



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg

met focus op registratieve en financiële aspecten



Colofon:

Het rapport Handreiking taakherschikking in de medisch-specialistische zorg 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 Februari 2025

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.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Inhoud

Doel en reikwijdte	4
Leeswijzer	4
Legenda	6
Inleiding	7
Hoofdstuk 1: Inzet van taakherschikkers en registratie van zorgverlening	8
Het inventariseren van de doelstelling(en) van de inzet van taakherschikkers	8
Het inventariseren van de financiële en fte-/budgetimplicaties van de inzet van taakherschikkers	10
Overige aandachtspunten bij de inventarisatie	11
Samenwerken binnen één zorgtraject en registratie van zorgverlening	13
Registreren op eigen kwalificatiecode en (benchmark) verdeelsystematiek	15
Hoofdstuk 2: Uitgangspunten en scenario's voor verdeling van loonkosten bij taakherschikking en impact op formatie	16
Uitgangspunten	16
Uitgangspunt 1: gemiddelde tarief opbrengsten verhouding	17
Uitgangspunt 2: gemiddelde verhouding budgetten of omzet	17
Uitgangspunt 3: benchmark congruentie of loonkosten-/honorariumverhouding	18
Uitgangspunt 4: kwantiteit	18
Wijze van aanstelling taakherschikkers en impact op (financiering) afspraken met vrijgevestigden	19
Scenario's voor financiering door c.q. doorbelasting taakherschikkers aan msb's/vakgroepen vrijgevestigd medisch specialisten	20
Zorgverlening buiten de vakgroep	23
Interne doorbelasting van (doorbelaste) loonkosten taakherschikking binnen het msb	23
Vastlegging afspraken	23
BIJLAGEN	
Bijlage 1: Checklist - te regelen zaken m.b.t. taakherschikking	25
Bijlage 2: Incentives voor ondersteuning m.b.t. taakherschikking in de msz	27
Bijlage 3: Voorbeelden taakherschikking en (reken)voorbeelden interne doorbelasting loonkosten/effect op fte	28
Bijlage 4: Aanvullende achtergronden en informatie m.b.t. taakherschikking	30
Bijlage 5: Samenstelling commissie Verdeelmodel (en normtijden)	32

Doel en reikwijdte

Deze handreiking biedt handvatten voor de totstandkoming van afspraken over registratieve en financiële aspecten bij de aanstelling en inzet van taakherschikkers¹ met de poortfunctie in de medisch-specialistische zorg (msz). Het gaat dan om afspraken tussen medisch specialisten en hun gremia enerzijds, en anderzijds om afspraken tussen medisch specialisten met hun raden van bestuur (rvb's) en ziekenhuismanagement van ziekenhuizen (zie leeswijzer). Het betreft hier op objectieve uitgangspunten gebaseerde afspraken met vrijgevestigd medisch specialisten over de inzet en verdeling dan wel doorbelasting van (bruto) loonkosten van taakherschikkers die in enige vorm werkzaam zijn ten behoeve van deze medisch-specialistische vakgroepen (binnen msb's/(combi-)coöperaties). Voor medisch specialisten in dienstverband en hun vmsd ofwel umc stafconventen betreft het hier objectief onderbouwde afspraken over inzet en impact op fte-budget en -formatie. Het kan ook de inzet van taakherschikkers betreffen in de ziekenhuisorganisatie in bredere zin (bijvoorbeeld op de seh). Vigerende afspraken hierover blijken verschillend tussen en binnen ziekenhuizen, zijn niet altijd o.b.v. (objectief) onderbouwde uitgangspunten en niet altijd schriftelijk vastgelegd. In dit document gaat het om taakherschikkers die de poortfunctie uitvoeren binnen de msz. Dat zijn momenteel physician assistants (pa's), verpleegkundig specialisten (vs-en) en klinisch technologen (kt-en). Er zijn ook andere zorgverleners werkzaam in de msz die taken van medisch specialisten doen c.q. daarbij ondersteunen (zoals bijvoorbeeld ziekenhuisartsen en anios) waarvoor lokaal en afhankelijk van hun inzet, soortgelijke afspraken zouden kunnen worden gemaakt, echter vallen deze buiten de reikwijdte van deze handreiking. Uiteraard kan daarbij wel gebruik gemaakt worden van de uitgangspunten in deze handreiking.

Onder **taakherschikking** wordt verstaan: 'het structureel overdragen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten aan andere beroepen, zoals de physician assistant (pa) en de verpleegkundig specialist (vs)'. Dit is niet hetzelfde als taakdelegatie, waarbij het gaat om het overdragen van een uitvoering van taken aan niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessionals. Degene die delegeert, in dit geval de medisch specialist, behoudt zelf wel de eindverantwoordelijkheid. Deze handreiking gaat alleen over taakherschikking binnen de msz.

In essentie gaan de afspraken over de (patiëntgerelateerde) zorgverlening, de aanstelling van taakherschikkers, (loon) kostenverdeling en de mogelijke impact op de formatie. In deze handreiking ligt daarbij de nadruk op de financiële en **registratieve** aspecten van taakherschikking.

Deze handreiking is opgesteld in opdracht van het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten door de commissie Verdeelmodel en normtijden van de Federatie Medisch Specialisten. Aanvullingen en aanpassing van de versie 2.0 van deze handreiking is tot stand gekomen met input van en in overleg met de NZa, NAPA en V&VN(-VS) in 2024.

LEESWIJZER

Na een korte inleiding worden in hoofdstuk 1 de doelstelling(en) van de inzet, vormen en financiële implicaties van taakherschikking besproken en op welke wijze hier meer inzicht in verkregen kan worden. Verder worden in dit hoofdstuk registratieve aspecten van de zorgverlening, samenwerking bij taakherschikking, het registreren op eigen kwalificatiecode, en enkele overige zaken belicht. In hoofdstuk 2 worden vervolgens uitgangspunten besproken voor de verdeling van loonkosten bij taakherschikking respectievelijk de impact op formatie. Er worden vier uitgangspunten beschreven die leiden tot verschillende varianten van afspraken. Daarbij worden verschillende scenario's en oplossingsrichtingen weergegeven m.b.t. verdeling/doorbelasting van loonkosten bij de inzet van taakherschikkers die

1 In sommige documenten van de Federatie wordt ook wel gesproken over 'andere beroepen' (dan de medisch specialist), waaronder ook taakherschikkers worden geschaard. In deze handreiking spreken we over taakherschikkers (met de poortfunctie), aangezien dat aansluit bij de NZa-regelgeving.



werkzaam zijn bij/voor msb's/vakgroepen. Verder worden enkele andere aspecten m.b.t. taakherschikking besproken, zoals de implicaties van de wijze van aanstelling van taakherschikkers op de (financiële) afspraken en worden suggesties aangereikt voor eventuele interne doorbelasting van loonkosten bij taakherschikking naar individuele vrijgevestigde vakgroepen. In bijlage 1 staat een checklist met te regelen en overig van belang zijnde zaken m.b.t. taakherschikking en in bijlage 2 worden mogelijke incentives (aanleidingen en achtergronden) voor het inzetten van taakherschikkers benoemd. In bijlage 3 staan enkele voorbeelden van en rekenvoorbeelden bij interne doorbelasting van loonkosten bij taakherschikking en in bijlage 4 aanvullende achtergronden en informatie m.b.t. taakherschikking.

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



LEGENDA

Agb-code = een individuele, unieke en persoonsgebonden 8-cijferige **code**, die aan de zorgverlener wordt toegekend en aan de hand waarvan de zorgverlener geïdentificeerd kan worden. De agb-code wordt gebruikt om administratieve processen die met de zorgverlening samenhangen in te kunnen richten en om zorg te registreren en te declareren voor aanlevering bij de zorgverzekeraars. Ook wordt de agb-code gebruikt voor aanlevering en kwantificering van zorgverlening productie in benchmark verdeelsystematiek. De agb-code van een zorgverlener wordt door Vektis gekoppeld aan de zorginstelling(en) waar deze werkzaam is. Pa's, vs-en en kt-en zijn, net als medisch specialisten, aangemerkt als beroepsbeoefenaren die **BIG-geregistreerd** zijn en de poortfunctie kunnen uitoefenen. Zorgverleners kunnen een eigen agb-code aanvragen bij **Vektis** (die de agb-codes beheert). Om een agb-code aan te kunnen vragen moet de zorgverlener in bezit zijn van een geldige BIG-registratie en/of een registratie bij een beroepsorganisatie of kwaliteitsregister, zodat de zorgverlener voldoet aan de vastgestelde criteria voor de gekozen zorgsoort en kwalificatie. Deze criteria zijn de erkenningen. Per kwalificatie kunnen de vereiste erkenningen verschillen.

Kwalificatiecode = een 4-cijferige, niet uniek persoonsgebonden (zorg)functie beschrijvende code in de NZa regelgeving en beheert door Vektis, die de bevoegdheden van de beroepsbeoefenaar (type zorgverlener) weergeeft. De eerste twee cijfers geven de zorgverlenerssoort weer. Kwalificatiecodes voor medisch specialist starten altijd met 03 (m.u.v. sportartsen) gevolgd door specialismecijfer, voor een physician assistants is deze 5700 en bijvoorbeeld voor een verpleegkundig specialist AGZ 9135. Kwalificatiecodes zijn niet specifiek aan een zorginstelling gekoppeld. In het kader van **taakherschikking** heeft de NZa in de (wettelijke) registratieverplichting opgenomen dat degene die de zorg feitelijk heeft geleverd, dit ook moet vastleggen. Dat houdt dus in dat zorgactiviteiten dienen te worden vastgelegd op de kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Deze verplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en geldt niet voor arts-assistenten (Bron: Regeling medisch-specialistische zorg 2025, art. 1 sub dd en art. 23, lid 3.). Deze registratieverplichting geeft inzicht in wie de zorg levert en dit wordt vastgelegd in het **DIS** (Dbc-informatiesysteem) van de NZa. In de DIS-data is dit het veld 'uitvoerende specialismecode' bij het geleverde zorgprofiel. De kwalificatiecode kan geraadpleegd worden in het Vektis register. De kwalificatiecode is niet gelijk aan de agb-code en heeft een andere codering, waarbij de codering cijfers niet met elkaar overeenkomen. Om zorgverlening productie (eventueel) te kunnen koppelen aan een medisch specialisme is de kwalificatiecode op zich niet afdoende. Hiervoor moet dan nog op andere wijze een koppeling plaatsvinden: bijvoorbeeld via koppeling met de Vektis specialisme code of via de agb-code van de betreffende zorgverlener/taakherschikker, wat (vaak automatisch) door de zorgadministratie van de zorginstelling wordt gedaan.

Gremia van medisch specialisten = bestuurlijke (overleg)organen van (vakgroepen) van medisch specialisten, zoals de vereniging medische staf (vms), vereniging medisch specialisten in dienstverband (vmsd), medisch specialistisch bedrijf (msb), de (combi-)coöperatie, en stafconventen in umc's.

Dbc = een diagnose-behandelcombinatie, waarmee contact(en), diagnostiek en behandelingen van zorgverleners m.b.t. patiënten in de msz worden vastgelegd om deze zorg te kunnen duiden, registreren en declareren. De dbc's zijn in 2012 breed geïmplementeerd in de msz door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Dbc-zorgproducten (dbc zp's) = dit zijn complete en afgeronde zorgproducten, voorzien van een dbc en waarin meerdere losse zorgactiviteiten/verrichtingen (kunnen) zijn opgenomen. Hiermee is de zorg te duiden, registreren en declareren.

Zorgactiviteiten (za's) = dit betreft verrichtingenregistraties van 'losse' contacten, diagnostiek en behandelingen van zorgverleners m.b.t. patiënten in de msz, die separaat dan wel geaggregeerd in dbc-zorgproducten kunnen worden geduid en gedeclareerd.

Overige zorgproducten (ozp's) = dit zijn zorgactiviteiten/verrichtingen die niet binnen een dbc-zorgproduct vallen en als losse zorgactiviteit/verrichting kunnen worden geregistreerd en gedeclareerd.



Inleiding

Taakherschikking in de msz is het structureel neerleggen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van medisch specialisten bij andere beroepsgroepen. Zo kunnen medisch specialisten zich richten op specialistische en complexere taken en handelingen. Taakherschikking wordt gezien als een middel om de zorg van hoge kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden en sluit aan bij de principes van [passende zorg en de juiste zorg op de juiste plek](#).

Taken van medisch specialisten worden vaak herschikt naar [verpleegkundig specialisten](#) (vs-en), [physician assistants](#) (pa's) of klinisch technologen (kt-en). Andere hiervoor (minder vaak) ingezette beroepen zijn de ziekenhuisarts KNMG of de Bachelor Medisch Hulpverlener. Deze beroepen worden ook wel 'taakherschikkende beroepen' of 'taakherschkers' genoemd. De pa, vs en kt hebben de zelfstandige bevoegdheid gekregen tot het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen, zoals beschreven in [de Wet BIG](#). Per 1 januari 2022 was in de NZa regelgeving de verplichting opgenomen dat de uitgevoerde zorgactiviteiten vastgelegd worden op individuele agb-code van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Vanaf 1 januari 2023 is dit in de NZa regelgeving aangepast en is de verplichting opgenomen dat de uitgevoerde zorgactiviteiten vastgelegd worden op de kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd (zie hoofdstuk 1). Deze verplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren, inclusief de taakherschkers die hieronder vallen. Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten.

De taken die taakherschkers uitvoeren zijn afgestemd op de opleiding, competenties, erkenning, kwalificatie en het deskundigheidsgebied van de betrokken beroepsbeoefenaren (oftewel taken waarvoor zij 'bekwaam en bevoegd' zijn) zoals opgenomen in de Wet BIG. Uitgangspunt en randvoorwaarde voor taakherschikking is dat de kwaliteit (en toegankelijkheid) van zorg op gelijk niveau blijft, of zelfs verbetert. Per vakgroep dient (bij voorkeur vooraf) te worden ingeschat of de inzet van de taakherschkers hieraan afdoende bijdraagt. Hoewel er geen harde criteria zijn om dit te bepalen, is het essentieel om de doelen (welk 'probleem' wordt er mee opgelost) en de vorm van inzet bij taakherschikking vooraf te bepalen, hierover heldere afspraken te maken, en dit schriftelijk vast te leggen. Verder is evaluatie bij al gerealiseerde taakherschikking mogelijk door o.a. tevredenheidsonderzoeken bij patiënten en zorgverleners en metingen m.b.t. toegankelijkheid. Taakherschikking is geen op zichzelfstaand doel.



HOOFDSTUK 1

Inzet van taakherschikkers en registratie van zorgverlening

In dit hoofdstuk worden de doelstelling(en) van de inzet, vormen en financiële implicaties van taakherschikking besproken en op welke wijze hier meer inzicht in verkregen kan worden. Ook wordt er kort ingegaan op registratie van zorgverlening bij taakherschikking en enkele van belang zijnde zaken zoals governance, (goed) werkgeverschap, opleiding, inbedding en impact op ANW-diensten. Tenslotte wordt kort ingegaan op het registreren op eigen kwalificatiecode en waar evt. nodig de Vektis specialisme code en/of agb-code.

HET INVENTARISEREN VAN DE DOELSTELLING(EN) VAN DE INZET VAN TAAKHERSCHIKKERS

Taakherschikking en de inzet van taakherschikkers kan leiden tot een verbetering van kwaliteit van zorg, zoals uit diverse onderzoeken naar voren is gekomen. Daarnaast kan, doordat taakherschikkers een deel van de zorg overnemen en ook zelf patiënten zien, de inzet van taakherschikkers er ook voor zorgen dat de vakgroep meer zorg kan leveren. De mogelijkheden en inzet van taakherschikkers kunnen verschillend zijn per vakgroep, maar ook per individuele taakherschikker. Het is essentieel om op voorhand te bepalen wat de incentives zijn voor (zie ook bijlage 2) en de doelstelling is van inzet van de taakherschikker binnen een vakgroep: werkt de taakherschikker voornamelijk kwaliteit verhogend of kwantiteit/efficiëntie verhogend, of is het een balans tussen beide? Verder is het goed om in te schatten of dit op termijn tot kostenverlaging kan leiden. Taakherschikkers kunnen alleen ingezet worden voor werkzaamheden waarvoor zij bekwaam en bevoegd zijn, maar het is ook van belang om naar de doelmatigheid van de inzet van taakherschikking te kijken.

Vormen van inzet taakherschikkers gericht op doelstellingen omtrent verhoging kwaliteit en doelmatigheid

Een taakherschikker wordt ingezet om bepaalde taken van medisch specialisten over te nemen, met als gevolg dat bijvoorbeeld:

- de werkdruk bij de medisch specialist wordt verlaagd;
- de medisch specialist meer tijd heeft voor complexe(re) patiënten;
- een taakherschikker uitgebreide(re) voorlichting geeft en (in meerdere consulten) bespreekt met patiënten wat de behandelopties zijn in het kader van 'samen beslissen';
- een taakherschikker chronisch zieken intensieve begeleiding geeft om de therapietrouw te verhogen, en complicaties (en daarmee zwaardere zorg) te voorkomen.

Voorbeeld

Een taakherschikker levert poliklinische patiëntenzorg in (meerdere) gesprekken en voorlichting met gebruik van beslisondersteunende middelen in het kader van 'samen beslissen' en kan hieraan de benodigde tijd besteden, waardoor de patiënten meer weloverwogen keuzes kunnen maken. Dit levert een positieve bijdrage aan de (gepercipieerde) kwaliteit van de geleverde zorg en de werkdruk voor de medisch specialist wordt verlaagd. Daarbij kan de uiteindelijke keuze samen door patiënt en de taakherschikker en/of de medisch specialist worden gemaakt.

Vormen van inzet taakherschikkers gericht op doelstellingen omtrent verhoging kwantiteit



Een taakherschikker wordt ingezet om bepaalde taken van medisch specialisten over te nemen, zodat er meer patiënten gezien kunnen worden.

Voorbeelden

- Een taakherschikker levert poliklinische patiëntenzorg door het draaien van spreekuren m.b.t. specifieke ziektebeelden. De taakherschikker heeft hiervoor de benodigde expertise en ervaring, hierdoor kunnen meer patiënten worden geholpen.
- Een taakherschikker voert klinisch patiëntgerelateerde taken uit op een verpleegafdeling (wat afhankelijk van de lokale situatie ook wel door een anios of zaal(ziekenhuis)arts wordt gedaan). De taakherschikker doet hierbij o.a. opnames, loopt visites, draagt zorg voor ontslag en ontslagbrieven (in samenwerking met een medisch specialist). De medisch specialist kan hierdoor andere taken uitvoeren.
- Een taakherschikker voert behandelingen, diagnostiek en of handelingen uit die voorheen door de specialist gedaan werden (kleine ingrepen, injecties etc.).

Zie voor concrete voorbeelden bijlage 3.

Uiteraard is bovenstaand lijstje met mogelijkheden niet limitatief en betreft het in de praktijk een combinatie van doelstellingen en mogelijkheden, wat tegelijkertijd ten goede kan komen aan de geleverde kwaliteit én de kwantiteit van de zorg.

Bepaal de doelstelling(en) van de inzet van de taakherschikker(s)

Het is belangrijk om vooraf de doelstelling(en) van de inzet van de taakherschikker(s) helder te hebben. Welke vraag en doelstelling is er binnen de vakgroep en/of het ziekenhuis en kan de inzet van een taakherschikker hiervoor een oplossing bieden? Stel de volgende vragen om hier meer inzicht in te krijgen:

- Welk probleem gaat er opgelost worden door de inzet van een taakherschikker?
 - o Verlaging van de werkdruk, verkorting van de wachttijd en toename van zorgverlening capaciteit, verhoging van de kwaliteit van zorg, een combinatie hiervan of een ander probleem?
- Gaat de inzet van de taakherschikker een verhoging van de kwantiteit van de zorgverlening (verhoging van zorgproductie) bij de vakgroep zelf tot gevolg hebben? Zo ja, in welke mate?
- Gaat de inzet van de taakherschikker een verhoging van de kwaliteit van de zorgverlening (bij de vakgroep dan wel in algemene zin) tot gevolg hebben? Zo ja, in welke mate?
- Wat zullen de gevolgen zijn voor de tijdsbesteding van de medisch specialist en diens vakgroep als patiëntgebonden taken door een taakherschikker worden uitgevoerd?
 - o Gaat hij/zij meer tijd voor andere patiënten-taken krijgen, zoals bijvoorbeeld complexere patiënten? Wordt de vrijgekomen tijd door de medisch specialist aan andere (zoals niet-patiëntgebonden) taken besteed?
- Gaat deze taakherschikker volledig werkzaamheden voor de vakgroep doen of zal deze ook andere taken binnen de ziekenhuisorganisatie krijgen?

TIP: Houd bij het beoordelen van de impact op zorgproductie en bij het opstellen van businesscases rekening met de tijdsbesteding per patiënt in verhouding tot de honorariumkosten van de taakherschikker. Analyses laten zien dat de inzet van pa en vs doelmatig is in het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het verminderen van de werkdruk van medisch specialisten, maar meestal niet leidt tot kostenverlaging. De inzet van taakherschikkers moet dan ook gericht zijn op kwaliteitsverbetering en werkdrukvermindering, niet op kostenbesparing. Uit de dagelijkse praktijk - bijvoorbeeld o.b.v. poliklinische roosters en klinische taken - blijkt dat taakherschikkers vaak meer tijd per patiënt nodig hebben dan ervaren medisch specialisten. Deze tijdsbesteding kan soms twee keer zo hoog zijn afhankelijk van het soort zorg en de extra zorg die taakherschikkers bieden. De benodigde tijd verschilt per taakherschikker, afhankelijk van hun taken, kennis, ervaring en het type zorg dat verleend wordt. Daarnaast kan de inzet van taakherschikkers 'extra' zijn, waarbij zij geen taken overnemen maar deze worden toegevoegd aan de reguliere inzet van medisch specialisten in zorgtrajecten. Deze hogere of extra tijdsbesteding kan leiden tot een hogere kwantiteit en kwaliteit van zorgverlening. Dit heeft echter wel gevolgen voor de financiële aspecten van taakherschikking en de beschikbaarheid van bijvoorbeeld poliklinische ruimtes (zie verder).



Het is van belang om aan te geven dat er grenzen zijn aan de inzet van taakherschikkers voor het overnemen van taken van medisch specialisten. Enerzijds doordat niet alle zorgvragen met een hogere inhoudelijke medisch-specialistische complexiteit binnen de competenties van taakherschikkers vallen waarvoor zij bevoegd en bekwaam zijn. Anderzijds moeten medisch specialisten in de vakgroepen de avond-, nacht- en weekenddiensten (anw-diensten) op een veilige, adequate en gezonde manier kunnen blijven bemensen (zie ook het hoofdstuk Overige aandachtspunten bij de inventarisatie). Daarnaast is het belangrijk te benadrukken dat de verschuiving van minder complexe medisch-specialistische zorg naar de eerste lijn en taakherschikkers - samen met de steeds verdere toename van multimorbiditeit en oudere patiënten - ervoor zorgt dat medisch specialisten vaker te maken krijgen met patiënten met een hogere zorgzwaarte. Hierdoor is er tijdens spreekuren (gemiddeld) aanzienlijk meer tijd per patiënt nodig.

HET INVENTARISEREN VAN DE FINANCIËLE EN FTE-/BUDGETIMPLICATIES VAN DE INZET VAN TAAKHESCHIKKERS

Naast het bepalen van de doelstelling(en) van de inzet van de taakherschikker(s) is het van belang om te kijken naar de financiële implicaties van de inzet van taakherschikkers. Dit speelt met name als de inzet van taakherschikkers leidt tot een hoger volume aan zorg dat kan worden geleverd (verhoging van de kwantiteit van zorg). Hierbij is het belangrijk om zowel de *directe als indirecte* kwantitatieve en financiële effecten van taakherschikking op de zorgverlening mee te nemen in de duiding van het resultaat van taakherschikking, en de daarover te maken afspraken. Directe kwantitatieve verhoging van zorgverlening van taakherschikkers is aan de orde als zij zelf patiëntgerelateerde zorgverlening doen die leidt tot een hogere zorgverlening 'output' van declarabele dbc-zorgproducten (zp's) en overige zorgproducten (ozp's). Met indirecte verhoging van zorgverlening worden de situaties bedoeld waarbij taakherschikkers taken van medisch specialisten overnemen waarbij dit niet leidt tot directe verhoging van zorgverlening 'output' door de taakherschikkers zelf, maar waarbij de medisch specialist daardoor wél zelf meer tijd heeft voor het zien van andere (al dan niet complexe) patiënten, en dit op die wijze leidt tot een hogere (declarabele) zorgverlening kwantiteit.

Bepaal wat de financiële implicaties van de inzet van taakherschikkers zijn en waar de (financiële) revenuen en kosten terechtkomen

Naast de impact van de inzet van de taakherschikker op de zorgproductie en kwaliteit is het belangrijk om te bepalen waar de (financiële) voordelen van deze inzet terecht komen en hoe groot deze zijn. Op basis hiervan kunnen goede afspraken gemaakt worden over de verdeling van (loon)kosten van de taakherschikkers of over de impact van de inzet van een taakherschikker op de formatie van de vakgroep. De verdeling/doorbelasting van (bruto) loonkosten is met name relevant voor de afspraken tussen msb's en rvb's.

Met betrekking tot het vraagstuk van verdeling van loonkosten is het van belang bij wie de taakherschikker is aangesteld. Als de taakherschikker in dienst is van het ziekenhuis en eveneens bijdraagt aan de (mate van) zorgverlening door de vakgroep respectievelijk het msb, ligt het financiële voordeel van de inzet dus óók bij de vakgroep c.q. het msb. Doorberekening van loonkosten richting het msb is dan reëel. Het is aan het msb om te bepalen en af te spreken of, en in welke mate, er een interne doorbelasting plaatsvindt naar de vakgroepen die gebruik maken van de diensten van taakherschikkers. De hoogte van deze doorberekening richting het msb en eventueel naar vakgroepen is afhankelijk van de mate waarin de taakherschikker (in directe of indirecte zin) bijdraagt aan de zorgverlening. Als de taakherschikker in dienst is bij het msb ligt dit anders en zal het msb als geheel en/of de vakgroep individueel al wel loonkosten voor de taakherschikker (geheel of gedeeltelijk) betalen, waarbij dit binnen het msb m.b.t. de vakgroepen waar taakherschikkers werken, een directe of vanuit het msb doorbelaste loonkosten betaling kan zijn. Daarbij is het evenzeer van belang om vast te stellen waar de kosten en (financiële) revenuen terecht komen. Het volgende hoofdstuk biedt voor deze situaties meer concrete handvatten. Verder is het ook in deze situatie mogelijk dat er een financiële bijdrage van het ziekenhuis is voor de activiteiten die bijdragen aan een hogere kwaliteit van zorg, wat de loonkosten belasting van het msb en/of de vakgroep verlaagd.

Voor de inzet van taakherschikkers binnen vakgroepen in loondienst van het ziekenhuis is het ook van belang om de financiële implicaties (zowel de kosten als opbrengsten) van de inzet van taakherschikkers in kaart te brengen. Hoewel daarbij normaal gesproken geen sprake is van een directe financiële bijdrage van deze vakgroepen aan de loonkosten van taakherschikkers, is het belangrijk om duidelijke afspraken te maken over de mate waarin dit ten koste gaat van het



budget van de organisatorische eenheid en/of op de fte-formatie van de vakgroep. Ook hier is duidelijkheid over de doelstelling(en) van inzet van de taakherschikker essentieel.

Stel de volgende vragen voor het verkrijgen van inzicht in kosten en baten m.b.t. de inzet van taakherschikkers:

- Bij wie is/zijn de taakherschikker(s) aangesteld c.q. in dienst en waar liggen de (loon)kosten en risico's? Is er sprake van aanstelling, loonkosten en risico's bij het ziekenhuis, het msb, de vakgroep of van gedeelde aanstelling(en) met gedeelde loonkosten en risico's?
- Bij wie vallen (naast bij de patiënt) de baten van de inzet van de taakherschikkers? Ziekenhuis, msb, vakgroepen, gedeelde baten?
- Zijn deze baten kwalitatief, kwantitatief of een combinatie daarvan?
- Zijn de baten uit te drukken in verlaging van werkdruk, formatief van aard en/of financieel en/of kwalitatief (in mate) uit te drukken?

Bij alle van de hierboven genoemde situaties zijn kosten-baten analyses en evaluaties van belang. Het is het aan te raden om hierbij ook de eerdergenoemde eventuele verschillen in tijdsbesteding per patiënt tussen taakherschikkers en medisch specialisten mee te nemen.

TIP: Kijk bij het bepalen van de (financiële) voordelen of hierover eventueel historische afspraken gemaakt zijn en wat de basis/onderbouwing daarvan is. Houd hier rekening mee door bij verandering hiervan zo nodig onderscheid te maken in de historische en nieuwe afspraken dan wel eventueel een overgangperiode af te spreken.

OVERIGE AANDACHTSPUNTEN BIJ DE INVENTARISATIE

Governance

Belangrijke onderwerpen binnen de governance zijn aanstelling, scholing, functionerings- en jaargesprekken, vervanging bij ziekte, vakantie en/of scholing. En andere praktische zaken zoals rol(verdeling), verdeling van het werkgeverschap, risico's, en eventuele structurele detachering of uitleen. Een goede afstemming tussen het medisch-inhoudelijke werk bij de vakgroep en het ziekenhuismanagement - bijvoorbeeld van zorgverantwoordelijke eenheden (zve's) - is essentieel. Wat betreft (na)scholing en het behalen van accreditatie(punten) is het niet alleen van belang om hiervoor gelegenheid te geven en budget voor toe te kennen, maar ook te bespreken dat nascholing en accreditatie t.a.v. het zorggebied wordt gerealiseerd waarop de taakherschikker actueel werkzaam is. Voor nascholing en accreditatie wordt verwezen naar Federatie, NAPA en V&VS-VN documenten (zie ook bijlage 3). Daarbij is het van belang dat dit net als bij medisch specialisten vooral gericht is op het behouden van de bekwaamheid en bevoegdheid t.a.v. de werkzaamheden die taakherschikkers in de praktijk uitvoeren. En ook kan worden ingezet voor verdieping en verbreding van kennis en vaardigheden. De taakherschikker beheert zelf zijn of haar portfolio en behoefte aan scholing en ontwikkeling, maar samenspraak hierover met ziekenhuismanagement en de vakgroepen waar zij mee samenwerken kan hieraan bijdragen. Ook is het belangrijk om hierover aanvullende financiële afspraken te maken, zoals lumpsumafspraken en over de doorbelasting van loonkosten. Het is aan te raden om deze afspraken schriftelijk vast te leggen, bijvoorbeeld in service level agreements (sla's), waarin ook de financiële impact en het effect op fte's wordt opgenomen. Deze afspraken moeten periodiek worden geëvalueerd en indien nodig worden aangepast (zie ook bijlage 1).

Werkgeverschap

Bij de keuze tussen verschillende dienst-modellen (in dienst van het ziekenhuis versus het msb of de vakgroep) is het van belang te melden dat de keuze tussen deze modellen zowel voor de werkgever als voor de werknemer consequenties kan hebben. Voor de werkgever (ziekenhuis, msb of vakgroep) is er bijvoorbeeld het risico op (langdurig) verzuim en bijkomende kosten, wat door kleinere msb's of vakgroepen mogelijk niet goed gedragen kan worden zonder risico voor de bedrijfsvoering; voor werknemers als het ziekenhuis bijvoorbeeld meer 'extra's' biedt dan het msb respectievelijk de vakgroep (zoals vergoede deelname aan congressen, fietsenplan, etc.). Bij (goed) werkgeverschap zijn, ook i.r.t. de governance, het bieden van goede secundaire arbeidsvoorwaarden, inclusief scholing en het accepteren van arbeidsongeschiktheidsrisico's belangrijke aandachtspunten in de overwegingen van msb's en/of vakgroepen bij het (voornemen) taakherschikkers al of niet zelf in dienst te nemen. De mogelijke consequenties hiervan



moeten niet onderschat worden en het wordt aanbevolen dit goed met/binnen de betreffende vakgroep en het msb (bestuur) te bespreken, en ook met het ziekenhuismanagement.

Opleiding van taakherschikkers

Het is belangrijk om duidelijk vast te leggen wie de opleiding van taakherschikkers financiert. In de praktijk wordt dit vaak betaald door het ziekenhuis, vooral wanneer het gaat om het creëren van carrièreperspectieven voor personeel dat al in dienst is van het ziekenhuis. Dit geldt zeker bij vakgroepen in loondienst. Wanneer een taakherschikker na afronding van de opleiding werkzaamheden gaat verrichten voor of samen met een vrijgevestigde vakgroep, kunnen op dat moment afspraken worden gemaakt over de verdeling en doorbelasting van de loonkosten, volgens de hierbij overeengekomen uitgangspunten (zie hoofdstuk 2, afhankelijk van het scenario). Bij vrijgevestigde vakgroepen of msb's kan de financiering van de opleidingskosten afhankelijk zijn van de afspraken die gemaakt worden over de inzet van de taakherschikker. Bijvoorbeeld, als een taakherschikker op verzoek van een vrijgevestigde vakgroep in opleiding gaat om daar later mee te gaan samenwerken, kunnen er afspraken worden gemaakt over de verdeling van de opleidingskosten en loonkosten. De bijdrage van de vrijgevestigde vakgroep wordt daarbij dan vastgesteld na aftrek van de subsidies² die i.i.g. beschikbaar zijn tot 1 juli 2028, zoals de opleidingssubsidie van het ministerie van VWS (€ 23.568 per jaar, prijspeil 2023) en de subsidie van het ministerie van OCW (€ 7.650 voor de begeleidend medisch specialist, € 15.000 voor begeleiding bij de afsluitende opdracht en € 6.000 voor stagebegeleiding; prijspeil 2024). De betreffende vakgroep en/of het msb kan dan, afhankelijk van het gekozen scenario, bijdragen aan de financiering van de opleiding van de taakherschikker volgens het overeengekomen uitgangspunt (en afhankelijk van welk scenario van toepassing is).

Inbedding van taakherschikking

Naast de diverse genoemde bijdragen die taakherschikking in algemene zin, binnen het gremium van medisch specialisten en in de vakgroep kan geven, is het van belang dat men zich realiseert dat er ook tijd gestoken moet worden in het vanaf het begin goed inbedden van taakherschikking en taakherschikkers. Het is essentieel dat bij aanvang van de inzet van taakherschikkers binnen het gremium en binnen de vakgroep zelf een goed inwerkprogramma is opgezet met het begeleiden van de taakherschikker t.a.v. de werkwijze in de zorginstelling en goede werkafspraken bij de vakgroep waarbij zij werkzaam zijn. Dit zodat zij bij de uitoefening van hun werkzaamheden een goede bijdrage kunnen leveren aan de (patiënten)zorg die door de betreffende vakgroep wordt geleverd en daarbij binnen de grenzen van hun bevoegdheid en bekwaamheid blijven. Verder om eventueel te zorgen voor (aanvullende) scholing die nodig is voor de werkzaamheden bij de betreffende vakgroep en bij/nascholing (met accreditatie) die met name gericht is op de (patiënten)zorg en overige werkzaamheden die binnen deze vakgroep van belang zijn, en de juiste bekwaamheid en bevoegdheid van de betreffende taakherschikkers. Verder is het (periodiek) vragen en geven van feedback in de vakgroep richting taakherschikker over zowel de verleende zorg als de onderlinge samenwerking een belangrijk punt. Dat kost tijd van de medisch specialisten van de vakgroep en dat zal daarvoor vrij gemaakt moeten worden (zie verder ook bijlage 1).

Effect van inzet taakherschikking op case-mix c.q. zorgzwaarte voor medisch specialisten

De inzet van taakherschikkers zal naar verwachting leiden tot een verschuiving van minder complexe medisch-specialistische zorg van medisch specialisten naar taakherschikkers. Daarnaast wordt deze verschuiving versterkt door het verplaatsen van minder complexe zorg naar de eerste lijn en de toenemende multimorbiditeit onder oudere patiënten. Hierdoor krijgen medisch specialisten steeds vaker te maken met patiënten met een hogere zorgzwaarte. Dit resulteert in een zwaardere casemix voor medisch specialisten waardoor er gemiddeld aanzienlijk meer tijd per

² De subsidieregeling is verlengd tot i.i.g. juli 2028 (gepubliceerde regeling <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020517/2016-04-01>, geldt tot 1 juli 2028).



patiënt nodig is tijdens spreekuren. Dit kan bijvoorbeeld zichtbaar gemaakt worden m.b.v. toename van gemiddelde normtijd per patiënt die de medisch specialist ziet en/of via vormen van zorgzwaarte-meting en -verschuiving. Hoewel zorgzwaarte-verandering (o.b.v. items als leeftijd, comorbiditeit, etc.) niet heel gemakkelijk te objectiveren is, kan gevraagd worden om dit via de ziekenhuisorganisatie en/of externe (trusted third party) partijen in kaart te brengen.

Inzet taakherschikkers en impact op avond-, nacht- en weekenddiensten

Naast genoemde mogelijke formatieve effecten is er een belangrijk aandachtspunt dat los staat van de financiële zaken: de inzet van taakherschikkers tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten (anw). Hoewel taakherschikkers doorgaans beperkt worden ingezet voor deze diensten, neemt dit geleidelijk toe, bijvoorbeeld door personeelskrapte of als vervanging van anios. Het is cruciaal dat de zorg die de taakherschikker tijdens anw-diensten (als voorwacht) levert, past bij hun bekwaamheid en bevoegdheid. Daarnaast moet er net zoals bij een aios of anios altijd een medisch specialist als achterwacht beschikbaar zijn. Een mogelijk nadeel van het inzetten van taakherschikkers tijdens anw-diensten is dat ze hierdoor minder beschikbaar zijn voor reguliere zorg op doordeweekse dagen, waar ze een belangrijke bijdrage leveren aan zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de zorg. Ook kan hun inzet in algemene zin en in anw-diensten van invloed zijn op de formatie waarmee door deze vakgroepen de diensten kunnen worden bemenst. Dat is van belang voor zowel dienstverband als vrijgevestigde medisch-specialistische vakgroepen en is afhankelijk van de impact van de inzet van taakherschikkers op de totale formatiewaarde van de vakgroep.

SAMENWERKEN BINNEN ÉÉN ZORGTRAJECT EN REGISTRATIE VAN ZORGVERLENING

Taakherschikkers werken nauw samen met medisch specialisten, waarbij zorgtrajecten vaak gezamenlijk worden uitgevoerd en taakherschikkers in beginsel taken overnemen van medisch specialisten (andersom komt niet frequent voor). Wanneer zowel een medisch specialist als een taakherschikker binnen een dbc (diagnose-behandelcombinatie) zorgtraject werken, worden de zorgactiviteiten geregistreerd onder de naam van degene die de activiteit uitvoert, volgens de NZa-regelgeving³. Dit kan dus de taakherschikker of de medisch specialist zijn. Omdat deze gezamenlijke zorgactiviteiten vaak leiden tot een declarabel dbc-zorgproduct, en er per zorgtraject van een bepaald specialisme slechts één (regie)behandelaar kan zijn (er zijn geen 'deelbare' dbc-zorgproducten), wordt het eindproduct geregistreerd op naam van één zorgverlener. Hierbij zijn er twee mogelijke scenario's voor de registratie van zorgproducten op naam van een zorgverlener:

1. Registratie van dbc-zorgproducten bij zorgtrajecten uitgevoerd door één (type) zorgverlener

Wanneer de medisch specialist of de taakherschikker alle activiteiten binnen het zorgtraject geheel zelfstandig uitvoert, worden alle zorgactiviteiten én het dbc-zorgproduct (of ozp) van dit zorgtraject op naam van de betreffende medisch specialist respectievelijk de taakherschikker geregistreerd.

2. Registratie van dbc-zorgproducten bij zorgtrajecten waarbinnen samenwerking tussen medisch specialist en taakherschikker(s) heeft plaatsgevonden

Wanneer medisch specialisten en taakherschikkers samenwerken binnen een zorgtraject, gaat het bij de registratie van het dbc-zorgproduct niet om wie het zorgtraject opent, maar om hoe en in welke mate de betrokken zorgverleners hebben bijgedragen aan het traject. De registratie van het dbc-zorgproduct moet een realistische weergave zijn van de verleende zorg. In situaties waarbij medisch specialist en taakherschikker samenwerken binnen hetzelfde dbc-zorgtraject of ozp en de medisch specialist verhoudingsgewijs de meeste verantwoordelijkheid draagt voor de zorg binnen het dbc-zorgproduct of het overig zorgproduct, kan het dbc-zorgproduct of het ozp op naam van de medisch specialist worden geregistreerd. De betrokkenheid van de medisch specialist is dan vaak noodzakelijk vanwege hun meestal bredere en diepere kennis, gebaseerd op de opleidingstype en -duur, of omdat

3 NZa regelgeving artikel 23 lid 3 van NR/REG -2403a (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_747630_22/1/): De zorgactiviteit wordt vastgelegd op de kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Deze verplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (NR artikel 1 sub dd). Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten. In de toelichting is verder het volgende opgenomen over deze tekst: 'De kwalificatiecode bestaat uit vier cijfers en geeft de bevoegdheden van de beroepsbeoefenaar (type zorgverlener) weer. In de DIS-data is dit het veld 'uitvoerend specialismecode' bij het geleverd zorgprofiel. De kwalificatiecode kan geraadpleegd worden in het Vektis register.' Zie verder ook de FAQ op de NZa website m.b.t. de aanpassingen t.a.v. de registratie en declaratie bij taakherschikking: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registeren-en-declareren/taakherschikking>.



er handelingen nodig zijn die de taakherschikker niet mag uitvoeren (omdat deze daar niet bevoegd of bekwaam voor is). Dit is vooral van toepassing wanneer de bijdrage van de medisch specialist essentieel is zoals bij ingrepen die een taakherschikker niet kan uitvoeren. Omgekeerd - als de taakherschikker de meeste verantwoordelijkheid voor de zorg binnen het dbc-zorgproduct of ozp draagt en de bijdrage van de medisch specialist beperkt is - ligt het voor de hand dat het zorgproduct op naam van de taakherschikker wordt geregistreerd. Dan wordt de (zorg) activiteit van de medisch specialist alleen binnen dat dbc-zorgproduct vastgelegd. Dit kan ook gelden voor de situatie dat de taakherschikker een medisch specialist alleen voor advies heeft geconsulteerd. Omdat de mate van bijdrage van medisch specialisten en taakherschikkers sterk kan variëren per dbc-zorgtraject of ozp waarin zij samenwerken, kunnen hier geen vaste regels voor worden opgesteld. Er is daarom geen standaard advies mogelijk vanuit landelijke richtlijnen of de Federatie over de dbc-zorgproduct registratie van alle zorgtrajecten waarin medisch specialisten en taakherschikkers samenwerken. Op basis van de specifieke situatie - zoals het type en de omvang van de zorg die is geleverd door de medisch specialist respectievelijk de taakherschikker(s) binnen een zorgtraject - kan er in lokaal onderling overleg worden bepaald op wiens naam het dbc-zorgproduct of ozp geregistreerd wordt volgens de geldende NZa-regelgeving (voetnoot 4).

Meer informatie over het registreren van zorg bij taakherschikking is te vinden in de factsheet '[Registratie van zorg bij taakherschikking](#)'.

N.B.

Bij de registratie en toewijzing van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten (ozp) op naam van de juiste zorgverlener bij het door medisch specialist en taakherschikker gezamenlijk werken binnen een zorgtraject bestaat het risico op ongewenste effecten op de (norm-) fte-formatie van vakgroepen. Afspraken over registratie kunnen namelijk invloed hebben op de toewijzing van zorgverlening productie. Daarom is het belangrijk om lokaal niet alleen goede registratieafspraken te maken, maar ook heldere afspraken over aan welke partij de zorgverlening productie van taakherschikkers wordt toegerekend. Dit kan verschillen van de (afspraken over de) registratie zelf. Dit is vooral van belang wanneer loonkosten al zijn doorbelast aan medisch-specialistische vakgroepen (en/of het msb) en wanneer de taakherschikking formatie al is meegenomen in de fte-formatie(waarde) van de medisch-specialistische vakgroepen. Het is logisch dat wanneer het msb en/of vakgroepen bijdragen aan de loonkosten van taakherschikkers de zorgverleningproductie van deze taakherschikkers wordt toegerekend aan de betreffende medisch-specialistische vakgroep waar zij mee samenwerken. Dit zorgt ervoor dat de bijdrage van vrijgevestigde medisch specialisten vakgroepen correct kan worden verwerkt in hun norm-fte's en honorariumverdeling, terwijl de kostencomponent van het gedeclareerde tarief automatisch aan het ziekenhuis toevalt. Voor vakgroepen van medisch specialisten in loondienst is het net zo logisch om de zorgverleningproductie van taakherschikkers toe te wijzen aan de betreffende vakgroep, wanneer dit al is meegenomen in hun formatieve samenstelling.

TIPS: zorgverlening door taakherschikkers en samenwerkingsafspraken:

- Wetenschappelijke verenigingen kunnen met de NAPA en V&VN-VS afspraken maken over de inzet van de betreffende pa resp. vs professionals binnen het medisch specialisme. Dat kan behulpzaam zijn bij keuzes rondom de inzet van een taakherschikker in de vakgroep.
- De [werkformulieren](#) van de Federatie Medisch Specialisten, V&VN-VS en de NAPA kunnen gebruikt worden om afspraken te maken tussen de vakgroep en de individuele taakherschikker. In dit formulier worden verantwoordelijkheden vastgelegd, passende bij de competenties van de individuele zorgverlener.
- Zorg voor goede patiëntinformatie zodat voor de patiënt duidelijk is wat de verantwoordelijkheden en taken van de diverse zorgverleners zijn.
- Zorg ook voor heldere informatie richting verwijzers (zoals de huisarts), zodanig dat die ook weet dat door hen verwezen patiënten (deels) door taakherschikkers kunnen worden, of zijn beoordeeld en behandeld.

Meer informatie en concrete hulpmiddelen voor de inzet van taakherschikkers is te vinden via de [themapagina van de Federatie](#).



REGISTREREN OP EIGEN KWALIFICATIECODE EN (BENCHMARK) VERDEELSYSTEMATIEK

De verplichting om per 2023 de zorg(activiteiten) vast te leggen op de kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd, heeft geen impact op de (benchmark)verdeelsystematiek, aangezien bij de verdeelsystematiek modellen over het algemeen alleen gekeken wordt naar uitvoerend specialisme en niet naar de uitvoerend zorgverlener. Wel is voor eventuele toekenning van zorgverlening productie van taakherschikkers aan een betreffend medisch specialisme, onder andere m.b.t. de benchmark verdeelsystematiek, naast de kwalificatiecode daarvoor nog een koppeling nodig met de Vektis specialisme code of de agb-code van de betreffende zorgverlener/taakherschikker.

Als door taakherschikkers geleverde zorg opgenomen wordt in de gebruikte (benchmark)verdeelsystematiek en meegenomen wordt in bijvoorbeeld de berekening van norm-fte's wat leidt tot revenuen voor de vakgroep, dient ook de (gewogen) fte-waarde waarmee deze zorgverleners de zorg verleend hebben, opgenomen te worden in het benchmark model bij de fte-opgave van betreffende vakgroep. Als de zorg die verleend wordt door taakherschikkers niet in het (benchmark)verdeelmiddel opgenomen wordt, dient de fte-waarde van deze zorgverleners hierin ook niet meegenomen te worden. De opbrengsten van de zorg komen dan immers ook niet bij de betreffende vakgroep terecht.

In benchmark verdeelsystematiek/modellen is het van belang dat er een correcte registratie is van de verrichte zorgverlening, en ook door welke (hoeveelheid fte en met welke weging) zorgverleners deze zorg is verleend. Ook is het van belang dat daarvan de financiële parameters bekend zijn, zoals kostprijs (incl. personele kosten) en opbrengsten (op basis van de gedeclareerde tarieven). Dit staat verder uitgewerkt in de [handreiking Fte-model voor medisch specialisten](#) van de Federatie Medisch Specialisten.

HOOFDSTUK 2

Uitgangspunten en scenario's voor verdeling van loonkosten bij taakherschikking en impact op formatie

In dit hoofdstuk worden de uitgangspunten besproken voor de verdeling van (bruto) loonkosten bij taakherschikking dan wel de impact op formatie. Vigerende afspraken hierover blijken (bij navraag) verschillend tussen en binnen ziekenhuizen, zijn niet altijd o.b.v. (objectief) onderbouwde uitgangspunten, en/of schriftelijk vastgelegd. Er worden vier uitlegbare (op een principe gebaseerde) uitgangspunten beschreven die leiden tot verschillende varianten van afspraken. Deze varianten worden weergegeven in scenario's waarbij de focus ligt op afspraken over loonkostenverdeling/doorbelasting bij de inzet van taakherschikking bij vakgroepen binnen msb's. Ten aanzien van vakgroepen met medisch specialisten in dienstverband kunnen de uitgangspunten en scenario's (deels) vertaald worden naar impact op fte-budget en/of -formatie. Verder worden enkele andere aspecten m.b.t. taakherschikking besproken, zoals de implicatie van de wijze van aanstelling van taakherschikkers op de (financiële) afspraken, en eventuele interne doorbelasting van loonkosten van taakherschikkers naar individuele vrijgevestigde vakgroepen.

UITGANGSPUNTEN

Om tot afspraken tussen ziekenhuis en medisch-specialistische gremia/vakgroepen over de verdeling c.q. doorbelasting van de loonkosten van taakherschikkers te komen, ofwel over de impact van deze loonkosten op het budget dan wel fte-waarde van de vakgroep, kunnen diverse uitgangspunten in financiële of productieverhoudingen de basis hiervoor vormen. Deze uitgangspunten, die gebaseerd zijn op een 'principe' en uitlegbaar zijn, worden hieronder beschreven. De inhoud van deze afspraken is uiteraard mede afhankelijk van de conclusies uit het vorig hoofdstuk: de doelstelling(en) van de inzet van taakherschikkers en de mate van kwaliteitsverhoging vs. kwantiteitsverhoging van de zorgverlening, en de plaatsbepaling van de kosten en (financiële) baten. In de verdeling van loonkosten bij de inzet van taakherschikking voor vrijgevestigd medisch specialisten, respectievelijk impact op budget dan wel formatie bij dienstverband medisch specialisten, kan er gekozen worden voor één (of een combinatie) van onderstaande vier uitgangspunten die zullen leiden tot verschillende varianten van afspraken. Bij deze afspraken moet men zich realiseren dat taakherschikking veel kan brengen maar ook tijd kost (van de medisch specialisten) m.b.t. inwerken en het maken van goede werkafspraken, etc. zoals in hoofdstuk 1 is benoemd.

Onderscheid in taakherschikkers

Er is in de uitgangspunten en daarna in dit hoofdstuk besproken scenario's geen onderscheid in de diverse taakherschikkers gemaakt, zoals bijvoorbeeld tussen pa en vs, aangezien met name de door hen te verrichten patiëntgerelateerde werkzaamheden sterk vergelijkbaar zijn. In sommige zorginstellingen wordt daarin zichtbaar soms wel onderscheid gemaakt t.a.v. de financiële afspraken. Hoewel daar in deze handreiking niet vanuit wordt gegaan, staat het lokale ziekenhuizen en vakgroepen vrij om dat wel te doen, als men daar een helder uitlegbare onderbouwing voor heeft.

Bij voorkeur één uitgangspunt en één scenario binnen een ziekenhuisorganisatie

Wat betreft de verschillende mogelijkheden bij de uitgangspunten is het wel raadzaam om, in gezamenlijk overleg tussen de betrokken partijen, binnen één ziekenhuisorganisatie (bij voorkeur) één uitgangspunt te gebruiken voor verdeling van loonkosten bij taakherschikking respectievelijk m.b.t. impact op formatie. Hoewel met nadruk geadviseerd wordt om één van de hieronder geformuleerde uitgangspunten te gebruiken, kan men uiteraard lokaal, in onderling overleg tussen betrokken partijen, afwijken van deze uitgangspunten dan wel deze modificeren. Ook in dat geval is het van belang om een uitlegbare en consequente onderbouwing van de afspraken hieromtrent aan te houden. Eventuele 'historische' afspraken die over verdeling/doorbelasting van loonkosten van taakherschikkers dan wel de



impact op fte-formatie gemaakt zijn, kunnen alleen in overleg tussen de betrokken partijen gewijzigd worden. Daarbij moet wel gekeken worden naar wat de basis/onderbouwing van deze 'historische' afspraken is. Aanbevolen wordt om hier rekening mee te houden door bij het maken van afspraken onderscheid te maken in de historische en nieuwe afspraken. Ook kan een overgangperiode afgesproken worden voordat de nieuwe afspraken (breed) in werking treden.

Wijze van aanstelling taakherschikkers

Een financiële verdeling/doorbelasting van loonkosten van taakherschikkers speelt normaal gesproken bij gremia en vakgroepen van vrijgevestigd medisch specialisten, waarbij onderstaande uitgangspunten kunnen worden gebruikt. Bepaling van impact op budget dan wel fte-waarde van de vakgroep speelt meestal bij vakgroepen van dienstverband medisch specialisten, waarbij niet alle onderstaande uitgangspunten van toepassing zijn (wat daarbij zal worden vermeld). Bij deze uitgangspunten wordt ervanuit gegaan dat de taakherschikkers aangesteld (in dienst) zijn bij het ziekenhuis - wat in veel ziekenhuizen zo is. Redenen daarvoor zijn veelal meer zekerheid m.b.t. een vaste aanstelling, deelname aan ziektekostenverzekering en pensioenvoorzieningen via het ziekenhuis, participeren in algemene secundaire arbeidsvoorwaarden voor ziekenhuismedewerkers, en bij vaste aanstelling bij het ziekenhuis gemakkelijker een baanswitch met behoud van vaste aanstelling.

Als dat niet zo is, en zij bijvoorbeeld in dienst zijn van een msb, kunnen onderstaande uitgangspunten wel als basis gebruikt worden. Maar heeft dit wel impact op afspraken over financiële verdeling van loonkosten, waar verderop in dit hoofdstuk op in zal worden gegaan.

UITGANGSPUNT 1: GEMIDDELDE TARIEF OPBRENGSTEN VERHOUDING

Bij deze variant is het uitgangspunt dat er wordt aangesloten bij de verdeling van de opbrengsten (van declarabele zorg). Hierbij wordt gebruik gemaakt van (de verhouding van) de (integrale tarief) opbrengsten van ziekenhuis en vakgroepen/medisch specialisten van zorgactiviteiten en -producten en dit wordt vertaald naar de loonkosten/doorbelasting verdeling dan wel impact op budget en fte-waarde m.b.t. de inzet van taakherschikkers. De verhouding in het integrale tarief van het kostendeel van het ziekenhuis en het honorarium/normtijden-deel van de medisch specialist is gemiddeld 5:1⁴ (dit varieert per zorgproduct en zorgactiviteit van ongeveer 20:1 tot 2:1, mede afhankelijk van klinische dan wel ambulante setting). Deze gemiddelde verhouding kan worden gebruikt om de financiering van de brutoloonkosten van taakherschikkers in dienst van het ziekenhuis, die werkzaam zijn ten behoeve van een msb/vmsd/umc convent/vakgroep, te verdelen. Op basis van deze gemiddelde verhouding 5:1 kunnen de (bruto) loonkosten van taakherschikkers voor 1/6 deel worden doorbelast aan het msb (of vakgroep van vrijgevestigd medisch specialisten) dan wel kunnen deze voor 1/6 fte-aandeel worden meegenomen in de impact op fte's/budget voor vakgroepen in loondienst. Dit uitgangspunt kan dan toegepast worden op de fte-formatie van de taakherschikker(s) en worden gebruikt bij zowel vrijgevestigd als dienstverband vakgroepen van medisch specialisten.

UITGANGSPUNT 2: GEMIDDELDE VERHOUDING BUDGETTEN OF OMZET

Een tweede variant is om gebruik te maken van de gemiddelde verdeling van beschikbaar budget (vooraf) ofwel de gerealiseerde omzet (achteraf) tussen het ziekenhuisdeel en dat van (gremia van) vakgroepen/medisch specialisten. Voor vrijgevestigd medisch specialisten wordt hierbij aangesloten bij de verhouding tussen het ziekenhuisbudget en het

4 Alternatief voor het gebruik van dit 5:1 gemiddelde is een verdeling van loonkosten die wordt aangepast aan de hoofdzakelijke setting van de door taakherschikking mogelijke (al dan niet extra) zorgverleningproductie (door taakherschikkers en/of medisch specialisten) ofwel het gebruik van de verhouding van de werkelijke opbrengsten van de betreffende zorgproducten in de diverse settingen bij elkaar op te tellen, en die dan te middelen. Daarbij zal het aandeel bijdrage doorbelasting aan het msb (of vakgroep) dan wel impact op fte's/budget groter zijn bij voornamelijk poliklinische zorgverlening-productie die door de inzet van taakherschikkers kan worden gerealiseerd, dan wanneer dit klinisch zorgverlening betreft. Beide vormen zijn echter lastig te realiseren, mede omdat de registratie op eigen kwalificatiecode door taakherschikkers in diverse instellingen langdurig (nog) onvolledig is uitgevoerd en er dus nog weinig data beschikbaar is en dit bovendien per vakgroep zal verschillen. Dit maakt het gebruik van dit uitgangspunt binnen een msb c.q. voor verschillende vakgroepen een stuk complexer, en is het de vraag of dat doenlijk en/of wenselijk is. Het lijkt dus (vooralsnog) niet haalbaar om de zorgverlening die de taakherschikker (direct of indirect) levert te meten aan de hand van specifieke zorgproducten en/of ambulante dan wel klinische setting.



financiële kader van het msb. Het gemiddelde percentage van het financiële kader van het msb t.o.v. het geschoonde⁵ ziekenhuisbudget is o.b.v. hierover bekende data ca. 15-17%. Dit uitgangspunt kan dan toegepast worden op de fte-formatie van de taakherschikker(s) en is m.n. bruikbaar voor verdeling tussen ziekenhuis en gremia van vakgroepen bij (de financiering van) de (bruto) loonkosten van taakherschikkers werkzaam bij/voor msb's c.q. vakgroepen van vrijgevestigd medisch specialisten met een omzetverhouding tussen financieel kader msb en geschoond ziekenhuisbudget tussen de ca. 15-20%. Dit lijkt minder goed toepasbaar bij bepaling van budget/fte-impact voor vakgroepen van dienstverband medisch specialisten. Ook bij een te klein msb, waarbij de verhouding tussen financieel kader msb en (geschoonde) ziekenhuisbudget of -omzet (te) laag is, lijkt dit geen goed bruikbare verdeling van loonkosten van taakherschikkers en zal uitgangspunt 1 of 3 waarschijnlijk realistischer zijn.

UITGANGSPUNT 3: BENCHMARK CONGRUENTIE OF LOONKOSTEN-/HONORARIUMVERHOUDING

Een andere benadering om de financiële verdeling van (loon)kosten m.b.t. de inzet van taakherschikkers te bepalen, is aansluiting bij impact-weging van taakherschikkers versus medisch specialisten in een benchmark-model, zoals dat van LOGEX ofwel o.b.v. werkelijke (lokale) loonkosten-/honorariumverhoudingen. In het veelgebruikte LOGEX benchmark-model weegt een fulltime fte taakherschikker mee als 0,15 t.o.v. een fulltime medisch specialist. Deze verhouding wordt beschreven in de [handreiking Fte-model voor medisch specialisten](#) van de Federatie Medisch Specialisten en is gebaseerd op (inschatting van) productieverhoudingen tussen taakherschikkers (pa's en vs-en) en medisch specialisten⁶, zowel als op eerder onderzoek naar loonkosten-/honorariumverhoudingen. Met name dit laatste kan echter lokaal verschillend zijn, afhankelijk van rekenmethode⁷ en de verhouding van de zorgverlening-productie per dagdeel (tijdsbesteding per patiënt) tussen taakherschikker en medisch specialist, die niet altijd gelijk is (zie ook het kader hieromtrent in hoofdstuk 1). Bij dit uitgangspunt is de in deze handreiking genoemde 0,15 versus 0,85 verhouding van de fte-weging taakherschikker versus medisch specialist, ofwel een daarop aangepast (lokale) verhouding o.b.v. werkelijke (bruto)loonkosten-/honorariumverhoudingen, als uitgangspunt aan te houden in de verdeling van de financiering (c.q. doorbelasting) van de (bruto)loonkosten van taakherschikkers in dienst van het ziekenhuis die werkzaam zijn ten behoeve van een msb/vakgroep van vrijgevestigd medisch specialisten. Ofwel qua impact op budget/formatie van het vmsd/umc stafconvent of vakgroep van medisch specialisten in dienstverband. Daarbij zal het gebruik van (bruto) loonkostenverhoudingen een wat hoger percentage t.a.v. loonkostenverdeling/doorbelasting van loonkosten van taakherschikkers m.b.t. msb/vakgroepen inhouden dan de andere uitgangspunten. Dit uitgangspunt kan dan toegepast worden op de fte-formatie van de taakherschikker(s) en is toepasbaar voor alle medisch-specialistische gremia respectievelijk vakgroepen.

UITGANGSPUNT 4: KWANTITEIT

De variant waarbij de kwantiteit van de zorgverlening het uitgangspunt is, zou in theorie gebruikt kunnen worden, maar is ingewikkeld. Hierbij wordt de hoeveelheid van zorgverlening (polibezoeken, deelname aan multidisciplinaire overleggen (mdo's), verrichtingen, evt. klinische en overige activiteiten) per fte taakherschikker versus een fte medisch specialist vergeleken en gekwantificeerd. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door aantallen en 'zwaarte' met normtijden (en daarmee ook setting) van de op de naam van de juiste verlener geregistreerde zorgactiviteiten in totaal en/of per zorgtraject(product) per fte te vergelijken. Ook is het hierbij mogelijk om bij gezamenlijk door taakherschikker en medisch specialist uitgevoerde zorgtrajecten de normtijden van deze op de juiste naam van de zorgverlener geregistreerde zorgactiviteiten t.o.v. de normtijden per geregistreerd zorgproduct te vergelijken. Dit is echter complex. Hiervoor zijn momenteel (nog) geen goed onderbouwde kwantitatieve analyseresultaten beschikbaar, met name ook

5 Een geschoond ziekenhuisbudget is een ziekenhuisbudget o.b.v. dbc's en ozp's, waarbij een schoning heeft plaatsgevonden voor de in het ziekenhuisbudget opgenomen kosten van dure geneesmiddelen, kaakchirurgische- en bijzondere tandheelkunde budgetcomponenten.

6 In februari 2025 is deze 0,15 productieverhouding geobjectiveerd en geaccordeerd in de commissie Verdeelmodel en normtijden op basis van een valide productie-formatie neutraliteitstoets door LOGEX.

7 Een loonkostenverhouding tussen taakherschikkers en medisch specialisten kan verschillen, doordat er gerekend kan worden met bruto (inclusief pensioenpremie, secundaire arbeidsvoorwaarden, scholingskosten, etc.) ofwel netto loonkosten en verder kan dit lokaal ook verschillend zijn afhankelijk van de aanstelling en inschaling van de taakherschikker, als van de medisch specialist. Het meest gebruikelijk is om uit te gaan van brutoloonkosten.



omdat de registraties van verrichtingen o.b.v. kwalificatiecode van en door met name taakherschikkers op dit moment nog onvoldoende volledig is⁸ en het dus (vooralsnog) niet haalbaar lijkt om de zorgverlening die de taakherschikker levert, te meten aan de hand van specifieke zorgproducten en/of ambulante dan wel klinische setting.

Om dit uitgangspunt in de toekomst toe te kunnen passen, moet de registratie van de uitvoerende zorgverlener bij medisch-specialistische verrichtingen goed op orde zijn en eerst onderzoek worden gedaan naar de kwantiteit van zorgverlening bij verschillende specialismen, en door de verschillende zorgverleners zoals taakherschikkers, in diverse situaties en over langere tijd (minimaal 2-3 jaar). Hiermee wordt dan inzicht verkregen in de inzet van taakherschikking per specialisme, per taakinzet en wat per tijdsperiode kan verschillen. Dit kan dan pas eventueel als uitgangspunt worden gebruikt voor de te maken afspraken in de verdeling van de financiering van de (bruto)loonkosten, dan wel bepaling van budget/fte-impact van taakherschikkers (en lijkt niet eerder toepasbaar voor alle medisch-specialistische gremia respectievelijk vakgroepen). Deze variant is op dit moment niet haalbaar. Hoewel dit technisch (in de nabije toekomst) zeker een optie is, geeft dit wel forse administratieve lasten, en met de kans dat voor de analyses daarvan een 'trusted third party (TTP)' moet worden ingeschakeld. Ook dan kunnen duidingen hiervan lastig zijn, wat kan leiden tot veel discussie. Daarnaast is kwaliteit verhogende taakherschikking inzet hierin lastig meetbaar. Het is dan ook de vraag of dit uitgangspunt überhaupt, met zijn gedetailleerdheid, wel praktisch haalbaar is. De verwachting is dat simpeler en meer generieke afspraken over kostenverdeling/doorbelasting, die via de hierboven genoemde uitgangspunten te maken zijn, de voorkeur zullen blijven genieten.

WIJZE VAN AANSTELLING TAAKHESCHIKKERS EN IMPACT OP (FINANCIERING) AFSPRAKEN MET VRIJGEVESTIGDEN

Voor de verdeling van loonkosten c.q. de financiering van de inzet van taakherschikkers werkzaam bij/voor vrijgevestigde vakgroepen medisch specialisten en hun gremia maakt het verschil bij wie de taakherschikkers zijn of (gaan) worden aangesteld. Dit leidt dan tot verschillende scenario's als oplossingsrichtingen. Bij de hieronder beschreven scenario's zijn er varianten beschreven met taakherschikkers in dienst van het ziekenhuis of in dienst van het msb. De oplossingsrichtingen binnen deze scenario's hangen onder meer af van de onderstaande (al in hoofdstuk 1 genoemde) zaken:

- Is de taakherschikker in dienstverband bij het ziekenhuis, bij het msb, bij een combi-coöperatie dan wel bij een vakgroep?
- Is de vorm van dienstverband van de taakherschikker gewijzigd of gaat deze wijzigen?
- Welke activiteiten voert de taakherschikker uit?
- Wat is de doelstelling/wat zijn de doelstellingen van de inzet van de taakherschikker?
- Ten bate van welke partij zijn de (financiële) revenuen van de activiteiten die uitgevoerd zijn door de taakherschikker?

Relatie wijze van aanstelling taakherschikkers, loonkostenverdeling/doorbelasting en budget(overheveling)

Achtergrond van bovenstaande is dat de wijze waarop taakherschikkers zijn aangesteld invloed kan/zal hebben op de wijze van financiering en de kosten-batensituatie. Ook bij wijzigingen in de aanstelling (van een aanstelling bij het ziekenhuis naar een aanstelling bij het msb of andersom) heeft dit vaak impact op financiering en kosten-batenverhoudingen. De meest voorkomende situatie lijkt nog steeds het aangesteld (in dienst) zijn van taakherschikkers bij het ziekenhuis en daarop zijn de meeste afspraken m.b.t. budgetten en loonkosten verdeling/doorbelasting van taakherschikkers tussen ziekenhuis en msb/vakgroepen gebaseerd. Als dit anders is of wordt, en dit impact heeft op de financiering en kosten-batenverhoudingen, dienen ook de afspraken hierover onder de loep te worden genomen en op reële wijze te worden aangepast aan de nieuwe situatie. Daarbij is het maken van afspraken over jaarlijkse indexering (cao-indexering en/of cp/inflatiecorrectie-indexering) eveneens van belang. De belangrijkste boodschap hierbij is dat msb/vakgroepen en ziekenhuis tijdig met elkaar in gesprek gaan over ruimte en mogelijkheden in budgetten van ziekenhuis respectievelijk financieel kader msb/vakgroepen m.b.t. de (eventuele extra) zorgverlening-productie

8 Om dit te verbeteren heeft in 2023 een verduidelijking in de NZa-regelgeving plaatsgevonden met de verplichting tot het registreren van verrichtingen op eigen kwalificatiecode. Zie: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren/taakherschikking>.



i.r.t. de inzet van taakherschikkers, de kostenverdeling/doorbelasting van (bruto)loonkosten daarvan en eventuele budgetoverheveling vanuit het ziekenhuis naar het financieel kader van msb/vakgroepen. Hieronder twee voorbeelden van situaties waarin taakherschikkers niet (meer) aangesteld zijn bij het ziekenhuis, maar bij het msb.

1. Als taakherschikkers in dienst van het ziekenhuis waren en overgegaan zijn naar een dienstverband bij het msb dan wel de vakgroep zelf, is het van belang dat er afspraken gemaakt zijn of worden over overheveling van ziekenhuisbudget naar msb /vakgroep. In het geval dat nieuwe taakherschikkers worden aangesteld bij en met loonkosten (geheel) ten laste van het msb komen, is het van belang afspraken te maken over eventuele uitbreiding vanuit het ziekenhuis van het financiële kader van msb (dan wel de vakgroep). Dit i.v.m. het uitgangspunt dat (een deel van de) declaraties die door de activiteiten van de taakherschikkers gegenereerd worden, ook ten bate van het ziekenhuis zullen komen. Daarbij moet ook wel binnen het ziekenhuisbudget ruimte zijn voor de (extra) zorgverlening-productie, die met de inzet van taakherschikkers gerealiseerd kan worden.
2. Indien nieuwe taakherschikkers in dienst van het msb worden genomen zonder dat er sprake is van overheveling van ziekenhuisbudget naar, dan wel een daarbij evenredige ophoging van het financieel kader msb, is een alternatieve mogelijkheid het in overleg met en via het ziekenhuis ten bate komen van het volledige integrale tarief aan het msb dan wel de vakgroep van vrijgevestigd medisch specialisten van de door de betreffende taakherschikkers verrichte zorgverlening. Hierbij wordt dan aanvullend een afspraak met het ziekenhuis gemaakt over een facilitaire vergoeding vanuit het msb aan het ziekenhuis. Hoewel deze laatste vorm wel een mogelijkheid is, heeft dit niet de voorkeur omdat dat een heel andere financieringsstroom binnen het ziekenhuis geeft met extra administratieve rompslomp en discussies, wat onevenredig veel tijd en aandacht kost. Een naventante uitbreiding van het financieel kader voor taakherschikkers die aangesteld worden bij het msb en waarvan de (bruto) loonkosten geheel ten laste van het msb komen, past veel beter binnen de normale financieringsstromen en heeft hierbij sterk de voorkeur. Zie ook de uitwerking in scenario's hierbij in tabel 1 en de toelichting daarop.

SCENARIO'S VOOR FINANCIERING DOOR C.Q. DOORBELASTING TAAKHESCHIKKERS AAN MSB'S/ VAKGROEPEN VRIJGEVESTIGD MEDISCH SPECIALISTEN

Voor taakherschikkers werkzaam bij/voor vrijgevestigde vakgroepen medisch specialisten en hun gremia zijn er verschillende scenario's en oplossingsrichtingen denkbaar m.b.t. verdeling c.q. doorbelasting van loonkosten of impact op budget- en/of fte formatie bij hun inzet. Onderstaande scenario's zijn als handvatten voor en voorbeelden van oplossingsrichtingen te beschouwen. De werkelijke afspraken daaromtrent dienen uiteraard door het betreffende ziekenhuis zelf met de (gremium besturen van) vrijgevestigd en/of dienstverband medisch specialisten (en hun vakgroepen) te worden gemaakt en bij voorkeur schriftelijk vastgelegd te worden. Er zijn mogelijk tussenvarianten denkbaar, maar deze tabel beperkt zich tot de meest voor de hand liggende varianten. Daarbij is een deel van de scenario's te gebruiken als equivalent voor impact op fte-formatie of -budget bij dienstverband vakgroepen, met name die gebaseerd zijn op uitgangspunt 1 of 3.

Wat betreft de verschillende scenario's, die in de praktijk op zich wel naast elkaar gebruikt kunnen worden, is het wel raadzaam om, in gezamenlijk overleg tussen betrokken partijen, binnen één ziekenhuisorganisatie zoveel mogelijk één scenario te gebruiken voor verdeling van loonkosten bij taakherschikking respectievelijk m.b.t. impact budget en/of op formaties. Ook is het aan te bevelen om wat betreft de activiteiten van taakherschikkers met name te kijken naar het al/niet overnemen van taken van de medisch specialist (die deze anders zou moeten doen ofwel voorheen deed) en niet (te) gedetailleerd onderscheid te maken of dit kwalitatieve of zorgverlening/productie verhogende taken betreft (waarbij het vaak een combinatie hiervan betreft). Daarbij is het praktischer en beter werkbaar om te streven naar zo generiek mogelijke (registratieve en financiële/doorbelasting respectievelijk fte impact) afspraken m.b.t. taakherschikking i.p.v. (te)veel verschillende afspraken op individueel niveau. Dit laatste maakt het complex, arbeidsintensief en kan ook leiden tot terugkerende discussies tussen groepen waarbij dit verschillend is geregeld.

In tabel 1 worden de meest voor de hand liggende dan wel in de praktijk meest voorkomende scenario's beschreven.



Tabel 1: scenario's activiteiten-registraties-financiële aspecten bij taakherschikking zorginstelling-msb/(combi-)coöperatie

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

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

(za-en = zorgactiviteiten; zp-en = dbc-zorgproducten).

**Toelichting tabel 1:**

In scenario 1 gaat het om werkzaamheden van taakherschikkers die geen taken zijn van medisch specialisten.

Er worden door taakherschikkers dus geen taken overgenomen van de medisch specialisten. In dit geval zullen eventuele registraties van de betreffende taken gedaan worden door de taakherschikkers zelf, waarbij dit meestal geen declarabele verrichtingen zullen zijn (denk bijvoorbeeld aan kwaliteitsregistraties). De taakherschikkers zijn in dit scenario in dienst van de zorginstelling en hun loonkosten worden daarbij voor 100% gedragen door de zorginstelling. Eventueel kan onderling worden afgesproken dat het msb of een vakgroep voor een beperkt percentage aan de brutoloonkosten van deze taakherschikkers bijdraagt.

In scenario 2 betreft het werkzaamheden die door taakherschikkers wel overgenomen worden/zijn van medisch specialisten, maar niet of beperkt tot declarabele verrichtingen leiden. Denk daarbij aan complicatieregistraties en andere administratieve taken die op zichzelf staand niet leiden tot declaraties, maar wel voor de medisch specialist (beperkte) tijdsinstaat betekent. Ook in dit scenario zijn de taakherschikkers in dienst van de zorginstelling. Het lijkt in dit scenario wel reëel dat het msb c.q. de vakgroep voor een met de zorginstelling overeen te komen percentage bijdraagt aan de brutoloonkosten van de taakherschikkers. Als de aanwezige declarabele verrichtingen op naam van de medisch specialist komen, dan wel de medisch specialist door de overname van taken door taakherschikkers zelf meer tijd voor zorgverlening productie heeft gekregen, leidt dit tot een toename in honorariumaandeel (via normtijden) van het msb c.q. de vakgroep. Dit kan dan naast c.q. los van afspraken m.b.t. de scenario's 3, 4 of 5 worden overeengekomen.

In scenario 3 gaat het om deels zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid door taakherschikkers uitgevoerde patiëntgerelateerde werkzaamheden, waarbij de medisch specialist medeverantwoordelijkheid heeft voor het zorgpad/traject en waarbij dit leidt tot declarabele zorgactiviteiten en zorgproducten. De declarabele producten daarvan komen op naam van de medisch specialist. Ook in dit scenario zijn de taakherschikkers in dienst van de zorginstelling. Ook hierbij wordt ervanuit gegaan dat de hierbij m.b.v. de inzet van taakherschikkers gegenereerde productie en honorariumdeel van de gedeclareerde integrale tarieven (via normtijden) aan het msb c.q. de vakgroepen toevalt. In die situatie is het dan realistisch dat bijvoorbeeld een 1/6 deel van de financiering van de brutoloonkosten van taakherschikkers door het msb dan wel de vakgroep (of via doorbelasting aan hen) wordt gedaan, bijvoorbeeld volgens uitgangspunt 1. Hierbij kan ook een alternatieve verdeling/doorbelasting van de brutoloonkosten worden afgesproken tussen zorginstelling en msb/vakgroep(en) op basis van uitgangspunt 2 of 3. Daarbij is het in met name scenario 3 wel van belang dat er zowel in het zorginstellingbudget als evenredig in het financieel kader van het msb budgetruimte aanwezig is voor de productie door taakherschikkers.

In scenario's 4 en 5 wordt de situatie beschreven waarbij taakherschikkers in dienst van het msb (en/of de vakgroep) zijn, en zij deels of volledig zelfstandig taken over hebben genomen van de betreffende medisch specialisten die tot declarabele producten leiden. Deze komen voor het honorariumaandeel (via normtijden) aan het msb respectievelijk de vakgroepen toe. Ook hierbij dient daarvoor afdoende budgetruimte binnen het financieel kader van het msb (en totale ziekenhuisbudget) aanwezig te zijn. Als de (volledige) brutoloonkosten van taakherschikkers als budget binnen het financieel kader van het msb zijn opgenomen (c.q. daarnaar is overgeheveld vanuit het zorginstelling-budget), kunnen de brutoloonkosten voor 100% worden gefinancierd door het msb (c.q. de vakgroepen). Hierbij komt het kostendeel (volgens uitgangspunt 1, 2 of 3) toe aan de zorginstelling. Mocht er geen (afdoende) budget voor de brutoloonkosten zijn opgenomen in (c.q. vanuit het zorginstelling budget zijn overgeheveld naar) het financieel kader van het msb (resp. de vakgroepen), dan heeft dit consequenties voor het toekennen van declaraties (via de integrale tarieven) van productie m.b.v. de inzet van taakherschikkers. In dat geval is het reëel dat de volledige integrale tarieven omzet van declaraties o.b.v. productie door/m.b.v. de betreffende taakherschikkers toevalt aan het msb (c.q. de vakgroepen) en het msb dan een kostenvergoeding voor in dit kader geleverde facilitaire diensten aan de zorginstelling betaalt. Bij het gedeeltelijk aanwezig (c.q. overgeheveld zijn vanuit de zorginstelling) zijn van brutoloonkostenbudget in het financieel kader van het msb, kan de m.b.t. taakherschikking gegenereerde omzet uit integrale tarieven tussen zorginstelling en msb/vakgroepen verdeeld worden, evenredig aan de brutoloonkosten budgetverdeling tussen zorginstelling respectievelijk msb/vakgroepen. Deze andere wijze van verdeling van m.b.v. taakherschikkers gegenereerde productie omzet tussen zorginstelling en msb/vakgroepen wordt echter gezien als minder gewenst, omdat dit complexer is en leidt tot een andere (tweede) geldstroom binnen de zorginstelling.



ZORGVERLENING BUITEN DE VAKGROEP

Een ander mogelijk scenario is dat de productie van taakherschikkers buiten de productie van de vakgroep (en/of het msb) wordt gehouden (bijvoorbeeld door taakherschikkers die in dienst zijn van het ziekenhuis). Vanwege de meestal intensieve samenwerking tussen medisch specialisten van een vakgroep en de taakherschikker is er dan kans op wrijving en ongemak tussen de diverse zorgverleners. Daarom is dit scenario niet opgenomen in de tabel.

INTERNE DOORBELASTING VAN (DOORBELASTE) LOONKOSTEN TAAKHERSCHIKKING BINNEN HET MSB

Het is gebruikelijk en aan te raden dat besturen van msb (en vakgroepen) o.b.v. een gezamenlijk afgesproken uitgangspunt dan wel variant daarop, samen met het ziekenhuismanagement kijken naar de fte's per vakgroep en de totale fte-formatie voor wat betreft de (werkelijke) inzet van taakherschikkers bij het gremium. Zo kan gezamenlijk bepaald worden wat de door te belasten formatie- en loonkosten hiervan zijn. Het is daarna aan de msb-besturen en hun vakgroepen/leden om af te spreken of men deze doorbelasting van loonkosten van taakherschikkers als msb collectief draagt, of dat deze kosten per vakgroep worden doorbelast dan wel een combinatie daarvan (zie verder). Ook dit dient schriftelijk vastgelegd worden, om misverstanden hierover in een later stadium te voorkomen. Het meest transparant en logisch is om bij een collectief te dragen doorbelasting de doorbelaste loonkosten van taakherschikkers naar rato van werkzame fte-formatie door te belasten aan de vakgroepen binnen het gremium. Bij rechtstreekse doorbelasting binnen het msb aan de vakgroepen bij wie de taakherschikkers werkzaam zijn, ligt dit anders. De doorbelasting is dan op basis van de relatieve fte-formatie taakherschikkers die bij de desbetreffende vakgroep werkzaam is t.o.v. de totale doorbelaste fte-formatie taakherschikkers. In deze situatie gaat het om zorgverlening door taakherschikkers, die heeft geleid tot overname van taken van de medisch specialist⁹ binnen de vakgroep in kwalitatieve zin en/of met een (directe of indirecte) toename van kwantitatieve zorgverlening en die leidt tot hogere financiële revenuen door bijvoorbeeld een gestegen aandeel aan norm-fte's voor de betreffende vakgroep(en).

Daarbij kan het nog wel een overweging en afspraak zijn om uit solidariteit bij het inzetten van taakherschikkers (eerst) een deel van de doorbelaste loonkosten daarvan evenredig over alle vakgroepen te verdelen, waarvan het realistisch is dat deze door het ziekenhuis aan het gremium van medisch specialisten is doorbelast. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als het gaat om activiteiten uitgevoerd door taakherschikkers die voor het gehele msb van belang zijn en waarvan de (kwalitatieve en/of kwantitatieve) revenuen (ook) ten bate zijn van het hele msb. Een onderverdeelde interne doorbelasting is te overwegen bij taakherschikking werkzaamheden die niet specifiek een/één vakgroep betreft, maar meerdere vakgroepen. Er zijn dus verschillende vormen en mogelijkheden van interne doorbelasting, die door het msb-bestuur met de vakgroepen lokaal in onderling overleg besproken en afgesproken moeten te worden.

VASTLEGGING AFSPRAKEN

Leg de gemaakte afspraken over de doelstellingen van de inzet en de financiële aspecten m.b.t. taakherschikkers tussen rvb en vakgroep/gremium medisch specialisten schriftelijk vast, bij voorkeur in een lokaal op te stellen (gestandaardiseerde) overeenkomst. Monitor periodiek, als vakgroep/msb/vmsd/umc stafconvent gezamenlijk met de rvb, de inzet van taakherschikkers en de bijbehorende kwaliteits- en financiële (dan wel fte-)afspraken en ook de revenuen hiervan en waar die terecht komen. Dit geldt ook voor afspraken over interne doorbelasting naar vakgroepen binnen een msb/(combi-)coöperatie.

⁹ Voor vakgroepen van dienstverband medisch specialisten binnen een vmsd of umc stafconvent kan het maken van afspraken hieromtrent over fte-formatie gaan, ook als er sprake is van voor meerdere vakgroepen werkzaam zijnde taakherschikkers.



BIJLAGEN

BIJLAGE 1:

Checklist - te regelen zaken m.b.t. taakherschikking

Onderstaande punten kunnen het ziekenhuis en de medische staf/msb/vmsd/umc stafconvent navolgen om te komen tot goede afspraken over taakherschikking en dit schriftelijk vast te leggen.

Algemeen

- Het opstellen van een ziekenhuisbreed taakherschikkingsbeleid i.s.m. met de medische staf/msb/vmsd/umc stafconvent en het daarin betrekken van de VAR (Verpleegkundige Adviesraad) en de OR (Ondernemingsraad), inclusief governance-afspraken. Wat betreft de governance zijn onderwerpen van belang als aanstelling, scholing, functioneringsgesprekken, vervanging (bij ziekte, vakantie, scholing, etc.) en overige praktische zaken, rol(verdeling) en aansturing taakherschikkers/medisch specialisten/vakgroepen/msb/vmsd, zve (zorgverantwoordelijke eenheid) en zorginstelling, verdeling feitelijke werkgeverschap- en risico's, eventuele structurele detachering/uitleen, rol P&O, etc. Ook is het hierbij maken van aanvullende financiële afspraken van belang, zoals over door- en eventuele voorbelasting van (loon)kosten, eventuele btw-verplichting, etc. Het is het sterk aan te bevelen om deze vast te leggen in schriftelijke overeenkomsten, samen met de financiële afspraken en fte-impact in bijvoorbeeld sla's (service level agreements), die periodiek geëvalueerd en eventueel bijgesteld kunnen worden.
- Aan te raden is de voorgenomen inzet van taakherschikking m.b.t. een specialisme te starten met:
 - o Een behoefte-raming: wat is/zijn de doelstelling(en) van de taakherschikking en/of welk probleem wordt met de inzet van taakherschikkers aangepakt?
 - o Het opstellen van een businesscase: hierin worden de inzet en effecten van een taakherschikker beschreven en (financieel) onderbouwd.
 - o Een plan van aanpak met hierin financiële en/of formatieve afspraken t.a.v. de betreffende vakgroep, die hierin nauw betrokken wordt.
- Het is bij bovengenoemde punten ook belangrijk om vooraf de vraag te beantwoorden bij elke (voorgenomen) inzet van taakherschikkers of het gaat om verlaging van werkdruk en/of (direct of indirect) productie- en/of kwaliteitverhogende activiteiten. Hierbij is het van belang om mee te nemen of sprake is van directe of indirecte taakherschikking/verschuiving t.a.v. taken die normaal gesproken door de medisch specialist zouden worden gedaan. Ook moet daarbij de vraag beantwoord worden of de taakherschikking het de medisch specialist mogelijk maakt om andere taken uit te voeren die deze anders niet zou (kunnen) doen en daarbij direct of indirect door taakverschuiving meer patiëntenzorg kan leveren.

Inbedding van taakherschikking

- Bij het herverdelen van de taken is het uitgangspunt dat de kwaliteit van zorg van gelijk niveau blijft of beter wordt. Dit betekent onder meer dat vooraf bepaald, afgesproken en vastgelegd moet worden wie wat gaat doen en wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk wordt (daarvoor zijn werkdocumenten voor pa's en vs-en gezamenlijk door de Federatie, NAPA en V&VN-VS ontwikkeld). Bepaal vooraf welke bijdrage de taakherschikker aan het zorgproces gaat leveren en welke handelingen en taken daarbij horen. Dit hoort te zijn afgestemd op opleiding, competenties/bekwaamheid en deskundigheidsgebied van betrokken zorgverleners. Als de herverdeling van taken m.b.t. de taakherschikking is vormgegeven, dient dit periodiek geëvalueerd te worden (zie verder).
- De (zorginhoudelijke) afspraken kunnen worden vastgelegd in de door de Federatie, NAPA en V&VN-VS opgestelde [werkformulieren](#). Hierin wordt individuele samenwerking tussen vakgroepen en taakherschikkers vastgelegd. Pas functiebeschrijvingen aan volgens en in overeenstemming met de bevoegdheden, en update deze regelmatig.
- Gebruik aanwezige consensusdocumenten. Hierin zijn op landelijk niveau afspraken tussen de wetenschappelijke vereniging en de verschillende beroepsorganisaties van taakherschikkers (zoals de NAPA en de V&VN-VS) vastgelegd over de inzet van taakherschikkers binnen het specialisme.
- Het is essentieel om bij de start van de inzet van taakherschikkers binnen het ziekenhuis en de vakgroep een goed inwerkprogramma op te zetten. Dit programma moet in samenwerking tussen de taakherschikker en de vakgroep worden samengesteld om de taakherschikker te begeleiden t.a.v. de werkwijze binnen de zorginstelling en de

vakgroep. Daarnaast is het belangrijk om waar nodig aanvullende scholingsmogelijkheden te bieden. Regelmatig feedback vragen en geven - zowel aan de taakherschikker als van de taakherschikker aan de vakgroep - is van belang voor de kwaliteit van de zorg en de goede samenwerking. Deze feedbacksessies vereisen tijd van zowel de medisch specialisten als de taakherschikker, en die tijd moet beschikbaar worden gemaakt.

- Ook na de initiële opleiding en/of het inwerkprogramma is het belangrijk dat taakherschikkers goede nascholing volgen en accreditatiepunten behalen in het zorggebied waarin ze actief zijn. Voor nascholing en accreditatie wordt verwezen naar documenten van de Federatie, NAPA en V&VS-VN (zie bijlage 3). Dit is, net als voor medisch specialisten, vooral gericht op het behouden van de bekwaamheid en bevoegdheid voor de werkzaamheden die taakherschikkers in de praktijk uitvoeren. Daarnaast biedt het kansen voor verdieping en verbreding van hun kennis en vaardigheden. De taakherschikker beheert zijn zelf zijn of haar portfolio en behoefte aan scholing en ontwikkeling. Het is echter nuttig om hierover te overleggen met het ziekenhuismanagement en de vakgroepen waarmee zij samenwerken. Het maken van aanvullende financiële afspraken over deze (na)scholingen, zoals in de vorm van een lumpsumafpraak, is eveneens belangrijk. Het is aan te raden om deze afspraken schriftelijk vast te leggen, bijvoorbeeld in service level agreements (sla's), waarin ook de financiële impact en het effect op (vakgroep) fte's worden opgenomen. Deze afspraken moeten periodiek worden geëvalueerd en indien nodig worden aangepast.
- Het zorgen voor duidelijke informatie richting patiënten/cliënten en verwijzers over de inzet, taken en verantwoordelijkheden van taakherschikkers in de zorginstelling.

Registratief en financieel

- Het bepalen welke afspraken te maken zijn over de registratie op naam/kwalificatiecode (én evt. specialisme code of agb-code) van *complete* dbc-zorgproducten en bij wie de (toegenomen) zorgproductie en financiële baten (en in welke mate) terechtkomen.
- Het maken van afspraken m.b.t. financiële (loon)kosten verdeling/doorbelasting en/of impact op fte-budget/formaties tussen (gremia van) medisch specialisten en hun vakgroepen in een generieke standaard schriftelijke overeenkomst. Hierin worden de verantwoordelijkheden, fte/budget impact en financiële afspraken vastgelegd en ondertekend door de betrokken partijen.

Monitoren

- Monitor periodiek de inzet van taakherschikkers, evalueer de samenwerkingsafspraken, zowel als de budget/fte- en financiële afspraken en de consequenties daarvan. Monitor en evalueer de (perceptie van) kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg in de samenwerking tussen de taakherschikkers en de overige zorgverleners, o.a. door tevredenheidsonderzoeken bij patiënten, verwijzers en de betrokken zorgverleners zelf en verder bijvoorbeeld via monitoring van toegankelijkheid van de zorg.

BIJLAGE 2:

Incentives voor ondersteuning m.b.t. taakherschikking in de msz

Er zijn verschillende incentives (aanleidingen en achtergronden) die de aanstelling van taakherschikkers voor ondersteuning in het primaire zorgproces van medisch-specialistische zorg wenselijk kunnen maken. Overwegingen hieromtrent kunnen vanuit het perspectief van (het management van) de zorginstelling en/of dat van de medisch specialist en zijn vakgroep/gremium hetzelfde of verschillend zijn.

Incentives voor (het management van) een zorginstelling m.b.t. aanstelling van taakherschikkers t.b.v. medisch-specialistische ondersteuning m.b.t. het primaire zorgproces (niet-limitatief):

- verbetering van de kwaliteit en continuïteit van zorg op verpleegafdelingen, acute opvang afdelingen (zoals seh, eh, stroke unit) en poliklinieken;
- het bieden van extra ondersteuning in het medisch-specialistische (zorg)proces om te kunnen voldoen aan registratieve en/of kwalitatieve eisen overheid/IGZ;
- ondersteuning van verpleegkundigen bij het primaire zorgproces;
- het opzetten van aandoening/patiëntengroep specifieke diagnose/behandeltrajecten/poli's ('focus factories') met coördinatie door ondersteunende zorgprofessionals;
- tekort(en) aan medisch specialisten compenseren;
- minder capaciteit uitbreiding medisch specialisten benodigd m.b.v. inzet medisch specialistisch ondersteunende zorgprofessionals;
- meer zorg verlenen bij eenzelfde medisch specialistische capaciteit;
- kostenreductie (per DOT zorgproduct).

Incentives voor een medisch specialist/vakgroep/gremium m.b.t. aanstelling van taakherschikkers t.b.v. medisch-specialistische ondersteuning m.b.t. het primaire zorgproces (niet-limitatief):

- betere kwaliteit van zorg via een beperktere eigen (extra) tijdsinvestering;
- vermindering werkdruk;
- plezieriger werkomgeving;
- meer tijd per patiënt;
- kortere werkdagen;
- over kunnen dragen van (evt. tijdrovende) minder complexe taken met extra tijd voor en focus op meer complexe taken;
- het opzetten aandoening/patiëntengroep specifieke diagnose/behandeltrajecten/poli's ('focus factories') met coördinatie door ondersteunende zorgprofessionals;
- het meer zorg kunnen verlenen binnen dezelfde tijdsinvestering van de medisch specialist zelf.

De incentive(s) voor aanstelling van een taakherschikker voor ondersteuning in de medisch-specialistische zorg bepalen mede de (bereidheid tot mede-) financiering daarvan.

BIJLAGE 3:

Voorbeelden taakherschikking en (reken)voorbeelden interne doorbelasting loonkosten/effect op fte

Voorbeelden van taakherschikking situaties

- a. Er is sprake van taakherschikking als een pa, vs of kt poliklinische patiëntenzorg levert die anders door een medisch specialist geleverd zou worden. Denk daarbij aan het draaien van thema-sprekuren en/of spreekuren m.b.t. specifieke ziektebeelden. De medisch specialist hoeft dat niet meer te doen, en er is sprake van verlaging van werkdruk en/of de mogelijkheid van verhoging van de kwantitatieve zorgverlening (direct zorgverlening/productieverhogend effect).
- b. Als een pa, vs of kt klinische patiëntgerelateerde taken op bijvoorbeeld een verpleegafdeling heeft en daarbij o.a. opnames doet, visites loopt, ontslagen en brieven daarvan regelt (vaak in samenwerking met een medisch specialist), is er eveneens sprake van taakherschikking. De medisch specialist kan dan andere taken uitvoeren, zoals poli-sprekuren doen en/of interventies. En daarbij is sprake van verlaging van werkdruk en/of mogelijkheid tot kwantitatieve verhoging van zorgverlening (indirect zorgverlening/productieverhogend effect).
- c. Als een pa of vs werkt als anesthesiemedewerker op de operatiekamers en daar de anesthesioloog ondersteunt in de patiëntenzorg zoals ook een niet pa/vs anesthesiemedewerker doet (en wiens taken anders ook niet door anesthesioloog zou worden gedaan), is er geen sprake is van taakherschikking (overname van taken van de medisch specialist), zoals in deze handreiking is omschreven.
- d. In de situatie dat deze pa op vs zelfstandig patiënten ziet en behandelt op de pijn-polikliniek i.p.v. of ter ondersteuning van de anesthesioloog, is er wel sprake van taakherschikking. Als dit financiële revenuen oplevert voor de vakgroep anesthesiologie is het realistisch dat hierbij dan ook door vakgroep/msb bijgedragen wordt in loonkosten van de pa/vs.
- e. Als een pa, vs of kt puur kwaliteitgerelateerde werkzaamheden doet, zoals kwaliteitsregistraties, ziekenhuisprotocollen maken en bijwerken, c.q. taken die (normaal gesproken) niet tot de taken van een medisch specialist behoren, is er geen sprake van taakherschikking van medisch specialist naar de taakherschikker en geeft dat geen verlaging van werkdruk voor de medisch specialist en/of verhoogt dat niet de kwantiteit van de medisch-specialistische zorgverlening.

(Reken)voorbeelden interne doorbelasting van (bruto)loonkosten taakherschikkers c.q. effect op fte-formatie

(Reken)voorbeelden interne doorbelasting loonkosten bij pa/vs in dienst van het ziekenhuis (waarbij het msb een gezamenlijk overeengekomen aandeel van de loonkosten doorbelast krijgt van het ziekenhuis):

1. Bij de vakgroep urologie werken een pa en vs, beide voor 0,8 fte. Zij doen specifieke spreekuren m.b.t. prostatisme-screening, erectiestoornissen en incontinentie, afgewisseld met verpleegafdelingtaken (patiënten opnemen, diagnostiek en beleid afspreken, postoperatieve begeleiding, etc.) in nauwe samenwerking met de urologen waarmee de poliklinische patiënten gezamenlijk worden doorgesproken en ook 2x per week visite mee wordt gelopen op de verpleegafdeling. Daarmee hebben ze taken overgenomen van de urologen, waarmee de toegangstijd voor urologie kort kan worden gehouden, de urologen meer tijd hebben voor complexere patiënten en operatieve ingrepen, en de werkdruk voor hen is afgenomen. De pa en vs hebben een aanstelling bij het ziekenhuis en worden voor 1/6 deel (volgens het opbrengsten verhouding uitgangspunt 1) van hun brutoloonkosten doorbelast aan het msb, die dit loonkostenaandeel volledig doorbelast naar de vakgroep urologie, zoals dat ook aan het begin van het aannemen van deze pa en vs is afgesproken tussen alle betrokken partijen.
2. Bij de vakgroep interne geneeskunde van het msb werken drie vs-en voor respectievelijk 2x 0,8 en 1x 0,6 fte (totaal 2,2 fte) en die zijn aangesteld in dienst van het ziekenhuis. Zij doen voornamelijk poliklinische werkzaamheden, zoals diabetescontrole poli, vaatrisico poli, antistolling spreekuur en nefrologie controle poli. Daarbij doen twee van hen (met 0,8 fte resp. 0,6 fte aanstelling) samen gemiddeld twee dagen per week voor 0,4 fte werkzaamheden voor de trombosedienst, een taak die voorheen door seh-artsen werd gedaan die voor die taken via een fte-aandeel



gefinancierd werden door het ziekenhuis. Totaal 16% (volgens uitgangspunt 2, verhouding van het financiële kader van msb t.o.v. het geschoonde ziekenhuisbudget) van de loonkosten van deze 1,8 fte vs-en (0,8 + 0,6 + 0,4 fte) wordt door het ziekenhuis doorbelast aan het msb, die dit weer doorbelast naar de vakgroep interne geneeskunde.

(Reken)voorbeeld interne doorbelasting loonkosten bij pa/vs in dienst van het msb (waarbij het msb een evenredige budgetophoging/-overheveling van het financieel kader heeft ontvangen van het ziekenhuis):

3. Bij de vakgroep cardiologie werken twee pa's die in dienst zijn van het msb voor totaal 1,4 fte op de verpleegafdeling cardiologie, in nauwe samenwerking met de cardiologen, waarmee dagelijks samen de patiënten worden doorgenomen en 2x per week gezamenlijk visite wordt gelopen op de afdeling cardiologie. Deze pa's doen geen poliklinische taken. De cardiologen zijn hierdoor aanmerkelijk minder tijd kwijt met klinische werkzaamheden en doen daardoor meer poliklinische werkzaamheden, mede om de toegangstijden op de polikliniek zo laag mogelijk te houden. Daarnaast werkt er een andere pa-er voor 0,6 fte in dienst van het msb op de polikliniek, alwaar deze een atriumfibrilleren poli doet in een netwerkzorg programma samen met de eerste lijn en thuiszorg en waarvoor een aparte geldstroom voor financiering aanwezig is met apart declarabele producten via eerstelijns budget. Voor deze pa's heeft eerder voor 1,4 fte budgetophoging/overheveling (met jaarlijkse cao-indexering) ter hoogte van de brutoloonkosten pa's van ziekenhuis naar msb plaatsgevonden, en de 0,6 fte pa op de polikliniek cardiologie wordt voor het msb gefinancierd aan het msb via het netwerkzorg-budget (waaruit ook de activiteiten van de cardiologen daarvoor wordt gefinancierd). Het msb belast 1,4 fte loonkosten pa's voor 1/6 deel (volgens het gemiddelde opbrengsten uitgangspunt 1) door aan de vakgroep cardiologie.

(Reken)voorbeeld interne doorbelasting loonkosten bij pa/vs in dienst van het msb (waarbij het msb één budgetophoging/overheveling van het financieel kader heeft ontvangen van het ziekenhuis):

4. Het msb heeft ten behoeve van de vakgroep dermatologie twee nieuwe vs-en aangesteld (in dienst van het msb) die poliklinische zorg doen (wondverzorging poli's, (lymf)oedeem- en varices spreekuren, psoriasis poli's) in nauwe samenwerking met de dermatologen (met deze aandoeningen als aandachtsgebied). Het ziekenhuis draagt niet bij aan de loonkosten van deze vs-en en er heeft geen budgetophoging/overheveling van (bruto) loonkosten van ziekenhuis naar het financieel kader van het msb plaatsgevonden. Voor de financiering van de vs-en heeft het msb met het ziekenhuis de afspraak dat het volledige integrale tarief dat via het ziekenhuis voor de vs-werkzaamheden kan worden gedeclareerd aan het msb wordt uitgekeerd, na aftrek van overeengekomen facilitaire kosten ziekenhuis (o.b.v. een transparante berekening t.a.v. personele/ruimtelijke/overige kosten). Vanuit deze inkomsten worden de loonkosten van de vs-en gefinancierd en de werkzaamheden/tijdsbesteding van de betreffende dermatologen. Bij het meetellen van deze zorgverlening-productie in de benchmark-verdeelsystematiek, worden de loonkosten van de vs-en voor 1/6 deel doorbelast aan vakgroep dermatologie, de rest van de loonkosten wordt al op de genoemde wijze ten bate van het msb gefinancierd.

(Reken)voorbeeld impact aanstelling taakherschikkers op fte formatie vakgroep bij pa/vs in dienst van het ziekenhuis

5. De vakgroep kindergeneeskunde met medisch specialisten in dienstverband van het ziekenhuis, heeft i.o.m. de raad van bestuur en het vmsd een 0,8 fte vs aangesteld gekregen (ook in dienst van het ziekenhuis) die poliklinische taken doet (o.a. controle van COPD-patiënten) en klinische taken samen met de kinderartsen. Door deze aanstelling kan de vakgroep kindergeneeskunde de vrij na dienst compensatie beter inroosteren met minder impact op de poliklinische en klinische werkzaamheden, zonder dat de fte-formatie kinderartsen hoeft te worden uitgebreid.

BIJLAGE 4:

Aanvullende achtergronden en informatie m.b.t. taakherschikking

Over [taakherschikking](#) is veel informatie te vinden en zijn vele documenten beschikbaar. Hieronder wordt een korte samenvatting gegeven met verwijzing naar diverse websites en documenten.

Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg en taakherschikking

Mede gezien de intensieve samenwerking tussen taakherschikkers en andere zorgverleners, waaronder met name medisch specialisten, is het essentieel dat goede afspraken worden gemaakt over coördinatie en (verdeling van) verantwoordelijkheden waarbij dat ook voor de patiënt en zijn verwijzer(s) duidelijk is. De KNMG heeft hieromtrent een document opgesteld, de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'¹⁰ en een daarbij horende checklist¹¹.

Standpunt Federatie m.b.t. taakherschikking

Het standpunt van de Federatie Medisch Specialisten m.b.t. tot taakherschikking is: taakherschikking is een middel om tot verdere verbetering van kwaliteit van zorg en efficiënte bedrijfsvoering in de vakgroep/instelling te komen – en is geen doel op zich. Het is aan de vakgroep/instelling om te bepalen welke zorgprofessional van toegevoegde waarde is/kan zijn bij het verlenen van zorg. Landelijke inhoudelijke afspraken over inzet van taakherschikkers binnen specialismen worden gemaakt met de betreffende wetenschappelijke verenigingen.

De Federatie, de V&VN-VS en de NAPA hebben gezamenlijk werkformulieren¹² opgesteld, waarin individuele samenwerking van vakgroepen en pa en/of vs kan worden vastgelegd. Verder zijn er consensusdocumenten te vinden op de websites van de NAPA en de V&VN-VS, waarin op landelijk niveau afspraken vastgelegd zijn over de inzet van pa/vs binnen het betreffende specialisme, gezamenlijk afgesloten door de wetenschappelijke vereniging met de NAPA en de V&VN-VS. Ook t.a.v. [registratie van zorg bij taakherschikking is een factsheet](#) opgesteld.

Ontwikkeling bevoegdheden zorgverleners in het kader van taakherschikking

Per 1 januari 2012 hebben [verpleegkundig specialisten](#) (vs-en)¹³ en [physician assistants](#) (pa's)¹⁴ een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid voor enkele voorbehouden handelingen gekregen en per 1 januari 2018 is dit omgezet naar een definitieve bevoegdheid. Voor klinisch technologen (kt-en) is de tijdelijke bevoegdheid die er vanaf 1 januari 2014 was, per 1 juli 2020 omgezet naar een definitieve bevoegdheid. Dit is vastgelegd in de Wet BIG.

De pa en vs zijn bevoegd om een aantal voorbehouden handelingen (Wet BIG art. 36) zelfstandig te indiceren, uit te voeren en/of te delegeren. Het betreft voorbehouden handelingen die aan de pa of vs zijn toegekend en vallen binnen het deskundigheidsgebied waarin de pa of vs is opgeleid en werkzaam is. Dit zijn werkzaamheden van een beperkte complexiteit, die routinematig worden verricht en waarvan de risico's te overzien zijn. Zoals geldt voor alle beroepsbeoefenaren moet de pa of vs 'bevoegd en bekwaam' zijn om deze handelingen te verrichten. De

10 <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/verantwoordelijkheidsverdeling>

11 <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/verantwoordelijkheidsverdeling>

12 Federatie Medisch Specialisten - <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/nieuw-werkformulier-taakverdeling-medisch-specialist-en-verpleegkundig>

13 Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Specialisten binnen Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN VS) - <https://venvnv.nl/>

14 Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) - <https://www.napa.nl/>



V&VN-VS heeft in 2019 een [nieuw beroepsprofiel vs](#) opgesteld, met een opdeling in twee 'specialismen' (algemene gezondheidszorg, agz en geestelijke gezondheidszorg, ggz) en waarbij de diverse verschillende aandachts- en expertise gebieden zijn beschreven.

In de bevoegdheden tussen enerzijds vs-en en pa's en anderzijds kt-en zitten wel verschillen t.a.v. het zelfstandig indiceren van bepaalde voorbehouden handelingen en het wel of niet mogen voorschrijven van medicamenten, maar dat valt buiten het bestek van dit document. Essentieel hierbij is dat er duidelijke afspraken moeten zijn/worden gemaakt over wie-doet-wat tussen de verschillende zorgverleners en hoe samengewerkt wordt en dit ook (vooraf) duidelijk is voor zowel patiënten en hun verwijzers als de samenwerkende zorgverleners zelf en hun zorginstellingen. En dat er niet buiten de grenzen van bevoegdheden en bekwaamheden van de verschillende zorgprofessionals wordt getreden. Hierover, en over het benodigd schriftelijk vastleggen van afspraken hieromtrent, is al veel informatie aanwezig en zijn diverse documentatie beschikbaar^{15 16 17}.

15 Federatie Medisch Specialisten - <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/taakherschikking>

16 Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) - <https://www.napa.nl/>

17 Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Specialisten binnen Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN VS) - <https://venvnvs.nl/>

BIJLAGE 5:

Samenstelling commissie Verdeelmodel (en normtijden)

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

Met inhoudelijk advies van:

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

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

Bezoekadres:

Federatie Medisch Specialisten
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postadres:

Postbus 20057
3502 LB Utrecht

www.demedischspecialist.nl



Federatie
**Medisch
Specialisten**