologie	8,73 norm fte	9,00 norm fte	-3%	-0,27 norm fte	-	-	8,73 norm fte
Longgeneeskunde	6,42 norm fte	6,00 norm fte	+7%	-	+0,42 norm fte	+0,36 norm fte	6,36 norm fte
Neurologie	8,37 norm fte	9,00 norm fte	-7%	-0,63 norm fte	-	-	8,37 norm fte
Pijnbestrijding	1,00 norm fte	1,00 norm fte	-	-	-	-	1,00 norm fte
Radiologie	12,60 norm fte	12,00 norm fte	+5%	-	+0,60 norm fte	+0,52 norm fte	12,52 norm fte
Nucleaire geneeskunde	1,90 norm fte	2,00 norm fte	-5%	-0,10 norm fte	-	-	1,90 norm fte
Anesthesiologie	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	-	12,00 norm fte
Totaal	118,39 norm fte	118,00 norm fte	+0%	-2,45 norm fte	+2,84 norm fte	+2,45 norm fte	118,00 norm fte

Eindafrekening MSB bij P*Q of plafondefsprak (rekenvoorbeeld 5)

- Toelichting:
 - Leidende afspraak zorgverzekeraar: P*Q of Plafondefsprak.
 - Dynamiek: Sturen op (lichte) groei.
 - Begroting: Geldt als plafond met bandbreedte.
- Resultaat:
 - Vakgroepen die onder begroting realiseren krijgen volledige realisatie in norm fte verdeling.
 - Vakgroepen die over begroting realiseren krijgen overproductie vergoed tot een maximum (in rekenvoorbeeld 5 is dit 105%).

Rekenvoorbeeld 5

Specialisme	Norm fte realisatie 2019	Norm fte begroting 2019	Vershil	Onder begroting	Over begroting	Verdeling extra norm fte	Norm fte
Oogheeskunde	4,08 norm fte	4,00 norm fte	+2%	-	+0,08 norm fte	+0,08 norm fte	4,08 norm fte
KNO	6,30 norm fte	6,00 norm fte	+5%	-	+0,30 norm fte	+0,30 norm fte	6,30 norm fte
Heeskunde	13,20 norm fte	12,00 norm fte	+10%	-	+1,20 norm fte	+0,60 norm fte	12,60 norm fte
Orthopedie	9,80 norm fte	10,00 norm fte	-2%	-0,20 norm fte	-	-	9,80 norm fte
Urologie	4,75 norm fte	5,00 norm fte	-5%	-0,25 norm fte	-	-	4,75 norm fte
Gynaecologie	9,00 norm fte	10,00 norm fte	-10%	-1,00 norm fte	-	-	9,00 norm fte
Inwendige geneeskunde	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	-	12,00 norm fte
MDL	8,24 norm fte	8,00 norm fte	+3%	-	+0,24 norm fte	+0,24 norm fte	8,24 norm fte
Cardiologie	8,73 norm fte	9,00 norm fte	-3%	-0,27 norm fte	-	-	8,73 norm fte
Longgeneeskunde	6,42 norm fte	6,00 norm fte	+7%	-	+0,42 norm fte	+0,30 norm fte	6,30 norm fte
Neurologie	8,37 norm fte	9,00 norm fte	-7%	-0,63 norm fte	-	-	8,37 norm fte
Pijnbestrijding	1,00 norm fte	1,00 norm fte	-	-	-	-	1,00 norm fte
Radiologie	12,60 norm fte	12,00 norm fte	+5%	-	+0,60 norm fte	+0,60 norm fte	12,60 norm fte
Nucleaire geneeskunde	1,90 norm fte	2,00 norm fte	-5%	-0,10 norm fte	-	-	1,90 norm fte
Anesthesiologie	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	-	12,00 norm fte
Totaal	118,39 norm fte	118,00 norm fte	+0%	-2,45 norm fte	+2,84 norm fte	+2,12 norm fte	117,67 norm fte

Eindafrekening MSB bij aanneemsom (rekenvoorbeeld 6)

- Toelichting:
 - Leidende afspraak zorgverzekeraar: (Korte termijn) aanneemsom.
 - Dynamiek: Geen productieprikkel binnen een jaar.
 - Begroting: Geldt als aanneemsom voor betreffende jaar.
- Resultaat:
 - Vakgroepen ontvangen in verdeling norm fte conform de begroting:
 - ← Vakgroepen die onder begroting realiseren krijgen de begroting vergoed.
 - ← Vakgroepen die over begroting realiseren krijgen de extra productie niet gehonoreerd.
- Aandachtspunten:
 - Realisatie speelt geen rol in afrekening.
 - Afwijking in realisatie t.o.v. begroting kan wel een effect hebben op de ruimte in begroting T+1.
 - Evt. kunnen aanvullende ratio's worden opgenomen voor extra sturing en monitoring t.a.v. het leveren van de JZOJP (zie [bijlage 2 Overzicht lokale keuzes](#)).

Rekenvoorbeeld 6

Specialisme	Norm fte realisatie 2019	Norm fte begroting 2019	Vershil	Onder begroting	Over begroting	Norm fte verdeling (= begroting)
Oogheelkunde	4,08 norm fte	4,00 norm fte	+2%	-	+0,08 norm fte	4,00 norm fte
KNO	6,30 norm fte	6,00 norm fte	+5%	-	+0,30 norm fte	6,00 norm fte
Heelkunde	13,20 norm fte	12,00 norm fte	+10%	-	+1,20 norm fte	12,00 norm fte
Orthopedie	9,80 norm fte	10,00 norm fte	-2%	-0,20 norm fte	-	10,00 norm fte
Urologie	4,75 norm fte	5,00 norm fte	-5%	-0,25 norm fte	-	5,00 norm fte
Gynaecologie	9,00 norm fte	10,00 norm fte	-10%	-1,00 norm fte	-	10,00 norm fte
Inwendige geneeskunde	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	12,00 norm fte
MDL	8,24 norm fte	8,00 norm fte	+3%	-	+0,24 norm fte	8,00 norm fte
Cardiologie	8,73 norm fte	9,00 norm fte	-3%	-0,27 norm fte	-	9,00 norm fte
Longgeneeskunde	6,42 norm fte	6,00 norm fte	+7%	-	+0,42 norm fte	6,00 norm fte
Neurologie	8,37 norm fte	9,00 norm fte	-7%	-0,63 norm fte	-	9,00 norm fte
Pijnbestrijding	1,00 norm fte	1,00 norm fte	-	-	-	1,00 norm fte
Radiologie	12,60 norm fte	12,00 norm fte	+5%	-	+0,60 norm fte	12,00 norm fte
Nucleaire geneeskunde	1,90 norm fte	2,00 norm fte	-5%	-0,10 norm fte	-	2,00 norm fte
Anesthesiologie	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	12,00 norm fte
Totaal	118,39 norm fte	118,00 norm fte	+0%	-2,45 norm fte	+2,84 norm fte	118,00 norm fte

Eindafrekening MSB bij meerjaren aanneemsom (rekenvoorbeeld 7)

- Toelichting:
 - Leidende afspraak zorgverzekeraar: meerjaren aanneemsom.
 - Dynamiek: Geen productieprikkel / sturen op krimp.
 - Begroting: Geldt als aanneemsom voor meerdere jaren.
 - ← Aanvullend afspraken over (tijdelijke) aanvullende vergoedingen bij krimp mogelijk.
- Resultaat:
 - Vakgroepen ontvangen in verdeling norm fte conform de begroting:
 - ← Vakgroepen die onder begroting realiseren krijgen de begroting vergoed.
 - ← Vakgroepen die krimpen in begroting (door inzet JZOJP) kunnen evt. aanvullend een vergoeding ontvangen (in rekenvoorbeeld 7 is dit 50% van jaarlijkse krimp).

- ← Vakgroepen die over begroting realiseren krijgen de extra productie niet gehonoreerd.
- Aandachtspunten:
 - Realisatie speelt geen rol in afrekening.
 - Afwijking in realisatie t.o.v. begroting kan wel effect hebben op nieuwe (meerjaren) afspraken.
 - Evt. kunnen aanvullende ratio's worden opgenomen voor extra sturing en monitoring t.a.v. het leveren van de JZOJP (zie [bijlage 2 Overzicht lokale keuzes](#)).

Rekenvoorbeeld 7

Specialisme	Norm fte begroting 2019	Norm fte begroting 2020	Norm fte begroting 2021	Aanvullende vergoeding 2019-2020	Norm fte 2019	Norm fte 2020
Oogheelkunde	4,00 norm fte	4,04 norm fte	4,09 norm fte	-	4,00 norm fte	4,04 norm fte
KNO	6,00 norm fte	6,00 norm fte	6,00 norm fte	-	6,00 norm fte	6,00 norm fte
Heelkunde	12,00 norm fte	11,88 norm fte	11,76 norm fte	+0,06 norm fte	12,00 norm fte	11,94 norm fte
Orthopedie	10,00 norm fte	9,95 norm fte	9,90 norm fte	+0,03 norm fte	10,00 norm fte	9,98 norm fte
Urologie	5,00 norm fte	4,88 norm fte	4,75 norm fte	+0,06 norm fte	5,00 norm fte	4,94 norm fte
Gynaecologie	10,00 norm fte	9,50 norm fte	9,00 norm fte	+0,25 norm fte	10,00 norm fte	9,75 norm fte
Inwendige geneeskunde	12,00 norm fte	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	12,00 norm fte	12,00 norm fte
MDL	8,00 norm fte	8,12 norm fte	8,24 norm fte	-	8,00 norm fte	8,12 norm fte
Cardiologie	9,00 norm fte	9,00 norm fte	9,00 norm fte	-	9,00 norm fte	9,00 norm fte
Longgeneeskunde	6,00 norm fte	5,94 norm fte	5,88 norm fte	+0,03 norm fte	6,00 norm fte	5,97 norm fte
Neurologie	9,00 norm fte	8,96 norm fte	8,91 norm fte	+0,02 norm fte	9,00 norm fte	8,98 norm fte
Pijnbestrijding	1,00 norm fte	0,98 norm fte	0,95 norm fte	+0,01 norm fte	1,00 norm fte	0,99 norm fte
Radiologie	12,00 norm fte	11,88 norm fte	11,76 norm fte	+0,06 norm fte	12,00 norm fte	11,94 norm fte
Nucleaire geneeskunde	2,00 norm fte	2,00 norm fte	2,00 norm fte	-	2,00 norm fte	2,00 norm fte
Anesthesiologie	12,00 norm fte	11,88 norm fte	11,76 norm fte	+0,06 norm fte	12,00 norm fte	11,94 norm fte
Totaal	118,00 norm fte	117,00 norm fte	116,00 norm fte		118,00 norm fte	117,58 norm fte

Eindafrekening MSB bij schaduwdraaien met capaciteitsbegroting (rekenvoorbeeld 8)

- Toelichting:
 - Afrekening: op realisatie.
 - Relevant bij recente overstap.
 - Begroting: Als referentie inzichtelijk.
- Resultaat:
 - Begroting speelt bij schaduwdraaien geen rol in de eindafrekening.
 - Vakgroepen ontvangen in verdeling norm fte conform de gerealiseerde productie.

Rekenvoorbeeld 8

Specialisme	Norm fte realisatie 2019	Norm fte begroting 2019	Vershil	Onder begroting	Over begroting	Norm fte
Oogheelkunde	4,08 norm fte	4,00 norm fte	+2%	-	+0,08 norm fte	4,08 norm fte
KNO	6,30 norm fte	6,00 norm fte	+5%	-	+0,30 norm fte	6,30 norm fte
Heelkunde	13,20 norm fte	12,00 norm fte	+10%	-	+1,20 norm fte	13,20 norm fte
Orthopedie	9,80 norm fte	10,00 norm fte	-2%	-0,20 norm fte	-	9,80 norm fte
Urologie	4,75 norm fte	5,00 norm fte	-5%	-0,25 norm fte	-	4,75 norm fte
Gynaecologie	9,00 norm fte	10,00 norm fte	-10%	-1,00 norm fte	-	9,00 norm fte
Inwendige geneeskunde	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	12,00 norm fte
MDL	8,24 norm fte	8,00 norm fte	+3%	-	+0,24 norm fte	8,24 norm fte
Cardiologie	8,73 norm fte	9,00 norm fte	-3%	-0,27 norm fte	-	8,73 norm fte
Longgeneeskunde	6,42 norm fte	6,00 norm fte	+7%	-	+0,42 norm fte	6,42 norm fte
Neurologie	8,37 norm fte	9,00 norm fte	-7%	-0,63 norm fte	-	8,37 norm fte
Pijnbestrijding	1,00 norm fte	1,00 norm fte	-	-	-	1,00 norm fte
Radiologie	12,60 norm fte	12,00 norm fte	+5%	-	+0,60 norm fte	12,60 norm fte
Nucleaire geneeskunde	1,90 norm fte	2,00 norm fte	-5%	-0,10 norm fte	-	1,90 norm fte
Anesthesiologie	12,00 norm fte	12,00 norm fte	-	-	-	12,00 norm fte
Totaal	118,39 norm fte	118,00 norm fte	+0%	-2,45 norm fte	+2,84 norm fte	118,39 norm fte

Rekenvoorbeelden impact JZOJP

Onderstaande rekenvoorbeelden laten zien dat de impact van JZOJP initiatieven vaak neutraal is.

Vermindering ligdagen BPH

- Vermindering ligduur na opname bij ingreep benigne prostaathyperplasie



Casus Benigne prostaathyperplasie (BPH)

- Vakgroep: Urologie van 3,0 fte
- Vakgroep ziet jaarlijks 850 patiënten met BPH, waarvan 250 klinisch
- Vermindering gemiddelde ligduur van P75 naar P25: van 4 naar 2 dagen
- Geen effect op normuren; de efficiency verbetert via efficiency-ratio 'kliniek'

Effect op resultaat benchmark

- Realisatie geeft vermindering van 10% van de totale ligduur; totale efficiency verbetert ca +3%
- Totaal norm fte ca +1% (bij weging efficiency van 30%)

Effect is +0,03 norm fte (+1%)

Minder knieoperaties door SDM

- Inzet van Shared Decision Making (SDM) om conservatief beleid te stimuleren bij knieprothese-operaties



Casus knieoperaties

- Vakgroep: Orthopedie van 5,0 fte
- Vakgroep met jaarlijks 1.200 patiënten met knie-artrose, waarvan 160 operatief
- Vermindering van knieprotheseoperaties met -10% door SDM
- Van operatieve naar conservatieve zorgproducten: ca -48 normuur

Effect op resultaat benchmark

- Omvang patiëntenzorg: ca -0,02 norm fte
- Als de vrijgespeelde tijd wordt gebruikt voor het zien van 50 nieuwe patiënten (+0,5%) blijft de omvang patiëntenzorg gelijk

Neutraal effect bij het zien van nieuwe patiënten of -0,02 norm fte (-0,5%)

Verschuiving naar 1,5^e lijn bij COPD

- Verplaatsing van zorg voor COPD patiënten vanuit ziekenhuis naar 1,5-lijnscentrum



Casus COPD

- Vakgroep Longgeneeskunde van 4,5 fte
- Vakgroep ziet jaarlijks 1.200 COPD-patiënten
- Samenwerking in de regio zorgt voor -10% minder COPD patiënten in het ziekenhuis
- Vermindering van 120 patiënten en ca -130 normuur

Effect op resultaat benchmark

- Omvang patiëntenzorg: ca -0,05 norm fte
- Omvang van 0,05 norm fte staat gelijk aan 90 uur Longarts in 1,5-lijnscentrum (verplaatsing van zorg)

Neutraal effect bij verplaatsing inzet naar 1,5-lijn of -0,05 norm fte (-1%)

Bijlage 5 Landelijke ontwikkelingen in de (MS) zorg – historisch en actueel

Historie

Er hebben in de afgelopen 10 jaar majeure wijzigingen plaatsgevonden in de registratie, declaratie en bekostiging van medisch specialistische zorg (MSZ), zowel voor MSZ zorginstellingen (voornamelijk ziekenhuizen, ZBC's en categorale instellingen) als voor medisch specialisten. Vanaf 2012 is de (DBC-)DOT zorgproducten systematiek ingevoerd, als vervolg op de kortdurend gebruikte separate DBC's en de voordien gehanteerde FB-parameter systematiek. Daarbij heeft er tegelijkertijd voor medisch specialisten (systemisch gezien) in 2012 een soort 'harmonisering' van gemiddeld honorarium per fte voor alle specialismen plaatsgevonden. Daarbij is het vrijgevestigde budgettair kader medisch specialisten (BKZ MS) o.b.v. historische declaraties in 2007-2009 incl. cumulatieve indexering verdeeld over het in 2010-2011, gewaarmerkt bij medische staven uitgevraagde, aantal vrijgevestigd medisch specialisten per specialisme. Dit als volgt: het percentage van de taartpunt van het totale BKZ MS per specialisme = het aantal gewaarmerkte fte vrijgevestigd medisch specialisten van dat specialisme gedeeld op het totale aantal gewaarmerkte fte vrijgevestigd medisch specialisten. In die tijd was nog sprake van een apart declarabel honorarium aandeel medisch specialist, waarbij het gedeclareerde honorarium per (fte) medisch specialist (uiteraard) nog wel verschillend was o.b.v. een verschil in mate van verleende patiëntenzorg.

Vanaf de functionele budgettering in 2012 zijn vrijgevestigd medisch specialisten verplicht via het ziekenhuis te declareren en niet meer apart aan de zorgverzekeraar. Daarbij zijn (verplicht) de 'collectieven van medisch specialisten' opgericht. Hierbij rekent het ziekenhuis 'achter de voordeur' af met deze collectieven van (vrijgevestigde) medisch specialisten, die weer zelf onderling afrekenen, grotendeels via het in die tijd geïntroduceerde benchmark verdeelmodel. Naast de in 2015 geïntroduceerde verkorting van de doorlooptijd van DBC-DOT zorgtrajecten van 1 jaar naar maximaal 4 maanden. Daardoor is historisch parameter vergelijk met parameters uit de jaren daarvoor maar beperkt mogelijk. Ook is sinds dat jaar sprake van een 'integraal tarief'. Hierbij is het BKZ MS in 2015 samengevoegd met het BKZ ZH (budgettair kader ziekenhuizen), waarbij de honorariumcomponent van de medisch specialist ook niet meer via het ziekenhuis apart declarabel is en de financiële drager van deze honorariumcomponent de normtijden en daarmee normuren zijn geworden (die gelden als 'output' parameter). Gedwongen door een fiscale wijziging vanuit de overheid zijn vanaf 2015 tevens de medisch specialistische bedrijven (Msb's) en (combi-)coöperaties opgericht.

Actueel

De laatste jaren zijn er diverse landelijke ontwikkelingen gaande in de zorg als geheel en specifiek in de MSZ. Die omvatten de in het HLA 2019-2022 beschreven steeds beperktere financiële ruimte in de MSZ versus de discrepantie daarvan t.o.v. de toenemende (autonome) zorgvraag en blijvende toename van technologische (deels hoogstaande en dure) behandelmogelijkheden. Daarbij speelt de forse stijging van de kosten in de verpleeghuis- en gehandicaptenzorg via de Wlz (Wet langdurige zorg) een GGZ waarschijnlijk nog een belangrijker rol. Het zorgstelsel en de financiering ervan staan sterk onder druk, het wordt steeds meer een uitdaging om zowel de kwaliteit van zorg hoog te houden als de toegankelijkheid goed, en zonder lange wachtlijsten.

Voorts speelt er al veel langer een politieke discussie over 'ongewenste productieprikkels' en een eventuele (gedwongen) overgang van vrijgevestigd medisch specialisten naar dienstverband. Daarnaast is er druk vanuit overheid (VWS, NZa, ZN/zorgverzekeraars, ZiN) tot het afbouwen van financiering en honorering o.b.v. ('ongewenste') productie (prikkels) en met name vanuit NZa en VWS de oproep tot (meer) gelijkgerichtheid tussen medisch specialistische gremia en zorginstellingen. In de COVID-19 periode van 2020 en 2021 is gebleken is dat juist de zorgbehoefte van patiënten leidend is in het acteren van medisch specialisten en ziekenhuizen en daarin geen 'oneigenlijke' productieprikkels aanwezig waren. Integendeel, er moest juist alles op alles gezet worden om zowel COVID patiënten als (urgente) non-COVID patiënten te kunnen helpen.

Ook vanuit de medisch specialisten zelf en binnen MSB's, (combi-)coöperaties, VMSSD-en WV-en is er behoefte om het prestatie benchmarkmodel door te ontwikkelen, omdat een verdeelmodel ondersteunend moet zijn aan de ontwikkelingen in de zorg en de organisatie daarvan. Dit komt het best tot zijn recht in situaties waarbij er voldoende ruimte is voor adequate honorering van de zorgverlening die gevraagd en (passend) geleverd wordt. De gelijkgerichtheid die hierin al tussen medisch specialisten en de ziekenhuizen aanwezig is, kan verder vormgegeven worden door de systematiek van het verdeelmodel zo optimaal mogelijk te laten aansluiten bij de systematiek van de ziekenhuisbegroting en de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars, door over te gaan naar een capaciteitsbegrotingsmodel. Het prestatie-/verdeelmodel is immers slechts een afgeleide van de prikkels/afspraken binnen de zorginstelling organisatie. Als de zorginstelling en zorgverzekeraar(s) nog steeds de afspraken maken o.b.v. het 'vullen' van een budgetplafond o.b.v. pure productieparameters is het voor medisch specialisten ook niet anders mogelijk dan o.b.v. productieparameters te werken, omdat de medisch specialisten anders juist niet gelijkgericht zouden zijn. Het gelijkgericht kunnen zijn o.b.v. (ook) andere dan productie parameters en met een andere wijze van invulling van de te verlenen zorg, vergt ook andere afspraken tussen zorginstelling en zorgverzekeraar.

Hiervoor is comfort voor de zorginstellingen en medisch specialisten nodig. Dit comfort kan bijvoorbeeld bereikt worden door het maken van meerjarenafspraken tussen zorginstelling en zorgverzekeraars maken (zonder daarbij vooraf opgelegde kortingen). Voorts zijn daarbij het toekennen van jaarlijkse indexeringsaan de zorginstelling van belang, de inzet van transformatiegelden en het daarbij incorporeren van enige mate van flexibiliteit. Dit laatste bijvoorbeeld vanwege adherentie verschuivingen, kosten van (dure) investeringen die voor de kwaliteit van te leveren zorg onontkoombaar zijn, etc. Wanneer de contractering op deze wijze vorm wordt gegeven, faciliteert dat de gewenste transitie in de MSZ.

Met deze flexibiliteit kan dan tevens (in elk geval deels) het probleem van zorginstellingen m.b.t. de dekking van gemiddeld hogere kosten per patiënt door concentratie van hoger complexe zorg bij uitstroom van lager complexe zorg opgevangen worden. Indien in deze laatste situatie geen aanpassing (verhoging) van het budget dan wel de tarieven mogelijk is, leidt dit tot verdwijnen van de benodigde marges, waarbij de financiële gezondheid van de zorginstelling toenemend onder druk komt te staan. Dit is in vele ziekenhuizen al het geval, al voor de COVID-19 periode, maar daarin versterkt door in veel ziekenhuizen grotere corona uitgaven dan dekking vanuit de continuïteitsbijdrage. Hiervoor is financiële compensatie nodig. Ook los van deze COVID-19 periode zal, vanwege de doorgaande technologische ontwikkelingen met verbeteringen in kwaliteit (van leven) in de patiëntenzorg, enige financiële (groei)ruimte in de MSZ noodzakelijk blijven, zeker om de gewenste transitie naar meer digitale/hybride zorg, JZOJP en netwerkzorg breder te kunnen faciliteren en implementeren.

Bijlage 6 Auteurs en samenstelling Commissie Verdeelmodel (en normtijden)

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

Met ondersteuning van:

- Rolf Bremmer (LOGEX)
- Geerte Ramakers (LOGEX)

Met inhoudelijk advies van:

- Erik-Jan Hemmer, MSB-adviseur, HEMMER praktijkadvies & interimdiensten
- Boldewijn Noordveld, MSB-adviseur/-bestuurder, De ZorgConsultants
- Wim Ratering, MSB-adviseur, Ratering MEDadvies
- Marieke Bolt-Broeders, RC, Programma manager Financiën, Medisch Specialistisch Bedrijf Midden-Brabant
- Philip Bos, directeur Medisch Specialistisch Bedrijf Amphibia (Amphibia-A)

De Commissie Verdeelmodel en normtijden is (sinds 2015) ingesteld door het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten om, met feedback en advies van de Raad Beroepsbelangen, het Federatiebestuur te adviseren over vraagstukken op dit gebied. Deze Commissie bestaat uit vertegenwoordigende leden van de wetenschappelijke verenigingen. Met betrekking tot dit document was de specifieke opdracht van het Federatiebestuur om voor medisch specialisten, vakgroepen en de (besturen van de) gremia waarin zij werkzaam zijn, een handreiking op te stellen met achtergronden, uitleg, handvatten en (praktische) voorbeelden t.a.v. doorontwikkeling van het (prestatie) benchmarking model naar het capaciteitsbegrotingsmodel.

Het verwerken van alle mondelinge en schriftelijke feedback van binnen en buiten (zie hierboven) deze Commissie Verdeelmodel in de handreiking, is deze binnen de Commissie geaccordeerd. Tevens is de schriftelijke en mondelinge feedback verwerkt van de wetenschappelijke verenigingen vanuit de algemene vergaderingen van de Raad Beroepsbelangen van 24 juni en 7 oktober 2021. De Commissie wordt technisch en rekenkundig ondersteund door LOGEX.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Bezoekadres:

Federatie Medisch Specialisten
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postadres:

Postbus 20057
3502 LB Utrecht

www.demedischspecialist.nl