

**Handreiking fte opgave benchmark model
Medisch specialisten
vrij beroepsbeoefenaren**

V20161114

BESLUITVORMEND TBV/RBB

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Uitgangspunten fte-definitie	4
Categorieën werkzaamheden	5
Rekenvoorbeeld	7
Samengevat	8
Suggesties voor het MSB-bestuur	8
Bijlage: toelichting fte-definitie en -opgave	9
Bijlage: toelichting vrij-na-dienst regeling.....	9
Bijlage: samenstelling Werkgroep Verdeelmodel	10

BESLUITVORMEND TBV RBB

Inleiding

Context

Elk MSB dat voor haar verdeelmodel de landelijke benchmark gebruikt, levert gegevens aan om de landelijke normpraktijk of benchmark per specialisme te kunnen vaststellen en vervolgens zichzelf hieraan te laten spiegelen.

Het aantal voltijd medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaar per specialisme wordt uitgedrukt in aantal fte (fulltime equivalent) en dient als input voor de landelijke benchmark door LOGEX (hierna: de landelijke benchmark) en kan - indien lokaal gekozen - worden gebruikt als directe sleutel voor verdeling.

Binnen het Witte Boek IV¹ is een fte-definitie van medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren geadviseerd om te komen tot een zuivere aanlevering van fte-gegevens voor de landelijke benchmark.

Vijf jaar na het schrijven van het Witte Boek IV blijkt er behoefte aan een verfijning, meer uniforme ('level playing field') benadering en aanvullende toelichting. Dit document is derhalve een aangevulde handreiking en verduidelijking met betrekking tot de fte-definitie zoals beschreven in het Witte Boek IV.

Binnen de fte-opgave ten behoeve van de landelijke benchmark zijn er verschillende stakeholders, met allen een eigen verantwoordelijkheid:

- Federatie Medisch Specialisten: is uitgever van het Witte Boek deel IV en deze Handreiking Fte-definitie waarin adviezen en handreikingen met betrekking tot de fte-definitie zijn opgenomen
- MSB-bestuur*: de fte-opgave valt onder de verantwoordelijkheid van het MSB-bestuur
- Medisch specialist*: dient zijn formatie op te geven bij het MSB-bestuur
- LOGEX: heeft een faciliterende en ondersteunende rol aangaande de fte-opgave middels o.a. het beschikbaar stellen van een online fte-tool. Daarnaast ondersteunt LOGEX in periodieke validatie van de opgegeven fte-formatie

* indien lokaal gewerkt wordt met de landelijke benchmark

Werkgroep Verdeelmodel (en normtijden)

Naar aanleiding van de behoefte aan een verfijning en aanvullende toelichting op de fte-definitie en het toekomstbestendig maken van het benchmark verdeelmodel is in de Raad Beroepsbelangen (RBB) van de Federatie van medisch specialisten een Werkgroep Verdeelmodel en normtijden ingesteld om de RBB hierin te adviseren.

Deze werkgroep bestaat uit een vertegenwoordiging van de Wetenschappelijke Verenigingen (WV-en) en heeft eerder de in juli 2016 door de Federatie gepubliceerde 'Handreiking Model vergoeding disutility' vormgegeven. In de bijlage bij deze handreiking is de samenstelling van de werkgroep beschreven.

¹ O.a. toegankelijk via: http://www.zorgvisie.nl/PageFiles/77867/002_RBIAdam-download-ZVS11924D01.pdf

Uitgangspunten fte-definitie

De werkgroep heeft een aantal uitgangspunten voor de fte-definitie geformuleerd, die deels overgenomen zijn uit het Witte Boek IV en deels aanvullend daarop zijn.

De fte-definitie dient voor alle verschillende specialismen op een gelijke wijze gehanteerd te worden zodat een “level playing field” wordt gecreëerd. Ook dient middels de fte-opgave de best mogelijke afspiegeling van de werkelijkheid te ontstaan. Het streven blijft daarbij als voorheen: een goede benchmarksystematiek om specialisme-specifieke productie betrouwbaar te kunnen benchmarken voor de verrekening/verdeling van gezamenlijk verdiend honorarium. Deze handreiking fte-opgave is voor dit doeleind opgesteld.

Per persoon (1 capita) kan maximaal 1 fte worden opgegeven. Eén fte medisch specialist vrijberoepsbeoefenaar werkt 10 dagdelen patiëntgerelateerd met 44 weken aanwezigheid.

- De eerder gehanteerde verhouding van 9 dagdelen direct patiëntgebonden en 1 dagdeel indirect patiëntgebonden werkzaamheden, is nu verlaten. Daarbij wordt het onderscheid tussen direct patiëntgebonden en indirect patiëntgebonden losgelaten. Hierbij is het uitgangspunten 1 dagdeel = 1 dagdeel. Het gaat erom dat – voor 1 fte – 10 dagdelen patiëntgerelateerde werkzaamheden zijn verricht.
- Vanwege deze gewijzigde indeling in werkzaamheden, is de term ‘patiëntgebonden’ vervangen door ‘patiëntgerelateerd’.
- Net als in de eerdere handreiking zijn niet patiëntgebonden c.q. niet patiëntgerelateerde werkzaamheden geen onderdeel van de fte-definitie aangezien deze werkzaamheden niet productiegerelateerd zijn.
- Zie voor een beschrijving van patiëntgerelateerde en niet patiëntgerelateerde werkzaamheden verder bij 'Categorieën werkzaamheden' op blz. 5.
- Een dagdeel omvat tenminste 4 uren patiënt/productiegerelateerde werkzaamheden in dat dagdeel van de medisch specialist in de normale werkweek (buiten de diensten).
- Thuiswerken is mogelijk met daarbij enkele aandachtspunten (zie “Aandachtspunten” op blz. 6).

Binnen de fte-definitie wordt onderscheid gemaakt tussen medisch specialisten met en zonder een vrij-na-dienst regeling:

- De regeling met vrij-na-dienst is, onder voorwaarden, mogelijk voor alle specialismen met zwaardere diensten. Historisch gezien wordt deze regeling voornamelijk toegepast bij vakgroepen Heelkunde, Gynaecologie en Anesthesiologie.
- De vrij-na-dienst regeling kan onder de volgende randvoorwaarden worden ingezet:
 - o Zoals gedefinieerd op blz. 7 van de Handreiking model vergoeding disutility kan een vrij-na-dienst regeling worden toegepast wanneer sprake is van een dienstenintensiteit categorie 4 (aanwezigheid ‘vrijwel altijd tot altijd aanwezig’).
 - o Er kunnen, zoals ook in de eerdere regeling voorgesteld, per vakgroep per week per dienstrooster regeling (op 1 of meerdere locaties) niet meer diensten gecompenseerd worden dan er in een week zijn inclusief de weken afwezigheid (afgerond 10). Bij gedifferentieerde diensten binnen een vakgroep geldt dit in principe per gedifferentieerde dienst.
 - o Het dagdeel vrij moet in principe opgenomen worden op de dag na de betreffende dienst, tenzij dit rooster technisch niet mogelijk is.
- Lees voor meer informatie over de vrij-na-dienst regeling de nadere toelichting in de bijlage bij deze handreiking.

Categorieën werkzaamheden

In de dagelijkse praktijk van de medisch specialist is sprake van diverse soorten werkzaamheden en daarbij verschillen de werkzaamheden per medisch specialisme en per medisch specialist. Er is onderscheid te maken in patiëntgerelateerde werkzaamheden en werkzaamheden die dat niet zijn.

Patiëntgerelateerde werkzaamheden > onderdeel van de fte-definitie voor landelijke benchmark

In het Witte Boek deel IV werd binnen de werkzaamheden een nader onderscheid gemaakt in direct en indirect patiëntgebonden werkzaamheden.

- De categorie direct patiëntgebonden werkzaamheden had betrekking op werkzaamheden die rechtstreeks met de patiënt te maken hebben.
- De indirect patiëntgebonden werkzaamheden hadden meer betrekking op administratieve activiteiten.

Het onderscheid tussen direct en indirect patiëntgebonden werkzaamheden bleek in de praktijk lastig eenduidig in te vullen omdat het onderscheid daartussen niet altijd helder is en dit wordt nog steeds verschillend geïnterpreteerd. Daarbij vinden diverse indirect patiëntgebonden werkzaamheden vaak versnipperd over de hele week plaats. Een zuivere en eenduidige landelijke fte opgave is van groot belang voor de benchmark.

In de werkgroep Verdeelmodel is derhalve de vraag besproken of het onderscheid in direct en indirect patiëntgebonden werkzaamheden nog steeds gemaakt moet worden. Omdat deze werkzaamheden alle te maken hebben met patiënt-/productiegerelateerde zaken en lastig van elkaar te scheiden zijn, is ervoor gekozen het onderscheid los te laten en dit te hernoemen naar 'patiëntgerelateerde werkzaamheden'.

Patiëntgerelateerde werkzaamheden zijn alle werkzaamheden die op enige wijze verbonden zijn met patiëntenzorg en –contact en daarmee van invloed zijn op de productie. Deze werkzaamheden dienen mee te worden genomen in de fte-opgave voor de landelijke benchmark.

Niet limitatieve opsomming van patiëntgerelateerde werkzaamheden

- Polikliniek, kliniek en operatieve werkzaamheden, (vergoede) e-health bijv. screen-to-screen contacten, MDO's, ICC's, uitvoeren van ingrepen en verrichtingen, operatieve / therapeutische / diagnostische verrichtingen en de beoordeling van laatstgenoemde.
- Administratie en registratie, (digitaal) voorbereiden patiëntbespreking en poli's, rooster maken voor patiëntgerelateerde werkzaamheden en diensten, overleg huisartsen en overige zorgverleners, regionaal overleg.
- Andere voorbereidende werkzaamheden voor taken zoals OK's, verrichtingen, kliniek.
- Reguliere begeleiding van AIOS (op basis van de nulhypothese zijn AIOS niet (zelfstandig) output verhogend: de productie van de AIO is gelijk aan de gederfde productie van de opleider).
- Werkzaamheden die binnen of vanuit de eigen vakgroep nodig (randvoorwaardelijk) zijn voor het (adequaat) kunnen doen van patiëntenzorg en de realisatie van productieparameters, zoals de vakgroepgerelateerde aansturing van polikliniek, onderzoek/verrichtingen afdelingen of klinische afdelingen, regelen van poli/kliniekroosters. Dit zijn vaak werkzaamheden die ook tussendoor gedaan (dienen te) worden en die kunnen van week tot week of per periode wisselen in intensiteit.

Aandachtspunten

Een medisch specialist moet onderbouwing kunnen geven van de invulling van zijn/haar patiënt gerelateerde werkzaamheden. Zie hiervoor verder onder “Aandachtspunten voor het MSB bestuur”.

In sommige instellingen hoeven medisch specialisten voor administratieve patiëntgerelateerde werkzaamheden niet persé fysiek aanwezig te zijn in het ziekenhuis.

- Wanneer deze patiëntgerelateerde werkzaamheden bijvoorbeeld thuis worden uitgevoerd moet extra aandacht zijn voor het aannemelijk zijn van deze werkzaamheden en moeten deze werkzaamheden uitlegbaar zijn. Inroosteren van deze werkzaamheden is een mogelijke invulling hiervan.
- Tijdens het uitvoeren van deze werkzaamheden is het logisch dat de betreffende medisch specialist telefonisch bereikbaar is voor ziekenhuismedewerkers, collega's en verwijzers.
- Advies (van de werkgroep) hierbij is om 'thuiswerken' vooralsnog te beperken tot 1 dagdeel per week in de fte-opgave.

Niet patiëntgerelateerde werkzaamheden > geen onderdeel fte definitie voor landelijke benchmark,

In het Witte Boek IV werd al duidelijk omschreven dat niet patiëntgerelateerde werkzaamheden niet meegenomen dienen te worden in de landelijke benchmark. Dit uitgangspunt blijft ook in deze handreiking van kracht.

Niet patiëntgerelateerde werkzaamheden zijn belangrijke werkzaamheden ten behoeve van het MSB/Collectief of ziekenhuis die buiten de fte-definitie ten behoeve van de benchmark vallen, omdat het geen productiegerelateerde werkzaamheden zijn. Deze werkzaamheden dienen derhalve niet meegenomen te worden in de landelijke benchmark. Deze werkzaamheden zijn op overkoepelend MSB-en/of instellingsniveau wel van belang voor het inrichten en adequaat leveren van de zorg.

Niet limitatieve opsomming van niet patiëntgerelateerde werkzaamheden

- Vakgroep overstijgende (medisch) management en bestuurlijke taken
- Onderzoek
- Onderwijs (excl. de reguliere werkbegeleiding van AIOS. Niet alle werkzaamheden van de aangewezen opleider ten behoeve van AIOS zijn (afdoende) te vatten onder de patiëntgerelateerde werkzaamheden. Niet patiëntgerelateerde werkzaamheden van de opleider omvatten o.a. de aan de AIOS gerelateerde werkzaamheden rond organisatie, planning, voortgangsgesprekken, beoordelingen en bijbehorende administratie).
- etc.

Opgave en financiering van niet patiëntgerelateerde werkzaamheden

De omvang van niet patiëntgerelateerde werkzaamheden hoeft voor de benchmark niet te worden opgegeven. Maar om deze werkzaamheden inzichtelijk te maken, zowel binnen als buiten het MSB, is het belangrijk deze wel in kaart te brengen. Hiervoor zal in de nieuwe LOGEX fte- inputtool een aparte mogelijkheid worden gerealiseerd.

Voor zover niet in de financiering van niet patiëntgerelateerde werkzaamheden is voorzien via het financieel kader MSB kan gedacht worden aan financiering via ziekenhuisbijdragen en/of shared savings.

Categorie	Omschrijving	LOGEX Benchmark
Patiënt / productie gerelateerde werkzaamheden	Alle werkzaamheden die direct, indirect of randvoorwaardelijk van toepassing zijn op patiëntenzorg	Telt mee voor benchmark
Niet patiënt / productie gerelateerde werkzaamheden	Vakgroep overstijgende managementtaken, onderzoek, onderwijs, etc	Telt niet mee voor benchmark, kan wel separaat worden opgegeven

Figuur 1 Tabel met toelichting werkzaamheden Medisch Specialist Vrijgevestigd per categorie

Rekenvoorbeeld

Onderstaande tabel geeft een rekenvoorbeeld binnen de bovenstaande uitgangspunten fte-definitie ten opzichte van de huidige berekening door LOGEX. Toelichting rekenvoorbeelden:

- A. Full time specialist: 9 direct patiëntgebonden dagdelen en 1 indirect patiënt gebonden dagdeel: dit worden 10 patiëntgerelateerde dagdelen: is en blijft: 1,00 fte
- B. Specialist B heeft binnen huidige opgave 9 patiëntgebonden dagdelen opgegeven en erkent geen indirect dagdeel te werken. Deze komt uit op 9 patiëntgerelateerde dagdelen: 0,9 fte
- C. Full time specialist die 10 dagdelen direct patiëntgebonden dagdelen werkt, binnen de huidige tool kunnen maximaal 9 dagdelen per capita worden opgegeven vanaf 2017 kunnen 10 dagdelen worden opgegeven; in beide scenario's 1,00 fte
- D. Specialist D werkt 5 dagdelen direct en een halve dag indirect; vanaf 2017 wordt dit rondgerekend op 10 dagdelen en komt dit uit op 5,5 patiëntgerelateerde dagdelen = 0,55 fte
- E. Specialist E werkt 6 dagdelen direct en één dagdeel indirect; vanaf 2017 wordt dit 7 patiëntgerelateerde dagdelen = 0,70 fte
- F. Specialist F werkt evenveel directe dagdelen als Specialist E, maar geen indirect dagdeel. Deze specialist komt uit op 6 patiëntgerelateerde dagdelen = 0,60 fte.
- G. Specialist G heeft buitengewone dienstbelasting en is 8 direct patiëntgebonden dagdelen werkzaam, daarnaast ook 1 dagdeel indirect. Dit wordt 9 patiëntgerelateerde dagdelen + dienst + vrij na dienst; in beide scenario's komt dit uit op 1,00 fte

Voorbeeld	Dagdelen werkzaam			Huidige opgave en formatie		Opgave en formatie vanaf 2017	
	Directe dagdelen	Indirecte dagdelen	Vrij na dienst	Dagdelen opgave fte inputtool	Huidige fte formatie	Dagdelen opgave fte inputtool 2017	fte formatie 2017
Specialist A	9	1	0	9	1,00 fte	10	1,00 fte
Specialist B	9	0	0	9	1,00 fte	9	0,90 fte
Specialist C	10	0	0	9	1,00 fte	10	1,00 fte
Specialist D	5	1/2	0	5	0,56 fte	5,50	0,55 fte
Specialist E	6	1	0	6	0,67 fte	7	0,70 fte
Specialist F	6	0	0	6	0,67 fte	6	0,60 fte
Specialist G	8	1	1	9	1,00 fte	9	1,00 fte

LOGEX zal begin 2017 voor alle vakgroepen de huidige fte opgave vooreerst neutraal overzetten, zodat de fte formaties door de conversie niet zullen wijzigen. Vanaf de Q1 2017 benchmark zullen de MSB-besturen gewezen worden op de nieuwe fte input tool, zodat de fte opgave op lokaal niveau kan worden verfijnd en aangepast door het MSB naar de lokaal van toepassing zijnde fte formaties.

Samengevat

Samenvattend wordt er binnen de verduidelijkte methodiek per 1 januari 2017 zoveel mogelijk een 'level playing field' nagestreefd, waarin zo maximaal mogelijk de fte-opgave voor het landelijke benchmark model wordt aangepast aan de werkelijkheid en de verschillen in werkzaamheden die tussen de verschillende specialismen nu eenmaal aanwezig zijn.

Per 1 januari 2017 wordt in de opgave van werkzame dagdelen geen onderscheid meer gemaakt tussen direct en indirect patiëntgebonden dagdelen. Om als 1,0 fte medisch specialist werkzaam zijn 10 patiëntgerelateerde werkzame dagdelen benodigd (voorheen 9 directe en 1 indirect patiëntgebonden dagdelen). De term 'patiëntgebonden' is vanwege een andere invulling bewust gewijzigd in 'patiëntgerelateerde' werkzaamheden. Dit kunnen zowel face-to-face, administratieve als randvoorwaardelijke patiëntgerelateerde werkzaamheden zijn. Deze herijkte uitgangspunten leiden tot een eenvoudiger fte-opgave die beter aansluit bij de werkelijkheid.

Daarbij is het mogelijk om thuis werkzaamheden (deels) mee te tellen in de fte opgave, waarbij het realistisch lijkt dat hieraan vooralsnog niet meer dan 1 dagdeel per week wordt besteed en opgegeven.

De vrij-na-dienst regeling is verbreed naar mogelijk voor alle specialismen, doch onder nadrukkelijker randvoorwaarden.

De niet-patiënt gerelateerde werkzaamheden zijn duidelijker omschreven en blijven buiten de opgave voor de landelijke benchmark, maar kunnen wel separaat worden opgegeven in de vernieuwde fte tool.

Aandachtspunten voor het MSB-bestuur

- Per vakgroep dient inzicht in de werkelijke fte formatie gegeven te worden, conform de hierboven beschreven definities en uitgangspunten (zie verder ook de bijlagen met toelichting fte-definitie en – opgave en toelichting vrij-na-dienst regeling).
- Eenmaal per jaar dient de voorzitter per vakgroep een afgetekende versie van de fte-formatie op te geven bij het MSB-bestuur. Tussentijdse wijzigingen in de (fte) formatie van de vakgroep dienen direct te worden gemeld bij het MSB-bestuur.
- Op vakgroep niveau dient inzicht gegeven te worden in de fte-formatie die beschikbaar is voor:
 - o Onverzekerde zorg
 - o Keuringen
 - o Overige werkzaamheden (bijvoorbeeld bestuurlijk c.q. niet patiënt gerelateerd)
 - o Indien separate financiering van bovengenoemde werkzaamheden plaatsvindt, dient de hiervoor beschikbaar gestelde fte-formatie geschoond te worden van de totale formatie.
- Op specialist niveau dienen de volgende gegevens inzichtelijk te worden gemaakt:
 - o Patiëntgerelateerde dagdelen: aantal dagdelen (bijv. via roosters en registraties).
 - o Al/niet gebruik van de 'vrij-na-dienst' regeling: de compensatie dagdelen in de normale werkweek voor diensten dient per capita opgegeven te worden als gemiddelde over een langere periode van ca. een jaar.

- Afwezigheid: aantal weken afwezigheid i.v.m. vakantie en scholing. In de fte definitie wordt uitgegaan van in totaal 8 weken afwezigheid voor vakanties, congressen en bijscholing.
- Niet-patiënt gerelateerde werkzaamheden: voor deze dagdelen werkzaamheden is het belangrijk aanvullend uitgevraagd te worden. Deze werkzaamheden zijn niet bepalend in de berekening van de fte formatie t.b.v. de benchmark maar zijn wel van belang voor het MSB bestuur als het MSB als geheel om inzicht te hebben in de totale capaciteit en naar 'extern' om de bestede tijd per vakgroep en MSB als totaal inzichtelijk te maken.
- Binnen sommige MSB's worden lokale, afwijkende uitgangspunten gehanteerd voor een eigen fte definitie, bijvoorbeeld voor stemverhoudingen binnen het MSB. Het is niet bezwaarlijk als lokaal voor deze thema's een lokale definitie wordt gehanteerd, maar voor de opgave van de landelijke benchmark is het een voorwaarde de landelijke definitie(s) en uitgangspunten te hanteren zoals aangegeven in dit document (en voor zover nog van toepassing in het Witte Boek IV).

Bijlage: toelichting fte-definitie en -opgave

- De fte definitie en de opgave van het fte getal per capita betreft de dagdelen patiënt gerelateerde werkzaamheden in de normale werkweek, buiten de avond-, nacht- en weekenddiensten om.
- Als een medisch specialist/ vakgroep meer dan 10 dagdelen patiënt gerelateerd werkt (avondpoli etc.) moet zich dit vertalen in een hogere output en een derhalve een hoger aantal norm-fte's. Indien een avond poli (van tenminste 4 uur patiëntgerelateerde werkzaamheden) een vervanging van een poli overdag in de normale werkweek is, mag deze wel meegeteld worden in de fte opgave. Ook hierbij kan de medisch specialist niet meer dan 1fte (per capita) opgeven voor de fte input tool.
- Openstaande vacatures en langdurig verlof / ziekte vallen buiten de fte opgave. De extra dagdelen die leden van de vakgroep inzetten om dit op te vangen moeten uiteraard wel worden meegeteld (tot aan max. 1 fte per capita).

Bijlage: toelichting vrij-na-dienst regeling

- Diensten zijn alleen onderdeel van de fte-opgave wanneer hierbij een vrij-na-dienst regeling van toepassing is. Diensten zonder een vrij-na-dienst regeling dienen buiten de fte opgave gehouden te worden. Hiervoor is de Handreiking Model vergoeding disutility beschikbaar.
- Het toepassen van een vrij-na-dienst regeling moet een aantoonbaar realistisch karakter hebben en uitlegbaar zijn; hiervoor kan gekeken worden naar de dienstintensiteit en daarbij geldt als voorwaarde dat er een categorie 4 dienstintensiteit 'aanwezigheid: vrijwel altijd tot altijd aanwezig' (zie Handreiking Disutility pagina 7) moet zijn om in aanmerking te komen voor een 'vrij na dienst' (dagdeel) regeling.
- De verlaging van het aantal dagdelen patiëntgerelateerde werkzaamheden overdag geldt voor medisch specialisten met een dagdeel vrij na dienst. Het hebben van vrij na dienst geeft lokaal geen voordeel (vrij na dienst = niet productief = geen norm fte). Dit is een compensatie in de benchmark. In de fte definitie vallen de diensten immers buiten de definitie en indien er niet op deze manier gecompenseerd wordt, zouden deze vakgroepen / medisch specialisten niet in de mogelijkheid zijn om 1 fte te kunnen werken.
- Het meewegen van vrij na dienst in de fte definitie van de benchmark zorgt een neutrale benchmark voor dat betreffende specialisme (dit voorkomt dat deze specialismen anders een comparatief nadeel zouden ondervinden van het werken tijdens diensten)
- Zonder de compensatie van vrij na dienst zou het betreffende specialisme t.a.v. de specialisme gebonden landelijke benchmark relatief op "-1" staan t.o.v. de benchmark van andere specialismen waar deze compensatie voor dienst niet nodig is; de compensatie zorgt voor het neutraal (op "0") komen te staan in de (landelijk bepaalde) benchmark verhouding.

- De 'vrij-na-dienst' regeling is alleen een compensatie voor het hebben van dienst, maar geen honorering voor het feit dat deze productie buiten kantooruren plaats vindt.
- Het hebben van vrij na dienst is dus een compensatie in tijd en geen compensatie voor productie of voor dienstbelasting op zich.
- De disutility regeling daarentegen is juist een compensatie voor het hebben van dienst en de belasting daarvan en is juist geen compensatie van productie op zich of potentieel productieverlies.
- Indien vakgroepen aanspraak maken op de vrij-na-dienst definitie geldt dit in principe alleen als de vrij na dienst direct opvolgend aan de dienst plaatsvindt (maandagnacht dienst = dinsdagochtend vrij na dienst en bijv. niet op vrijdagmiddag compenseren, zondag dag/nacht dienst, compenseren op maandagochtend, vrijdag avond/nacht of zaterdag avond/nacht compenseren op maandag ochtend of middag, etc), tenzij dit rooster-technisch niet mogelijk is en gecompenseerd moet worden op een ander dagdeel kort daarna.
- Het is echter niet de bedoeling dat men de 'vrij-na-dienst' regeling gebruikt en toch geen dagdelen vrij neemt als wel bedoelt in deze 'vrij-na-dienst' compensatieregeling dan wel eerst doorwerkt en pas veel later compenseert. De 'vrij-na-dienst' regeling is altijd bedoeld voor compensatie van zwaardere diensten, waarbij het niet verantwoord is om gewoon door te werken in het normale weekschema en een, in principe aansluitend, dagdeel (extra) rust nodig is. Voor deze zware diensten zijn de compensatie mogelijkheden van de disutility regeling normaal gesproken niet geschikt en ontoereikend.
- Op basis van de dienstroosters kan eenvoudig inzicht worden gegeven en verkregen over de basis van het al/niet gebruik van de 'vrij-na-dienst' regeling.
- Er kunnen, zoals in de eerdere regeling, per vakgroep per week per dienstrooster regeling (op 1 of meerdere locaties) niet meer diensten gecompenseerd worden dan er in een week zijn (er zijn 5 diensten in de normale werkweek en 2x2 diensten in het weekend, die frequent gecombineerd worden tot een 24 uren dienst, en rekening houdend met afwezigheden). Dat betekent dat bij grotere vakgroepen afgerond max. 10 fte's (10,06 fte's = 9 fte + (52 /44 *9/10) kunnen worden opgegeven voor de 'vrij-na-dienst' regeling. Bij gedifferentieerde diensten binnen een vakgroep geldt dit in principe per gedifferentieerde dienst.

Bijlage: samenstelling Werkgroep Verdeelmodel

- Marcel van der Linde (voorzitter) , cardioloog, NVVC
- Jan Derksen, internist, NIV
- Andreas Gerards, reumatoloog, NVR
- Hans Grotjohan, longarts, NVALT
- Jan Willem Kallewaard respectievelijk Ronald Luitwieler, anesthesioloog, NVA
- Hubert Oostenbroek, orthopedisch chirurg, NOV
- Hans Scheltema, uroloog, NVU
- Cor Stengs, KNO-arts, NVKNO
- Rob Bourez, radioloog, NVvR
- Marco Waleboer, chirurg, NVvH
- Katrien Hendriks, senior adviseur, Federatie Medisch Specialisten

In deze brede werkgroep vanuit de Wetenschappelijke Verenigingen (WV-en) werd tevens schriftelijke en mondelinge feedback verwerkt separaat vanuit de WV-en en voorts de feedback vanuit de algemene vergaderingen van de Raad Beroepsbelangen van 30 juni en 3 november 2016. De werkgroep wordt technisch en rekenkundig ondersteund door LOGEX.