



NZa

**Methodieken ter bepaling
van de ‘arbeidskosten’ van
eerstelijnszorg**

KPMG Advisory N.V.
Dit rapport heeft 77 pagina's
30 september 2013

Inhoudsopgave

Disclaimers	2
Managementsamenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 Introductie en achtergrond	5
1.2 Doelstelling	5
1.3 Onderzoeksmethodiek	6
1.4 Leeswijzer	6
2 Toetsingskader	7
3 Methodieken voor bepaling primaire arbeidskosten	8
3.1 Methode 1: Vergelijking met de publieke sector	8
3.2 Methode 2: Vergelijking met de zorg	9
3.3 Methode 3: Vergelijking met andere sectoren	10
3.4 Methode 4: Vergelijking met het buitenland	11
3.5 Methode 5: Vaststellen uurtarief op basis van activiteitenanalyse	12
3.6 Methode 6: Populatiebepaling (macrorondrekening)	13
3.7 Overzicht voor- en nadelen methodieken	13
4 Advies toe te passen methodiek	15
4.1 Weging en advies inzake toe te passen methodiek totale arbeidskostencomponent	15
4.2 Methodiek voor bepalen totale arbeidskostencomponent praktijkeigenaren	16
4.3 Uitwerking en toepassing methodiek voor bepalen arbeidskosten praktijkeigenaren	17
4.4 Voorgestelde methodiek in relatie tot KPMG-onderzoek 2001	25
5 Bepalen primaire arbeidskosten praktijkeigenaren eerstelijnszorg	26
5.1 A. Vergelijking primaire arbeidskosten (stap 1-5)	26
5.2 B. Toetsing onderlinge verhoudingen (stap 6-7)	34
5.3 C. Arbeidskosten voor praktijkeigenaren (stap 8-10)	37
Bijlage I: Toelichting begrippen	41
Bijlage II: Functiebeschrijving en -waardering vrije beroepsbeoefenaren	43
Beschrijving en waardering huisarts	43
Beschrijving en waardering tandarts	47
Beschrijving en waardering orthodontist	52
Beschrijving en waardering verloskundige	55
Beschrijving en waardering logopedist	60
Beschrijving en waardering mondhygiënist	64
Beschrijving en waardering tandprotheticus	69
Bijlage III: Integrale Methode Functiewaarderen	74
Bijlage IV: Geraadpleegde bronnen	75



Disclaimers

© 2013 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit.

Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland. De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Deze rapportage is uitsluitend bedoeld voor de Nederlandse Zorgautoriteit. De rapportage mag niet aan anderen partijen worden verspreid, noch mag eruit worden geciteerd, of eraan worden gerefereerd, zonder onze voorafgaande schriftelijke toestemming. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het rapport jegens anderen dan de Nederlandse Zorgautoriteit.

De werkzaamheden zijn overeenkomstig de opdrachtvoorwaarden uitgevoerd en het rapport aldus uitgebracht, opdat wij de overeengekomen onderwerpen aan de NZa kunnen rapporteren, en voor geen enkel ander doeleinde dan dat. Het rapport is niet opgesteld voor en mag ook niet worden behandeld als zijnde geschikt voor enig ander doeleinde.

In dit rapport is een advies gegeven ter bepaling van de totale arbeidskostencomponent voor vrije beroepsbeoefenaren. Om de totale arbeidskostencomponent te kunnen berekenen is gebruik gemaakt van een, in deze rapportage nader toegelichte, methodiek. Deze methodiek is specifiek toegespitst op de klantvraag zoals door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven in de opdrachtbevestiging. In overleg met de opdrachtgever is besloten deze methodiek te hanteren.

Managementsamenvatting

Het doel van dit onderzoek is het verstrekken van een advies voor het bepalen van de totale arbeidskostencomponent voor de vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg die past bij de zwaarte van de uit te voeren werkzaamheden en aansluit bij de beloning op de arbeidsmarkt.

Deze rapportage en het hieruit voortvloeiende advies zijn op verzoek van u als opdrachtgever op basis van deskresearch tot stand gekomen. In de deskresearch is gebruikgemaakt van openbaar beschikbare informatie welke met u is afgestemd. KPMG heeft op basis van de kennis van eerstelijnszorg en methodieken om de kosten van arbeid te bepalen een aantal methodieken uitgewerkt. KPMG heeft ten behoeve van het onderzoek geen gesprekken met het werkveld gevoerd.

Tot op heden stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de maximumtarieven vast voor vrije beroepsbeoefenaren in de verloskunde, logopedie, huisartsenzorg, orthodontie en tandheelkunde. Voor de laatste twee was dit in 2012 niet het geval. De maximumtarieven worden tot op heden als volgt berekend: het inkomensbestanddeel tezamen met het praktijkbestanddeel gedeeld door de norm-praktijkomvang.

Op basis van de verkenning van de methodieken en de beoordeling van de methodieken op de toetsingscriteria, hebben wij geadviseerd om twee methodieken nader uit te werken. Dit betreft specifiek het vergelijken met de publieke sector (BBRA (Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren)-schalen) als wel het vergelijken met vergelijkbare functies binnen de zorg in loondienst. Ons advies is dan ook om deze twee methodieken in combinatie met elkaar te gebruiken en een vergelijking te maken met referentiefuncties in de publieke sector en zorg om de primaire arbeidskosten vast te kunnen stellen.

In een gezamenlijke sessie heeft de NZa aan KPMG de opdracht gegeven om een combinatie van deze twee methodieken verder uit te werken. Over de uitgangspunten van de methodiek is afstemming geweest met de NZa.

Voor het bepalen van de totale arbeidskostencomponent hebben we een aanpak ontwikkeld. In de aanpak worden drie hoofdstappen onderscheiden, namelijk:

A. Vergelijking primaire arbeidskosten. In deze fase is per functie de primaire arbeidskostencomponent bepaald door te kijken naar de huidige BBRA-inschaling en primaire arbeidskosten van vergelijkbare functies binnen de zorg.

B. Toetsing onderlinge verhoudingen. In deze fase is inzicht gegeven in de verhouding tussen de waardering van de functies en de verhouding van de arbeidskosten van de vrije beroepsbeoefenaren. Deze vergelijking vindt plaats door alle functiewaarderingen en primaire arbeidskosten te indexeren ten opzichte van de functie huisarts. Indien blijkt dat de verschillen tussen functiewaardering en primair inkomen significant afwijken, heeft een correctie plaatsgevonden. Voor deze correctie is een generieke rekenregel geformuleerd.

C. Advies inzake totale arbeidskostencomponent voor vrije beroepsbeoefenaren. In deze laatste stap van de gebruikte aanpak zijn de primaire arbeidskosten aangevuld met bedragen voor inconveniënten en aankledingsposten. Deze drie elementen tezamen betreffen de totale arbeidskostencomponent voor de vrije beroepsbeoefenaren.

De totale arbeidskostencomponent valt uiteen in drie delen, te weten:

1. Primaire arbeidskosten
2. Toeslag voor inconveniënten
3. Toeslag aankledingsposten

Op basis van onze opdrachtbevestiging heeft de NZa ons gevraagd een eerste doorrekening te maken volgend uit bovenstaande stappen.

Op basis van deze componenten is onderstaand de uitkomst weergegeven, van deze eerste doorrekening, wat betreft de hoogte van de totale arbeidskostencomponent voor de vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg op basis van de gekozen methodiek.

Functie	Voorstel primaire arbeidskosten	Aankledingsposten	Toeslag voor inconveniënten	Totale arbeidskostencomponent
HUISARTS	€ 88.403	€ 24.311	€ -	€ 112.713
TANDARTS	€ 74.788	€ 20.567	€ -	€ 95.355
ORTHODONTIST	€ 96.584	€ 26.561	€ -	€ 123.144
VERLOSKUNDIGE	€ 58.632	€ 16.124	€ 9.440	€ 84.195
LOGOPEDIST	€ 51.963	€ 15.589	€ -	€ 67.553
MONDHYGIËNIST	€ 43.036	€ 12.911	€ -	€ 55.947
TANDPROTHETICUS	€ 38.321	€ 11.496	€ -	€ 49.817

Deze methodiek wordt nader toegelicht in de achterliggende hoofdstukken.

1 Inleiding

1.1 Introductie en achtergrond

De eerstelijnszorg is een gereguleerde markt waarin verschillende zorgaanbieders zorg verlenen. Eerstelijnszorg is generalistische zorg en omvat algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging, niet-gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting (Gezondheidsraad, 2004). Een groot deel van de zorg wordt verleend door vrije beroepsbeoefenaren. Deze vrije beroepsbeoefenaren opereren in een door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna NZa) gereguleerde markt waarin de tarieven worden vastgesteld.

De component arbeidskosten praktijkeigenaren (bekend onder de term ‘norminkomen’) is een normatieve kostencomponent die in de tariefonderbouwing voor gereguleerde eerstelijnszorgaanbieders wordt opgenomen ter dekking van de arbeidskosten van de praktijkeigenaar. De component bestaat uit drie onderdelen:

1. Primaire arbeidskosten (jaarsalaris, incl. toeslagen).
2. Inconveniënten (toeslag voor werkzaamheden in avond, nacht en weekend).
3. Aankledingsposten (werkgeverslasten als pensioen, vergoeding voor ziekte en arbeidsongeschiktheid, etc.).

De arbeidskostencomponent moet niet worden verward met het begrip inkomen. Het daadwerkelijke inkomen dat een praktijkeigenaar genereert is mede afhankelijk van de kostenstructuur van de betreffende praktijk, de geleverde productie en de opbrengsten uit niet-(tarief)gereguleerde activiteiten. De arbeidskostencomponent is slechts een normering van de arbeidskosten van praktijkeigenaren. Dit vanwege het feit dat de werkelijke kosten niet zijn te meten in een kostenonderzoek (zoals wel het geval is bij de kosten van het personeel in loondienst). De term ‘norminkomen’ is in dit kader dan ook verwarrend. In dit rapport wordt hiervoor de term ‘arbeidskostencomponent’ gehanteerd.

De arbeidskostencomponent van tandartsen, orthodontisten, huisartsen, logopedisten en verloskundigen is gebaseerd op onderbouwingen uit de jaren tachtig. De bedragen zijn tussentijds wel geïndexeerd, maar deze componenten zijn nooit grondig herijkt. De arbeidskostencomponent van verloskundigen vormt hierop een uitzondering; deze is in 2009 opnieuw onderbouwd. Voor twee vrije beroepsbeoefenaren is geen norminkomen bepaald. Dit zijn de tandprotheticus en de mondhygiënist. Deze beroepsbeoefenaren vielen destijds namelijk niet onder de reikwijdte van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg).

De NZa is voornemens om de arbeidskostencomponent voor praktijkeigenaren eerstelijns - breed te herijken en voor de mondhygiënist en tandprotheticus een arbeidskostencomponent te bepalen.

1.2 Doelstelling

Doel van dit onderzoek is het verstrekken van een advies voor het bepalen van de totale arbeidskostencomponent voor de vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg die past bij de zwaarte van de uit te voeren werkzaamheden en aansluit bij de beloning op de

arbeidsmarkt. Het gaat om de volgende vrije beroepsbeoefenaren: huisarts, tandarts, orthodontist, verloskundige, logopedist, mondhygiënist en tandprotheticus.

1.3 Onderzoeksmethodiek

Deze rapportage en het hieruit voortvloeiende advies zijn op verzoek van de opdrachtgever op basis van deskresearch tot stand gekomen. In de deskresearch is gebruikgemaakt van openbaar beschikbare informatie welke met de opdrachtgever is afgestemd. KPMG heeft op basis van de kennis van eerstelijnszorg en methodieken om de kosten van arbeid te bepalen een aantal methodieken uitgewerkt. KPMG heeft ten behoeve van het onderzoek geen gesprekken met het werkveld gevoerd.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 is het toetsingskader uitgewerkt. Hierin is beschreven aan welke eisen de methodiek voor de bepaling van de arbeidskostencomponent dient te voldoen. Op basis van deze eisen is later in de rapportage – in hoofdstuk 4 – bepaald welke methodiek de meest geschikte is voor de bepaling van de arbeidskosten. In hoofdstuk 3 is beschreven welke methodieken gebruikt kunnen worden om de primaire arbeidskosten van vrije beroepsbeoefenaren te bepalen. Tevens is per methodiek weergegeven wat de voor- en nadelen zijn. In hoofdstuk 4 is een advies gegeven over de toe te passen methodiek door de verschillende methodieken te toetsen aan de ontwerpcriteria uit hoofdstuk 2 en is tevens uitgewerkt welke verschillende stappen doorlopen moeten worden.

Vervolgens is in hoofdstuk 5 de totale arbeidskostencomponent berekend door de uitkomsten weer te geven van de onderdelen ‘primaire arbeidskosten’, ‘toeslag voor inconveniënten’ en ‘aankledingsposten’.

2 Toetsingskader

Doel van dit onderzoek is het verstrekken van een advies voor het bepalen van de totale arbeidskostencomponent voor de vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg. Voor het bepalen van een afgewogen keuze van één van de mogelijke methodieken is een toetsingskader opgesteld. De NZa heeft dit toetsingskader goedgekeurd. Het toetsingskader bevat de eisen en wensen waaraan de methodiek voor het bepalen van de arbeidskosten moet voldoen. Hieronder is een aantal criteria beschreven waaraan de methodiek voor het bepalen van de arbeidskosten dient te voldoen:

Toetsingskader	Rationale
Reproduceerbaar en onderhoudbaar	Methodiek en aanpak moeten reproduceerbaar zijn om herijking in de toekomst mogelijk te maken. De methodiek dient goed gedocumenteerd te zijn en toekomstbestendig. Dit houdt in dat bij eventuele herijking van de arbeidskosten duidelijkheid dient te bestaan over de gekozen uitgangspunten en dat deze eenvoudig opnieuw zijn vast te stellen.
Eenvoud	De methodiek en aanpak dienen eenvoudig van opzet te zijn. Hierdoor is de opzet goed uit te leggen aan alle betrokken partijen.
Herkenbare toetsingsgrondslag	Er dient sprake te zijn van een herkenbare toetsingsgrondslag. De toetsingsgrondslag betekent in dit kader dat het helder moet zijn op basis waarvan functies met elkaar worden vergeleken.
Toepasbaar binnen huidige bekostigingssysteem	De methodiek moet toe te passen zijn binnen het huidige bekostigingssysteem zonder dat er ingrijpende systeemwijzigingen nodig zijn.
Objectiviteit	De toepassing van de methodiek en aanpak is het streven naar maximaal haalbare objectiviteit.
Brede toepasbaarheid	De methodiek dient voor alle functies op dezelfde wijze toepasbaar te zijn waardoor het mogelijk is de functies met elkaar te vergelijken.

Na het beschrijven van de verschillende methodieken in hoofdstuk 3 vindt een weging plaats op basis van de hierboven beschreven criteria waaraan de methodiek dient te voldoen. Op basis hiervan is een advies gegeven over de toe te passen methodiek voor het bepalen van de arbeidskosten.

3 Methodieken voor bepaling primaire arbeidskosten

In dit hoofdstuk wordt een aantal methodieken uitgewerkt op basis waarvan de primaire arbeidskosten voor de eerstelijnszorg kunnen worden vastgesteld. Achtereenvolgens zijn er zes verschillende methoden toegelicht waarbij is gekeken naar de kosten voor arbeid. Deze verschillende methoden zijn uitgewerkt en toegelicht. Vervolgens zijn per methode de voor- en nadelen beschreven.

3.1 Methode 1: Vergelijking met de publieke sector

Een veelgebruikte methode om arbeidskosten van functies te bepalen is het maken van diverse vergelijkingen. Bij deze methodiek worden de arbeidskosten bepaald door een vergelijking te maken met andere soortgelijke beroepen wat betreft functiezwaarte of functie-inhoud. Een voordeel van deze werkwijze is dat het mogelijk is op basis van verschillende bronnen vergelijkingen te maken tussen functies en of groepen medewerkers. Een belangrijk aandachtspunt is echter dat er vergelijkingen gemaakt dienen te worden tussen dezelfde grootheden. Er bestaat namelijk een risico dat er 'appels met peren worden vergeleken'. Indien er mogelijke twijfel bestaat over de vergelijkbaarheid van functies, kunnen deze functies worden gewaardeerd middels functiewaardering. Hierdoor is het mogelijk eventuele verschillen objectief te onderbouwen.

Het normatieve inkomen van de groep vrije beroepsbeoefenaren is oorspronkelijk gebaseerd op het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren (BBRA). Onderstaand zijn de BBRA-salarisschalen weergegeven die sinds de jaren tachtig de basis vormen voor het normatieve inkomen in de tarieven van de vrije beroepsgroepen.

Vrije beroepsgroepen	BBRA-salarisschalen
Huisartsen	Schaal 14 maximaal + 2 periodieken in schaal 15 ¹
Tandartsen	Mutatie van schaal 13 maximaal
Verloskundigen	Schaal 8 maximaal + 4 regelnummers in schaal 9 ¹
Logopedisten	Mutatie van schaal 8 maximaal
Tandartsspecialisten	Schaal 16 maximaal

(Bron: Onderzoek KPMG 2001, Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren)

Indien ervoor wordt gekozen de BBRA opnieuw te gebruiken voor het bepalen van de arbeidskosten van de vrije beroepsgroepen dient allereerst te worden vastgesteld wat het huidige norminkomen zou zijn van de betreffende beroepsgroepen indien de BBRA-schalen gehanteerd zouden worden. Daarnaast dient te worden vastgesteld of de oorspronkelijk gebruikte BBRA-schalen momenteel een juiste vergelijking zijn. De functiezwaarte en -inhoud van ambtenaren die in deze schaal worden bezoldigd zullen dus vergeleken moeten worden met de functiezwaarte van de betreffende vrije beroepsbeoefenaar. Op basis hiervan

¹ De toeslagen hebben betrekking op meer dan normale beschikbaarheid in verband met avond-, nacht- en weekenddiensten.

kan worden vastgesteld of de oorspronkelijke indeling gehandhaafd kan worden of dat er gekozen moet worden voor een indeling in andere BBRA-schalen.

Voor een aantal functies gelden inmiddels vrije tarieven en dienen geen arbeidskosten meer te worden vastgesteld. Voor een aantal vrije beroepsbeoefenaren is in de jaren tachtig geen norminkomen bepaald. Dit geldt voor de tandprotheticus en de mondhygiënist. Voor deze groepen vrije beroepsbeoefenaren dient in elk geval te worden vastgesteld in welke BBRA-schaal ze ingedeeld moeten worden.

3.2 Methode 2: Vergelijking met de zorg

Een andere wijze waarop vergelijking kan plaatsvinden is door het uitvoeren van een horizontale toetsing waarbij wordt gekeken naar de ‘waarde’ van een vergelijkbare functie in de markt. Hierbij wordt er eerst een referentiefunctie (gelijksoortige functie) bepaald. Voor deze referentiefunctie wordt gekeken naar wat deze in de ‘markt’ verdient. Het is daarbij belangrijk om vooraf heldere vergelijkingscriteria vast te stellen. Dit zijn de criteria op basis waarvan relevante referentiefuncties worden bepaald. Voorbeelden van vergelijkingscriteria zijn:

<ul style="list-style-type: none"> • Aard en type functie (functiezwaarte) 	<p>Hierbij wordt gekeken naar de inhoud van de functie in termen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aard en omvang van de organisaties 	<p>Hierbij wordt gekeken naar de aard en typering van een normpraktijk.</p>

Door een horizontale vergelijking te maken tussen de vrije beroepsbeoefenaren en vergelijkbare functies binnen de zorg welke geen vrije beroepsbeoefenaren zijn, ontstaat een goede vergelijkbaarheid wat betreft de functiezwaarte. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat de vergelijkbare functies in loondienst zijn en niet als zelfstandig ondernemer opereren. Hier dient rekening mee te worden gehouden bij de vergelijking van het totale inkomen. Onderstaand is het overzicht weergegeven van de vergelijkbare functies zoals deze in het onderzoek van KPMG uit 2001 zijn gebruikt. Indien deze manier van vergelijken wordt toegepast, stellen wij voor deze functies te gebruiken, aangevuld met een aantal andere goed vergelijkbare functies. De bronnen welke geraadpleegd worden om de inkomens te bepalen zijn:

- Cao Gezondheidscentra 2009-2011
- Onderhandelingsresultaat Cao Gezondheidscentra 2011-2013
- Cao Ziekenhuizen 2011-2014
- Cao UMC 2011-2013
- Cao Verpleging, verzorging en thuiszorg 2012-2013
- Cao Hidha 2011
- Cao Tandtechniek 2013-2014
- NMT Salarisadvies arbeidsvoorwaardenregeling 2013

- De ANT Arbeidsvoorwaarden AdviesRegeling voor 2013
- LAD (Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband) salarisrichtlijnen per 1 juli 2013

De functies van vrije beroepsbeoefenaren komen ook voor in loondienstverband. Om een goede vergelijking te maken is hieronder een overzicht weergegeven van de functies van de vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg en de referentiefuncties in de zorgbranche.

Vrije beroepsbeoefenaren	Referentiefuncties in dienstverband		
Huisarts	VVT Arts	Huisarts in ziekenhuis en in gezondheidscentrum	Huisarts in loondienst bij andere huisarts
Tandarts	Tandarts in ziekenhuis	Tandarts in gezondheidscentrum	
Orthodontist	Orthodontist in ziekenhuis	Orthodontist UMC	Orthodontist in cao AMS
Verloskundige	Verloskundige in ziekenhuis	Verloskundige in gezondheidscentrum	
Logopedist	Logopedist in VVT	Logopedist in ziekenhuis	
Mondhygiënist	Mondhygiënist in gezondheidscentrum	Mondhygiënist bij NMT	Mondhygiënist bij ANT
Tandprotheticus	Tandprotheticus cao tandtechniek	Tandprotheticus in gezondheidscentrum	

3.3 Methode 3: Vergelijking met andere sectoren

Een andere categorie van referentiefuncties betreffen functies in het bedrijfsleven met een vergelijkbaar inkomen. Als referentiefuncties zijn, eveneens conform het KPMG-onderzoek uit 2001, functies in het bank- en verzekeringswezen en functies in de accountants- en consultancysector en advocatuur geselecteerd. Deze categorie referentiemateriaal levert een beeld op van de salarisontwikkeling in het bedrijfsleven en in het bedrijfsleven gebruikelijke toeslagen, etc. Indien ervoor wordt gekozen deze groep als vergelijking te gebruiken, zal eerst onderzocht moeten worden of de referentiefuncties uit 2001 nog steeds vergelijkbaar zijn wat betreft functiezwaarte.

Onderstaand is een overzicht weergegeven van vergelijkbare functies waarbij cao-B als afkorting wordt gebruikt voor de ‘algemene bank cao’:

Vrije beroepsbeoefenaren	Functies met vergelijkbare inkomensniveaus	
Huisarts	Schaal 12 cao-B	Gespecialiseerde consultant, senior advocaat, accountant
Tandarts	Schaal 12 cao-B	Gespecialiseerde consultant, senior advocaat, accountant
Verloskundige	Schaal 7 cao-B	-
Logopedist	Schaal 7 cao-B	-
Tandartsspecialisten	Schaal 13 cao-B	Senior consultant, senior advocaat, accountant

(Bron: Onderzoek KPMG 2001, Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren)

Voor twee vrije beroepsbeoefenaren is in de jaren tachtig geen norminkomen bepaald. Dit zijn de tandprotheticus en de mondhygiënist. Deze beroepsbeoefenaren vielen destijds niet onder de reikwijdte van de Wtg. Met invoering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) (2006) vallen de beroepsbeoefenaren onder de regulering van de NZa. Voor deze groepen vrije beroepsbeoefenaren dient in elk geval te worden vastgesteld met welke functies in andere sectoren deze vergeleken kunnen worden.

3.4 Methode 4: Vergelijking met het buitenland

Als vierde mogelijkheid om de kosten van arbeid te bepalen kan gekeken worden naar dezelfde/vergelijkbare functies en het inkomensniveau in het buitenland. Om echter een zuivere vergelijking te kunnen maken, is het van belang om onderstaande vragen nauwkeurig te beantwoorden:

- Is de functie-inhoud vergelijkbaar?
- Heeft het betreffende land een vergelijkbaar welvaartsniveau als dat in Nederland?
- Is het sociale stelsel vergelijkbaar met dat in Nederland (ziektelkosten, pensioen, arbeidsongeschiktheid, etc.).
- Is de te gebruiken referentiefunctie in loondienst of als zelfstandig ondernemer werkzaam?

Indien gekozen wordt voor deze variant van vergelijking, heeft dit tot gevolg dat de werkzaamheden die verricht moeten worden om te komen tot een goede vergelijking aanzienlijk meer tijd kosten dan bij de overige varianten.

3.5 Methode 5: Vaststellen uurtarief op basis van activiteitenanalyse

In vele beroepsgroepen is het gebruikelijk dat er arbeid wordt geleverd tegen een nader overeen te komen uurtarief.

Het uurtarief wordt door de aanbieder van arbeid bepaald op basis van een combinatie van de onderstaande factoren:

Mate van verantwoordelijkheid	Er wordt gekeken naar de aard van de werkzaamheden en de verantwoordelijkheid die de 'arbeider' draagt bij de uit te voeren werkzaamheden. Hoe meer verantwoordelijkheid, hoe hoger het tarief.
Complexiteit	De complexiteit van de werkzaamheden heeft betrekking op de benodigde vakkennis en ervaring van de 'arbeider'. Hoe complexer het werk hoe hoger het tarief.
Risico	Zijn er grote risico's verbonden aan de uit te voeren werkzaamheden, dan zal de 'arbeider' een hoger tarief hanteren dan wanneer de risico's laag zijn.
Schaarste	Het aanbod (aantal aanbieders van betreffende arbeid) van de gevraagde arbeid bepaalt de mate van schaarste. Wanneer er meer schaarste is, is er minder concurrentie en kan de 'arbeider' een hoger tarief afdwingen.
Omvang van werkzaamheden	Aanbieders van arbeid nemen in het tarief de omvang van de uit te voeren werkzaamheden mee. Wanneer de omvang van de uit te voeren werkzaamheden groter is, zal het tarief regulier dalen omdat de aanbieder van arbeid 'ondernemersrisico's' kan reduceren en omdat de aanbieder van arbeid voor een langere tijd verzekerd is van inkomsten.

Het is gebruikelijk dat de aanbieder van arbeid en de opdrachtgever één tarief overeenkomen voor de uit te voeren werkzaamheden. De uit te voeren werkzaamheden kunnen variëren van een eenmalige opdracht/project van korte of langere duur. Daarnaast kan er sprake zijn van het uitvoeren van reguliere taken voor een bepaalde termijn (uitbesteding). Naast de vergoeding voor de factor arbeid is het gebruikelijk dat de voor het werk benodigde hulpmiddelen (apparatuur, materiaal) apart in rekening worden gebracht.

Het hebben van een vast gemiddeld uurtarief voor de vrije beroepsbeoefenaren heeft als voordeel dat dit standaardbedrag wordt vergoed voor alle werkzaamheden die de betreffende beroepsgroep uitvoert. Het gemiddelde uurtarief wordt bepaald op basis van de activiteiten die betreffende beroepsgroep uitvoert. Om dit te kunnen vaststellen wordt een activiteitenanalyse van de betreffende vrije beroepsbeoefenaar uitgevoerd. Daarbij wordt onderzocht hoeveel tijd er wordt besteed aan de verschillende handelingen. Op basis van deze inventarisatie wordt een tarief vastgesteld dat representatief is voor de combinatie van werkzaamheden.

Om te kunnen komen tot een uurtarief is er wel inzicht nodig in de diverse kostenelementen om activiteiten te kunnen vertalen in uurtarieven. In deze methodiek moet ook worden bepaald hoeveel tijd gemoeid is met de verschillende prestaties waar de tarieven aan worden gekoppeld. Ook deze stap leidt tot een extra aanname.

3.6 Methode 6: Populatiebekostiging (macrorondrekening)

KPMG heeft in 2013 een onderzoek gedaan met als titel ‘Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe?’ In dit onderzoek wordt populatiebekostiging als volgt omschreven: “Populatiebekostiging betekent dat de zorgaanbieder(s) een bedrag krijgt (krijgen) per inwoner of verzekerde in zijn (hun) populatie, ongeacht of deze inwoner of verzekerde nu zorg gebruikt of niet. Het klassieke voorbeeld hiervan in Nederland is het abonnementstarief voor de huisarts: voor iedere ingeschreven patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag, hoe vaak een patiënt ook bij de dokter komt. Voor dit bedrag dient de integrale huisartsenzorg te worden geleverd. Dit stimuleert doelmatig werken, en met name preventiegericht werken: hoe gezonder de burger/patiënt, immers, hoe minder beroep er op de dokter zal worden gedaan.” Deze wijze van financiering heeft als voordeel dat de prikkel voor overproductie wordt beperkt; het gevolg is echter dat het realiseren van deze methodiek een ingrijpende stelselwijziging tot gevolg heeft. Het huidige begrip ‘norminkomen’ speelt bij deze vorm van financiering dan ook geen rol meer.

Het beschikbare Budgettair Kader Zorg (BZK), de zorguitgaven die behoren tot het verzekerde pakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw), worden op macroniveau doorgerekend naar, bijvoorbeeld, een vast tarief dat een huisarts ontvangt per burger. Voor deze vaste vergoeding dient de eerstelijnszorg dan door de huisarts te worden geleverd. Opmerking hierbij is echter dat grote delen van de mondzorg en paramedische zorg niet onder de Zvw vallen en daarmee niet onder het BKZ. Een macrorondrekening is in dat geval erg ingewikkeld.

3.7 Overzicht voor- en nadelen methodieken

Methode 1: Vergelijking met de publieke sector

Voordelen:

- Concrete bedragen wat betreft primair inkomen.
- Scherp geformuleerde arbeidsvoorwaarden welke goed te vergelijken zijn.
- Zelfde uitgangspunten als bepalen arbeidskostencomponent in jaren tachtig en daardoor ontwikkeling goed zichtbaar.

Nadelen:

- Vastgestelde functies voor bepalen arbeidskostencomponent zijn vanwege veranderen functie-inhoud eerstelijnszorg wellicht niet meer representatief.

Methode 2: Vergelijking met de zorg

Voordelen:

- Gelijke beroepsgroepen.
- Meeste inhoudelijke overeenkomst tussen functies.
- Concrete bedragen wat betreft primair inkomen.
- Scherp geformuleerde arbeidsvoorwaarden welke goed te vergelijken zijn.
- Meerdere cao's beschikbaar waardoor veel gegevens beschikbaar zijn.

Nadelen:

- Veelal loondienstfuncties en geen ‘zelfstandig’ ondernemers.

Methode 3: Vergelijking met andere sectoren

Voordelen:

- Scherp inzicht in inkomensontwikkeling in markt.
- Goed inzicht in ontwikkeling toeslagen, zoals secundaire arbeidsvoorwaarden en/of regelingen over de afgelopen jaren.

Nadelen:

- Lastig om referentiefuncties vast te stellen.
- Weinig tot geen overeenkomst in de functie-inhoud met referentiefuncties.

Methode 4: Vergelijking met buitenland

Voordelen:

- Gelijkwaardige referentiefuncties.

Nadelen:

- Verschillen in context en macro-economische factoren.
- Lastig om gelijkwaardige vergelijking te maken.
- Verkrijgen benodigde informatie niet vanzelfsprekend.
- Zeer arbeidsintensief en lange doorlooptijd.

Methode 5: Vaststellen uurtarief op basis van activiteitenanalyse

Voordelen:

- Er wordt per beroepsgroep één uurtarief voor arbeid bepaald.
- Eenvoudige administratieve afwikkeling/vergoeding.

Nadelen:

- Bepalen van uurtarief tijdrovend in verband met uit te voeren activiteitenanalyse.
- Discussie op basis waarvan uurtarief wordt bepaald: zwaarste taak of gemiddelde taakzwaarte.
- Inschatting tijd per prestatie nodig

Methode 6: Populatiebepaling (macrorondrekening)

Voordelen:

- Het begrip 'norminkomen' zoals het nu wordt gebruikt is niet meer van toepassing.

Nadelen:

- Kan alleen als systeem van financiering ook verandert (stelselwijziging).
- Erg ingrijpend en op korte termijn geen oplossing.
- Er is geen relatie meer tussen tarief en gemaakte kosten.

4 Advies toe te passen methodiek

In voorgaand hoofdstuk zijn de diverse methodieken waarmee de primaire arbeidskosten bepaald kunnen worden uiteengezet. In dit hoofdstuk worden de verschillende methodieken tegen het opgestelde toetsingskader aangehouden dat beschreven is in hoofdstuk 2. Op basis van deze toetsing wordt een advies gegeven over de wijze waarop de bepaling van de primaire arbeidskosten plaats zou moeten vinden. Tot slot is weergegeven hoe het resultaat van de bepaling van de totale arbeidskostencomponent eruit zou zien als het gegeven advies wordt opgevolgd.

4.1 Weging en advies inzake toe te passen methodiek totale arbeidskostencomponent

De hiervoor beschreven methodieken worden in deze paragraaf tegen het toetsingskader aangehouden. Hieronder is de kwalitatieve weging van de methodieken ten opzichte van het toetsingskader weergegeven:

1. Vergelijking met de publieke sector

Deze methodiek voldoet op de meeste punten van het toetsingskader. De methodiek is reproduceerbaar en goed te onderhouden. De methodiek sluit geheel aan bij het huidige bekostigingssysteem, heeft een hoge mate van objectiviteit en kan breed worden toegepast. Enkel de punten 'eenvoud' en 'herkenbaarheid toetsingsgrondslag' worden als lager beoordeeld. De methodiek vereist een goede vergelijking met de BBRA-schalen van de overheid waarbij het lastiger is om de juiste schaal en/of periodiek vast te stellen. Wat betreft de herkenbaarheid geldt dat de zorgfuncties worden vergeleken met ambtenarenfuncties. Deze vergelijking zal in veel gevallen deels herkenbaar zijn aangezien de aard van de functies verschilt.
2. Vergelijking met de zorg

De vergelijking met de zorg voldoet op alle punten van het toetsingskader. Een aantal essentiële elementen zijn de volgende. Wat betreft het criterium 'herkenbare toetsingsgrondslag' scoort deze methodiek het best van alle beschreven opties, omdat er functies worden vergeleken die elkaar wat betreft functie-inhoud bijna volledig overlappen. Daarnaast is deze methodiek ook zeer goed toepasbaar binnen de huidige bekostigingssystematiek. Ten slotte is deze methodiek goed reproduceerbaar, omdat gebruik wordt gemaakt van vastgestelde cao's.
3. Vergelijking met andere sectoren

De vergelijking met andere sectoren voldoet niet aan enkele belangrijke toetsingscriteria zoals 'herkenbare toetsingsgrondslag'. Door de vergelijking met geheel andere functies en sectoren is de vergelijking tussen eerstelijnszorgfuncties en functies uit andere sectoren lastiger te maken. Om tot een vergelijking te komen, moeten er subjectieve keuzes worden gemaakt. Dit gaat ten koste van de objectiviteit. Daarnaast

voldoet de methodiek ook in mindere mate aan een ‘brede toepasbaarheid’.

4. Vergelijking met het buitenland
De vergelijking met het buitenland kent enkele belangrijke tekortkomingen op enkele belangrijke toetsingscriteria. De methodiek is complex en voldoet niet aan het criterium ‘eenvoud’. De ‘reproduceerbaarheid’ is onduidelijk omdat het lastig is te voorspellen of buitenlandse gegevens in de tijd goed worden onderhouden. Daarnaast is het onduidelijk of er een vergelijking is te maken voor alle eerstelijnsfuncties waardoor de ‘brede toepasbaarheid’ onzeker is.
5. Vaststellen uurtarief op basis van activiteitenanalyse
Deze methodiek voldoet aan een groot aantal toetsingscriteria maar heeft een negatieve beoordeling op de criteria ‘eenvoud’ en ‘toepasbaar binnen het huidige bekostigingssysteem’. Deze methodiek vergt een geheel andere onderzoeksmethodiek en -aanpak waarvoor zeer gedetailleerde informatie benodigd is. Hierdoor voldoet zij niet aan het criterium ‘eenvoud’. Aangezien het een geheel andere aanpak betreft, sluit de methode minder goed aan bij het bekostigingssysteem.
6. Populatiebekostiging (macrorondrekening)
De methodiek van populatiebekostiging sluit niet aan bij de toetsingscriteria ‘eenvoud’ en ‘toepasbaar binnen het huidige bekostigingssysteem’, omdat het een geheel nieuw systeem betreft.

Op basis van de verkenning van de methodieken en de beoordeling van de methodieken op de toetsingscriteria, adviseren wij twee methodieken voor nadere uitwerking. Dit betreft specifiek het vergelijken met de publieke sector (BBRA-schalen) als wel het vergelijken met vergelijkbare functies binnen de zorg in loondienst. Ons advies is dan ook om deze twee methodieken in combinatie met elkaar te gebruiken en een vergelijking te maken met referentiefuncties in de publieke sector en zorg om de primaire arbeidskosten vast te kunnen stellen. In een gezamenlijke sessie heeft de NZa aan KPMG de opdracht gegeven om een combinatie van deze twee methodieken verder uit te werken en door te rekenen. Over de uitgangspunten van de methodiek is afstemming geweest met de NZa.

4.2 Methodiek voor bepalen totale arbeidskostencomponent praktischegenaren

Zoals hiervoor aangegeven adviseren wij om de totale arbeidskostencomponent te bepalen aan de hand van vergelijking met de publieke sector en met de zorg en het vaststellen van een bedrag of percentage voor aankledingsposten en inconveniënten. Voor het bepalen van de totale arbeidskostencomponent is een aanpak ontwikkeld. Hieronder is de door ons toegepaste aanpak beschreven zodat deze inhoudelijk kan worden besproken en gevalideerd. In de aanpak worden drie hoofdstappen onderscheiden, namelijk:

A. Vergelijking primaire arbeidskosten

1. Bepalen primaire arbeidskosten op basis van vastgestelde BBRA-schalen
2. Bepalen primaire arbeidskosten van referentiefuncties in de zorg
3. Vaststellen best passende functie/cao voor vergelijking
4. Toetsen van onderlinge verhoudingen tussen BBRA-salarisschaal en referentiefunctie
5. Voorstel primaire arbeidskosten op basis van vergelijking

B. Toetsing onderlinge verhoudingen

6. Vaststellen functiezwaarte en -rangordening
7. Toetsing primaire arbeidskosten met functiezwaarte

C. Totale arbeidskostencomponent voor praktijkeigenaren

8. Bepalen definitieve primaire arbeidskosten
9. Bepalen toeslag voor inconveniënten
10. Bepalen toeslag aankledingsposten
11. Richtinggevend advies totale arbeidskostencomponent praktijkeigenaren

4.3 Uitwerking en toepassing methodiek voor bepalen arbeidskosten praktijkeigenaren

A. Vergelijking primaire arbeidskosten

Om de primaire arbeidskosten van de verschillende functies vast te stellen, wordt er een vergelijking gemaakt met het inkomen dat vergelijkbare functies verdienen op de arbeidsmarkt (loondienst). In een vijftal stappen worden de primaire arbeidskosten vergeleken met de beloning op de arbeidsmarkt.

Stap 1: Bepalen primaire arbeidskosten op basis van vastgestelde BBRA-schalen

De primaire arbeidskosten van de vrije beroepsbeoefenaren is oorspronkelijk gebaseerd op de bezoldiging van ambtenaren (BBRA). Het huidige norminkomen bestaat uit de jaarlijks geïndexeerde bedragen uit de jaren tachtig. Op deze bedragen zijn in de afgelopen jaren ook enkele tariefkortingen doorgevoerd. Omdat de BBRA-inschaling de basis was voor het bepalen van de norminkomens, wordt in eerste instantie inzichtelijk gemaakt wat het huidige primaire inkomen van de vrije beroepsbeoefenaren zou bedragen, indien de oorspronkelijke inschaling gehandhaafd zou worden. Op basis van de historische indeling in de BBRA-schalen worden de primaire arbeidskosten per functie vastgesteld op basis van de huidige BBRA-bedragen. Voor de functies waarvoor nog geen BBRA-schaal is toegekend wordt dit, in een later stadium, alsnog gedaan.

Stap 2: Bepalen primaire arbeidskosten van referentiefuncties in de zorg

Voor de betreffende vrije beroepsfuncties in de eerstelijnszorg worden passende referentiefuncties in de zorgbranche vastgesteld. Een referentiefunctie heeft vergelijkbare taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden in loondienstverband als de functie van een vrije beroepsbeoefenaar. Op basis van de vastgestelde referentiefuncties wordt onderzocht wat er voor deze referentiefunctie in de 'markt' wordt betaald. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van bestaande cao's en/of salarisrichtlijnen van branches. Voor het bepalen van de primaire arbeidskosten van referentiefuncties in de zorg worden onderstaande richtlijnen gehanteerd:

- Voor het vinden van referentiefuncties in de zorg is gebruikgemaakt van openbaar beschikbare cao's en salarisadviezen van brancheverenigingen.
- Bij het bepalen van de inkomens van referentiefuncties in loondienst, alsmede bij het advies over het primaire inkomen, is gewerkt met het maximaal te verdienen salaris. In geval van cao-salarisschalen betreft dit het functie-eindsalaris van de betreffende salarisschaal.
- Indien er argumenten zijn om af te wijken van het functie-eindsalaris als vergelijking, is het mogelijk niet het eindbedrag van een salarisschaal te kiezen, maar een andere trede in de betreffende salarisschaal. Dit kan voorkomen als er inhoudelijke verschillen zijn tussen de functie van vrije beroepsbeoefenaar en de referentiefunctie. Wanneer de referentiefunctie substantieel 'lichter' is dan de functie van de vrije beroepsbeoefenaar, kan een andere trede worden gekozen, lager dan het maximum.
- Uitgangspunt is dat de primaire arbeidskosten binnen de totale arbeidskostencomponent van vrije beroepsbeoefenaren in principe gelijk zijn aan de loonkosten van de 'vakvolwassen' beroepsbeoefenaar in loondienst. De wijze van praktijkvoering (vrije beroepsbeoefenaar of in loondienst) heeft volgens dit uitgangspunt geen effect op de kosten in macro-economisch opzicht (de primaire arbeidskosten binnen de totale arbeidskostencomponent versus loonkosten).
- Voor het bepalen van de primaire arbeidskosten wordt in dit onderzoek een vrije beroepsbeoefenaar (tevens praktijkeigenaar) beschouwd als één volledig dienstverband (fte). De NZa stelt zich op het standpunt dat een correctie voor eventuele bovennormatieve ureninzet niet aan de orde is; bij functies waarbij het inherent is dat er meer uren per week wordt gewerkt, is de BBRA-inschaling dusdanig dat hiervoor in de BBRA ook geen separate vergoeding wordt gegeven, terwijl bij bepaalde functies naar verwachting geen sprake is van een verwachte structurele bovennormatieve ureninzet. Daar komt bij dat een vergoeding voor bovennormatieve uren een norm impliceert, die niet is vastgesteld of gehanteerd in de beleidsregels voor eerdere onderbouwing van tarieven, zodat niet van 'bovennormatief' gesproken kan worden.

Stap 3: Vaststellen best passende referentiefunctie/cao voor vergelijking

Naar aanleiding van de inventarisatie van inkomens van referentiefuncties wordt, op basis van vooraf geformuleerde criteria, een keuze gemaakt voor de functie en/of cao waarmee het primaire inkomen het best vergeleken kan worden. Om vast te stellen welke van de

referentiefuncties/cao's de best bruikbare is, in de vergelijking met de BBRA-schalen, is onderstaande beslisboom gebruikt:

1. Een cao wordt als meer valide vergelijking beschouwd dan een salarisadvies van een branchevereniging, omdat een cao door meerdere partijen wordt onderschreven en derhalve bindend is. Een salarisadvies van een branchevereniging is daarentegen een richtinggevend, niet bindend advies.
2. Indien er meerdere cao's zijn die gebruikt kunnen worden als vergelijking, wordt de cao gekozen die het best aansluit bij de inhoud van de functie die vergeleken dient te worden. Als voorbeeld kan een huisarts wat betreft functie ingedeeld worden in zowel de cao Ziekenhuizen als de cao Hidha (Huisarts in dienst bij een huisarts). Deze rationale volgend wordt ervoor gekozen de cao Hidha te hanteren, omdat deze heel specifiek aansluit bij de functie-inhoud van een huisarts. De cao Ziekenhuizen sluit daarbij minder aan op de specifieke taken en rol van de huisarts.
3. Indien meerdere cao's na doorlopen van bovenstaande stappen als goede vergelijking worden beschouwd, wordt gekozen voor de cao die het grootst is wat betreft omvang, dat wil zeggen qua aangesloten organisaties en werknemers die onder de cao vallen. Een voorbeeld hiervan is de vergelijking bij een verloskundige. Deze functie past zowel in de cao Gezondheidscentra als in de cao Ziekenhuizen. In dit geval wordt er gekozen voor de cao Ziekenhuizen omdat hier veel organisaties bij aangesloten zijn en het aantal verloskundigen dat hieronder valt groter is dan het aantal verloskundigen onder de cao Gezondheidscentra. Dit omdat de meeste verloskundigen in de eerstelijnszorg als zelfstandig ondernemer werken en derhalve niet onder de cao Gezondheidscentra vallen.

Stap 4: Toetsen van onderlinge verhoudingen tussen BBRA-salarisschaal en referentiefunctie

Er wordt een vergelijking gemaakt van de mate waarin het vastgestelde BBRA-salaris overeenkomt met hetgeen voor de beste referentiefunctie in de 'markt' wordt betaald. Indien, op basis van de bovenstaande analyse, blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen het salaris dat in de 'markt' wordt betaald voor een functie en hetgeen is vastgesteld op basis van de koppeling aan de BBRA-schalen, kan het advies worden gegeven een andere BBRA-schaal te hanteren voor de betreffende functie. Dit betekent dat de BBRA-schaal wordt geselecteerd welke het salaris van de beste referentiefunctie het dichtst benadert. Dit kan betekenen dat er zowel een hogere als lagere BBRA schaal geselecteerd kan worden dan nu het geval is. Dit leidt tot voorlopige primaire arbeidskosten per vrije beroepsbeoefenaar.

Stap 5: Voorstel primaire arbeidskosten op basis van vergelijking

Op basis van bovenstaande stappen wordt een voorstel gedaan voor de voorlopige arbeidskostencomponent voor de vrije beroepsbeoefenaren.

B. Toetsing onderlinge verhoudingen

Om te bepalen of de uitkomsten van de vergelijking met de markt (stap 1 tot en met 5) in lijn liggen met de onderlinge verhoudingen, worden deze getoetst. Hierbij wordt gekeken of

de voorgestelde primaire arbeidskosten op basis van de vergelijking met de markt in lijn liggen met de onderlinge functiezwaarte en -rangordening. Dit heeft een duidelijke toetsende functie om mogelijke marktafwijkingen te signaleren. Tevens kan het voorkomen dat voor sommige vrije beroepsfuncties geen passende referentiefunctie en/of beloning beschikbaar is. In dat geval worden de primaire arbeidskosten afgeleid van functiezwaarte en marktbeloning in relatie tot andere vrije beroepsfuncties. Hieronder zijn de stappen beschreven van de wijze waarop deze onderlinge toetsing plaatsvindt.

Stap 6: Vaststellen functiezwaarte en -rangordening

Door alle functies van de vrije beroepsbeoefenaren te waarderen is het mogelijk om op basis van identieke criteria, een functiezwaarte en -rangordening aan te brengen. Deze rangordening is bepalend om te kunnen vaststellen hoe de primaire arbeidskosten zich per functie tot elkaar verhouden. Om deze rangordening aan te kunnen brengen worden alle functies gewaardeerd met de Integrale Methode voor Functiewaardering (IMF).

Het hebben van een 'logische' en 'reproduceerbare' rangordening is belangrijk om te kunnen beoordelen of de primaire arbeidskosten voor de verschillende functies in 'redelijke' verhouding tot elkaar staan vanuit het gezichtspunt functiezwaarte.

Om deze rangordening vast te kunnen stellen, dient de 'zwaarte' van de functies te worden vastgesteld. Met behulp van gevalideerde methodieken wordt de 'zwaarte' van de functies van de vrije beroepsbeoefenaren vastgesteld. Als de 'zwaarte' van alle functies is bepaald, ontstaat er een onderlinge rangordening waarbij de ene functie zwaarder of lichter is dan de andere.

Een veelgebruikte definitie voor functiewaardering is de volgende: functiewaardering kan worden gedefinieerd als "een methodische rangschikking van functies naar hun inhoudelijke zwaarte, als instrument voor het vaststellen van aanvaardbare beloningsverhoudingen" (De Groot, 1985).

De IMF wordt al vele jaren gehanteerd als methodiek om op systematische wijze functies van verschillende aard, zoals leidinggevende, toezichhoudende en uitvoerende functies, op alle niveaus in een organisatie te beschrijven, te analyseren en te graderen. Dit onder andere met het doel een reële en gefundeerde rangorde van functies te krijgen. Gedurende een groot aantal jaren heeft de IMF-methodiek zowel in de profit- als in de non-profitsector haar waarde bewezen.

In de afgelopen jaren zijn er met een zekere regelmaat veelal kleine systeemverbeteringen c.q. -wijzigingen aangebracht. Doorgaans zijn deze ingegeven door onder andere praktijkervaringen, wijzigingen samenhangend met maatschappelijke veranderingen en met nieuwe opleidingen of wijzigingen van bestaande opleidingen. De belangrijkste ontwikkeling heeft betrekking op het gezichtspunt 'kennis': het onderwijsstelsel in Nederland is drastisch gewijzigd en deze ontwikkelingen zijn doorgevoerd in de systematiek. Met de nieuwe IMF, die aan deze ontwikkelingen is aangepast, is het systeem weer volledig actueel. Derhalve is besloten deze methodiek te gebruiken voor het huidige onderzoek.

Bepalend voor de zwaarte en het niveau van de functie is de inhoud van de functie en niet de wijze waarop deze wordt uitgeoefend. Tot de inhoud van de functie worden alle werkzaamheden, taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en activiteiten gerekend die aan de 'functiehouders' zijn opgedragen. De analyse en gradering van inhoud en niveau van

de functie richten zich in het bijzonder op vijf functionele aspecten, die te beschouwen zijn als kenmerkende criteria voor de bepaling van de functiezwaarte, te weten:

- 1 Kennis: onder kennis wordt verstaan het weten van feiten en het kennen van gegevens die voor de functie vereist zijn, zowel afzonderlijk als in hun onderlinge samenhang. Kennis is een combinatie van theoretische en praktische kennis, verkregen door studie, opleiding, in de praktijk of anderszins.

De theoretische kennis omvat niet alleen theoretische basiskennis, maar ook vakgerichte en eventuele specialistische kennis, die bijvoorbeeld via beroepsopleidingen en cursussen kan worden verkregen. De kennis die een functionaris in werkelijkheid bezit, is hier niet bedoeld. Bij de bepaling van het benodigde kennisniveau van een functie wordt uitgegaan van wat minimaal noodzakelijk is om de functie goed en volledig te kunnen uitoefenen.

Bij de toepassing van dit principe is er soms keuze uit diverse leerroutes welke tot het benodigde kennisniveau leiden, zoals de keuze tussen dagonderwijs (leren, eventueel stage) en duaal onderwijs (werken - leren). Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen een basisopleiding/-kennis en aanvullende theoretische kennis en/of beroepsopleiding.

- Basisopleiding of -kennis: bij gradering van het gezichtspunt 'kennis' wordt eerst bekeken welke basisopleiding of -kennis voor een goede en volledige functie-uitoefening noodzakelijk is. Het betreft een algemene beroepsopleiding of een algemeen voorbereidende opleiding. De minimale puntentoekenning voor basiskennis is 4 punten voor het basisonderwijs. De maximale puntentoekenning is 22 punten voor vijfjarige universitaire opleidingen.
 - Bij aanvullende theoretische kennis en/of beroepsopleiding worden de theoretische kennis en de praktijkkennis, die als aanvullend op de beroepsopleiding c.q. algemeen voorbereidende opleiding wordt verlangd, gegradeerd. De minimale puntentoekenning voor aanvullende kennis is 0 punten, in geval van een opleiding van minder dan twee maanden. De maximale puntentoekenning is 8 punten voor zeven jaar of langer voor het volgen van beroepsopleidingen en/of het opdoen van praktijkkennis.
- 2 Beslissingsvrijheid: onder beslissingsvrijheid wordt de vrijheid verstaan die in de functie aanwezig is om zelf de werkvolgorde en de werkmethode te bepalen, de vrijheid om het resultaat van werkzaamheden zelf mede te beïnvloeden of zelfs te bepalen. Bij beslissingsvrijheid spelen de zelfstandigheid van handelen en begrippen als initiatief, improvisatie, creativiteit en afbreukrisico een belangrijke rol. Voor leidinggevende functies kunnen ook beheersmatige verantwoordelijkheden bepalend zijn voor de gradering. De mate waarin deze aspecten in de functie een rol spelen, is bepalend voor onder welke van de acht kolommen (A1 t/m D2) de functie gerangschikt wordt.

De onderdelen 'kennis' en 'beslissingsvrijheid' bepalen samen de score die een functie krijgt op het onderdeel 'beslissingsvaardigheid'. Onder beslissingsvaardigheid wordt verstaan het vermogen om de in de functie voorkomende problemen op te lossen. Het niveau van de beslissingen wordt enerzijds bepaald door de kennis die vereist is om de problematiek te beheersen en/of de zich voordoende problemen op te lossen, anderzijds door de (organisatorische) vrijheid en verantwoordelijkheid die in de functie wordt geboden om problemen te analyseren, de mogelijke oplossingen af te wegen/te overwegen en een keuze te maken uit de beschikbare alternatieven.

De minimale score voor een functie op het gebied van beslissingsvaardigheid is 5 (basisschool en A1 beslissingsvrijheid). De maximale score die toegekend kan worden is 75 punten (universiteit vijf jaar en meer dan zeven jaar aanvullende opleidingen en D2 beslissingsvrijheid).

- 3 Leidinggeven: onder leidinggeven aan medewerkers wordt verstaan het voortdurend collectief en individueel richten van de activiteiten van medewerkers, teneinde door een harmonische en doelgerichte samenwerking te komen tot een kwalitatief en kwantitatief verantwoorde uitvoering van werkzaamheden. Kernpunt in dit gezichtspunt is het beïnvloeden van het gedrag van medewerkers. Er is onderscheid gemaakt tussen het leidinggeven aan medewerkers die in hiërarchisch verband staan, en het sturend optreden ten opzichte van de activiteiten van medewerkers in projectverband zonder directe hiërarchische relatie.
- Onder hiërarchisch leidinggeven wordt verstaan het leidinggeven aan medewerkers die volgens de hiërarchie ondergeschikt zijn. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen werkgericht en volledig leidinggeven. Werkgericht leidinggeven betreft het geven van aanwijzingen die voornamelijk op de voortgang en kwaliteit van het werk betrekking hebben en het ondersteunen van een hogere leidinggevende ten aanzien van personeelszorg. Volledig leidinggeven betreft naast werkgericht leidinggeven tevens personeelszorg (selectie, aanname, beoordeling, opleiding/-promotie, alsmede het afhandelen van probleemsituaties).
 - Onder projectleiding wordt verstaan het met een grote regelmaat (continu/structureel) coördinerend leidinggeven aan één of meer groepen niet-hiërarchisch ondergeschikte medewerkers van verschillende afdelingen of vakgroepen.

Voor het bepalen van de score (2 t/m 16 punten) wordt gewerkt met groepen van medewerkers waaraan leiding wordt gegeven. Deze groepen zijn als volgt samengesteld, waarbij het genoemde aantal fte's de bovengrens van een groep is: 3, 7, 15, 40, 100, of 500 fte's of meer.

- 4 Contact-/overlegvaardigheid: onder contact-/overlegvaardigheid wordt verstaan het uitoefenen van invloed – door middel van contacten en overleg – op personen met wie geen hiërarchische relatie bestaat. Bij contact-/overlegvaardigheid wordt onderscheid gemaakt naar aard en moeilijkheidsgraad van contacten en overleg. Er moet sprake zijn van regelmatig overleg. De contacten beperken zich niet alleen tot binnen de eigen afdeling, maar worden zo nodig ook onderhouden met andere afdelingen en klanten, zowel binnen als buiten de eigen onderneming.

De contacten kunnen sterk variëren: waarschuwen, melden van een feit en onderhandelen, bijvoorbeeld in het kader van fusiebesprekingen. Gradering van dit gezichtspunt is dus afhankelijk van de aard van de contacten/het overleg. De mate waarin de aard en moeilijkheidsgraad van het contact in de functie een rol spelen, is bepalend voor onder welke van de acht kolommen de functie gerangschikt wordt. De scores op dit onderdeel variëren van 1 tot en met 14 punten.

- 5 Bewegingsvaardigheid: onder bewegingsvaardigheid wordt verstaan de in de functie vereiste bekwaamheid in het beheersen van bewegingen die het normale bewegingspatroon van schrijven, lopen en dergelijke te boven gaan. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen nauwkeurigheid en samengesteldheid.

- De vereiste nauwkeurigheidsgraad van de bewegingen, dat wil zeggen de mate van nauwkeurigheid waarmee de (vooral kleine) bewegingen moeten eindigen, respectievelijk waarmee de bewegingen tussen nauwkeurige grenzen moeten worden gehouden. Tevens speelt de snelheid waarmee de bewegingen moeten worden uitgevoerd een verzwarende rol. Ook wordt beoordeeld of de betreffende beweging meer of minder dan vier uur per dag wordt uitgevoerd. Op basis van deze beoordeling wordt een score tussen 0 en 3 punten toegekend.
- De samengesteldheid van de bewegingspatronen en het onderling al dan niet aan elkaar zijn aangepast van eventuele combinaties van bewegingen ten aanzien van tempo, afstand, snelheid, gewicht, etc. Hierbij wordt een drietal mogelijkheden onderkend welke een score tussen de 0 en 2 punten krijgen, te weten:
 - i. Eenvoudig: bewegingen van één of meer lichaamsdelen, waarbij weinig of geen coördinatie vereist is.
 - ii. Samengesteld: gelijktijdige bewegingen van verschillende lichaamsdelen, die een sterke mate van coördinatie vereisen.
 - iii. Complex: gelijktijdige tegenstrijdige bewegingen van verschillende lichaamsdelen.

De scores op de vijf verschillende gezichtspunten worden bij elkaar opgeteld en leiden tot een puntenaantal dat de (onderlinge) functiezwaarte weergeeft. Voor alle functies waarop dit onderzoek betrekking heeft is de uitwerking van de functiewaardering opgenomen in deze rapportage. Het begrip 'marktwaarde' van een functie is niet relevant bij functiewaardering.

Stap 7: Toetsing arbeidskosten met functiezwaarte

In deze stap wordt de verhouding tussen de voorlopige primaire arbeidskosten vergeleken met de functiezwaarte en -rangordening van de functies van vrije beroepsbeoefenaren. Dit gebeurt door de scores van de primaire arbeidskosten van alle functies en de functiewaardering te indexeren ten opzichte van de ijkfunctie huisarts. De huisarts is als ijkfunctie gekozen aangezien deze functie:

- spilfunctie is in de eerstelijnszorg aangezien deze medische beroepsbeoefenaren het eerste aanspreekpunt is van patiënten en doorverwijzer is naar andere zorgverleners in eerstelijnszorg en poortwachter naar tweedelijnszorg;
- het een meest omvangrijke groep betreft;
- er sprake is van een structureel georganiseerd netwerk waardoor de belangen collectief worden vertegenwoordigd;
- er voldoende relevante informatie betreffende functie-inhoud en arbeidskosten beschikbaar is. een belangrijke rol speelt met betrekking tot preventie, hetgeen een steeds nadrukkelijker plek heeft in de dagelijkse werkzaamheden van de huisarts.

Indien blijkt dat er substantiële verschillen zijn tussen het indexcijfer van de functiezwaarte en het indexcijfer van de primaire arbeidskosten, vindt er een correctie plaats. Hierbij wordt onderstaande richtlijn gehanteerd:

Voor afwijkingen groter dan 5 punten (zowel hoger als lager) geldt onderstaande aanvullende regel ter bepaling van de primaire arbeidskosten:

- Indien de afwijking een negatieve score van meer dan 5 punten heeft, dit wil zeggen dat de index voorlopige primaire arbeidskosten minimaal 5 punten hoger scoort dan de index functiezwaarte, geldt onderstaande rekenregel :

(Voorlopige primaire arbeidskosten / index primaire arbeidskosten)(index functiezwaarte +5)*

- Indien de afwijking een score van meer dan 5 punten heeft, dit wil zeggen dat de index voorlopige primaire arbeidskosten minimaal 5 punten lager scoort dan de index functiezwaarte, geldt onderstaande rekenregel :

(Voorlopige primaire arbeidskosten / index primaire arbeidskosten)(index functiezwaarte -5)*

- De uitkomsten van bovenstaande rekenregels leiden tot absolute bedragen in EUR. Belangrijk is echter dat er een koppeling met de BBRA kan plaatsvinden. De laatste stap bestaat dan ook uit het zoeken van een BBRA salarisschaal die de uitkomst van de rekenregel het dichtst benaderd voor wat betreft de primaire arbeidskosten.

C. Totale arbeidskostencomponent voor praktijk eigenaren

De totale arbeidskostencomponent voor praktijk eigenaren bestaat uit drie elementen, namelijk primaire arbeidskosten, toeslag inconveniënten en toeslag aankledingsposten.

Stap 8: Bepalen primaire arbeidskosten

Op basis van de voorgaande stappen worden de definitieve primaire arbeidskosten vastgesteld die worden gebruikt om de totale arbeidskostencomponent te bepalen.

Stap 9: Bepalen toeslag voor inconveniënten

Na vaststelling van de arbeidskosten wordt per functie een percentage/bedrag vastgesteld dat wordt toegekend als toeslag voor inconveniënten. Hiervoor wordt met name gebruikgemaakt van de geldende beleidsregels en tariefafspraken in de eerstelijnszorg.

Stap 10: Bepalen toeslag aankledingsposten

Na vaststelling van de arbeidskosten wordt per functie een percentage/bedrag vastgesteld dat wordt toegekend voor aankledingsposten. Als basis hiervoor worden de tarieven voor werkgeverslasten en pensioenbijdragen voor 2013 gebruikt.

Stap 11: Uitkomsten doorrekening totale arbeidskostencomponent praktijkeigenaren

Op basis van de hiervoor vastgestelde onderdelen arbeidskostencomponent, toeslag inconveniënten en toeslag aankledingsposten, wordt de doorrekening gemaakt voor de arbeidskosten voor praktijkeigenaren.

Het ondernemingsrisico loopt niet mee in de totale arbeidskosten. Hiervoor wordt in de praktijkkosten gecorrigeerd door de component ‘gederfd rendement op eigen vermogen’.

Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat de aldus verkregen norm arbeidskosten praktijkeigenaren geenszins betekent dat het werkelijk te verdienen inkomen van een vrije beroepsbeoefenaar gemaximeerd wordt of gelijk wordt gesteld aan de arbeidskostencomponent. De arbeidskostencomponent moet niet worden verward met het inkomen van vrije beroepsbeoefenaren. Het gerealiseerde inkomen wordt bepaald door de individuele keuzes, praktijkkosten en geleverde productie. Indien vrije beroepsbeoefenaren meer productieve uren maken, betekent dit voor de individuele praktijk doorgaans dat meer productie in rekening kan worden gebracht. De arbeidskostencomponent wordt slechts gebruikt als onderdeel voor het vaststellen van de tarieven voor geleverde prestaties.

4.4 Voorgestelde methodiek in relatie tot KPMG-onderzoek 2001

In 2001 heeft KPMG een rapport uitgebracht waarin uitsluitend een vergelijking is gemaakt met de ‘markt’ voor het primair inkomen en de toeslagen inconveniënten en aankledingsposten voor vrije beroepsbeoefenaren.

In het licht van herziene beleidsontwikkelingen en -inzichten heeft NZa een verzoek gedaan voor een nieuwe methodiek ter bepaling van de totale arbeidskostencomponent van praktijkeigenaren. In de vernieuwde methodiek is naast de vergelijking met de markt een vergelijking met functiezwaarte binnen de eerstelijnszorg uitgevoerd. Hierdoor is de methodiek beter gekalibreerd op mogelijke ‘excessen’ in de markt.

De uitkomsten uit de onderzoeken kunnen verschillen aangezien er gebruik wordt gemaakt van vernieuwde marktinformatie. Daarnaast is ‘de markt’ niet uitsluitend als uitgangspunt gebruikt, maar deze is, indien nodig, gecorrigeerd op basis van functiezwaartevergelijking.

Eveneens zeer relevant is het verschil in de onderzoeksopdracht. In 2001 werd met name de redelijkheid van de vergoeding getoetst, terwijl de huidige vraag is gericht op het in kaart brengen van verschillende en mogelijk nieuwe methodieken van functiewaardering.

5 Bepalen primaire arbeidskosten praktijkeigenaren eerstelijnszorg

In dit hoofdstuk wordt een vijftal stappen uit het plan van aanpak beschreven. In eerste instantie is voor elke functie uitgezocht en weergegeven wat het huidige BBRA-salaris is conform de oorspronkelijke referentieschalen ter bepaling van het norminkomen in de jaren tachtig. Tevens is de horizontale vergelijking gemaakt met het inkomen van vergelijkbare functies in loondienst in de zorg. Vervolgens is vastgesteld welke referentiefunctie/cao de best passende is om een vergelijking te maken met de BBRA-uitkomsten. Hiervoor is gebruikgemaakt van vooraf vastgestelde criteria die onderstaand zijn uitgewerkt.

Per functie is vervolgens een vergelijking gemaakt in hoeverre het vastgestelde BBRA-salaris overeenkomt met hetgeen voor de best vergelijkbare functie in de ‘markt’ wordt betaald. Indien, op basis van de bovenstaande analyse, blijkt dat er een significant verschil bestaat tussen het salaris dat in de ‘markt’ wordt betaald voor een functie en hetgeen is vastgesteld op basis van de koppeling aan de BBRA-schalen, kan het advies worden gegeven een andere BBRA-schaal te hanteren voor de betreffende functie. Bovenstaande stappen zijn per functie uitgewerkt en resulteren in een voorstel voor de primaire arbeidskosten per vrije beroepsbeoefenaar.

5.1 A. Vergelijking primaire arbeidskosten (stap 1-5)

In deze paragraaf wordt per functie de arbeidskostencomponent bepaald op basis van vergelijking met de BBRA en de zorgbranche. Per functie zijn de gehanteerde uitgangspunten beschreven.

Huisarts

Voor de functie huisarts geldt dat schaal 14 van de BBRA als uitgangspunt is genomen ter bepaling van de arbeidskostencomponent. Ter vergelijking van de BBRA-inschaling zijn vier cao's weergegeven.

CAO	BBRA	HIDHA	CAO Gez Centr	CAO V&V	CAO ZKH
Peildatum inkomen	1-1-2013	1-1-2013	1-4-2012	1-6-2012	1-7-2013
Uren w erkweek	36	40	norm praktijk	36	36
Vakantietoeslag %	8,00%	8,00%	8,00%	8,00%	8,00%
Eindejaars toeslag %	8,33%	1,00%	4,50%	5,50%	8,33%
Overige toeslagen per maand in EUR.	€0,00	€340,90	€0,00	€0,00	€0,00
Max maandsalaris in EUR.	€6.139	€6.297	€6.390	€5.991	€5.934
Jaarsalaris in EUR.	€73.667	€75.559	€76.677	€71.887	€71.208
Vakantietoeslag in EUR.	€5.893	€6.045	€6.134	€5.751	€5.697
Eindejaarsuitkering in EUR.	€6.136	€756	€3.727	€4.270	€5.932
Overige toeslagen in EUR.	€0	€4.091	€3.999	€0	€0
Totaal jaarinkomen in EUR.	€85.697	€86.450	€90.537	€81.908	€82.836

Uitgangspunten bij vaststellen totale jaarinkomen:

- BBRA: schaal 14 als referentieschaal. Oorspronkelijk zijn tevens twee periodieken in schaal 15 toegekend voor de kosten van inconveniënten. Deze zijn hier echter niet opgenomen vanwege het feit dat inconveniënten separaat worden beschreven.
- Hidha: functie-eindsalaris zoals weergegeven in de cao.

- Cao Gezondheidscentra: Arbeidsvoorwaardenregeling Huisartsen in Gezondheidscentra (AHG) functie-eindsalaris. Het opgenomen bedrag voor overige toeslagen betreft het maximale budget vergoeding variabele kosten per 1 januari 2009 (hetgeen niet verder geïndexeerd is).
- Cao VVT: FWG 70 als referentieschaal conform salarisadvies LAD, eindejaarstoeslag over twaalf maandsalarissen inclusief de vakantietoeslag.
- Cao ZKH: FWG 70 als referentieschaal conform salarisadvies LAD.
- De LAD geeft in haar salarisrichtlijnen concrete referenties in welke schaal een huisarts ingedeeld zou kunnen worden in de cao VVT en cao Ziekenhuizen. Dit advies (FWG 65, 70 of 75) is meegenomen in de vergelijking, waarbij – op basis van functie-zwaarte – gekozen is voor FWG 70 in beide cao's. De functie van een huisarts in een VVT- instelling of in een ziekenhuis is echter niet op alle punten vergelijkbaar met een vrij gevestigde huisarts.

Op basis van bovenstaande tabel is ervoor gekozen om zowel de cao Hidha als de cao Gezondheidscentra als uitgangspunt te gebruiken voor de functie huisarts. Redenen om beide cao's mee te nemen in de vergelijking zijn onderstaand weergegeven.

- De cao Hidha en Gezondheidscentra zijn beide geformaliseerde bronnen.
- De referentiefunctie uit zowel de cao Hidha als de cao Gezondheidscentra zijn specifiek opgesteld voor huisartsen in loondienst en sluit wat betreft functie-inhoud zeer goed aan.
- Er is bewust voor gekozen de cao Gezondheidscentra niet alleen als uitgangspunt te nemen in de vergelijking, omdat de Arbeidsvoorwaardenregeling Huisartsen in Gezondheidscentra (AHG) momenteel wordt herzien. Een belangrijk knelpunt is de rekenformule AHG. Deze wordt in de loop van 2013 herzien en derhalve is de huidige regeling niet meer volledig representatief.
- Vanwege bovenstaande punten is ervoor gekozen om het rekenkundige gemiddelde te hanteren van de vastgestelde inkomens uit beide cao's.
- Ondanks het feit dat de cao's VVT en Ziekenhuizen wat betreft omvang groter zijn dan de cao Hidha en cao Gezondheidscentra, is voor de laatste twee cao's gekozen om de vergelijking te maken, omdat de functie-inhoud en vergelijkbaarheid van deze cao's, met betrekking tot de functie huisarts, groter zijn dan die van de cao VVT en Ziekenhuizen.

Het rekenkundige gemiddelde van het salaris van de cao Hidha en Gezondheidscentra is EUR 88.493 per jaar. Indien BBRA-schaal 14 wordt gehandhaafd, zullen de arbeidskosten van een huisarts jaarlijks EUR 85.697 bedragen. Op basis van stap 4 uit de beschreven methodiek in hoofdstuk 4 dient onderzocht te worden of er een beter passende BBRA-schaal is welke het bedrag van EUR 88.493 het dichtst benadert. Op basis hiervan kan worden vastgesteld dat schaal 15 trede 8 met een maandsalaris van EUR 6.332,74 en een jaarsalaris van EUR 88.403 dichter bij de uitkomsten van de horizontale vergelijking ligt.

Ons advies luidt dan ook om BBRA-schaal 15 trede 8 als uitgangspunt te nemen voor de primaire arbeidskosten van een huisarts. Dit leidt tot jaarlijkse arbeidskosten van EUR 88.403.

Tandarts

Tandartsen vervullen in de meeste gevallen hun werkzaamheden als vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. De cao Gezondheidscentra voorziet in een functie tandarts en bijbehorende

inschaling. Daarnaast is een tandarts wat betreft functiezwaarte in de cao Ziekenhuizen te vergelijken met FWG 70.

Cao:	BBRA	Cao Gez Centr	Cao ZKH
Peildatum inkomen	1-1-2013	1-4-2012	1-7-2013
Uren werkweek	36	36	36
Vakantietoeslag %	8,00%	8,00%	8,00%
Eindejaarstoeslag %	8,33%	4,50%	8,33%
Overige toeslagen per maand in EUR	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Max maandsalaris in EUR	€ 5.553	€ 5.451	€ 5.934
Jaarsalaris in EUR	€ 66.640	€ 65.412	€ 71.208
Vakantietoeslag in EUR	€ 5.331	€ 5.233	€ 5.697
Eindejaarsuitkering in EUR	€ 5.551	€ 3.179	€ 5.932
Overige toeslagen in EUR	€ 0	€ 0	€ 0
Totaal jaarinkomen in EUR	€ 77.523	€ 73.825	€ 82.836

Uitgangspunten bij vaststellen totale jaarinkomen:

- BBRA: schaal 13 als referentieschaal.
- Cao Gezondheidscentra: schaal 14 zoals functie is ingedeeld in cao.
- Cao ZKH: FWG 70 als referentieschaal arts, conform vacatures tandartsen bij ziekenhuizen.

Op basis van bovenstaande tabel is ervoor gekozen om de cao Gezondheidscentra als uitgangspunt te gebruiken voor de functie tandarts. Op basis van de inventarisatie had tevens de cao Ziekenhuizen als referentiegroep gebruikt kunnen worden; om onderstaande redenen is echter gekozen voor de cao Gezondheidscentra:

- De cao Gezondheidscentra is een geformaliseerde cao.
- In de cao Gezondheidscentra is de functie van tandarts specifiek benoemd en beschreven en sluit wat betreft functie-inhoud goed aan bij de functie tandarts in de eerstelijnszorg. Vakinhoudelijk zit er daarbij geen verschil tussen het vakvolwassen profiel van een tandarts in loondienst of een vrijgevestigde tandarts.
- De cao Ziekenhuizen is een minder valide vergelijking dan de cao Gezondheidscentra aangezien:
 - binnen ziekenhuizen veelal sprake is van een afdelingen (bijzondere) tandheelkunde. Patiënten die in deze centra worden behandeld hebben derhalve andere problematiek dan mensen die voor 'reguliere' behandelingen bij de tandarts komen.
 - een tandarts in een ziekenhuis vaak een 'tandartsspecialist' is. Dit wil zeggen een orthodontist of kaakchirurg. Hiervoor zijn aanvullende opleidingen vereist waardoor er een minder objectieve vergelijking wat betreft functie-inhoud met een reguliere tandarts is dan in vergelijking met de tandarts in een gezondheidscentrum.

Uit de vergelijking tussen het BBRA-salaris en het salaris in de cao Gezondheidscentra blijkt dat het BBRA-salaris hoger is dan het salaris in de cao Gezondheidscentra. Op basis van stap 4 uit de beschreven methodiek in hoofdstuk 4 dient onderzocht te worden of er een beter passende BBRA-schaal is welke het bedrag van EUR 73.825 dichter benadert. Op basis hiervan kan worden vastgesteld dat schaal 13 trede 9 met een maandsalaris van EUR 5.357,49 en een jaarsalaris van EUR 74.788 dichter bij de uitkomsten van de horizontale vergelijking ligt.

Ons advies luidt dan ook om BBRA-schaal 13 trede 9 als uitgangspunt te nemen voor de primaire arbeidskosten van een tandarts. Dit leidt tot jaarlijkse arbeidskosten van EUR 74.788.

Orthodontist

Orthodontisten vervullen in de meeste gevallen hun werkzaamheden als vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. De LAD geeft in haar salarisadvies aan dat medisch specialisten in FWG 75/80 ingedeeld dienen te worden in de cao Ziekenhuizen. Dit advies is overgenomen door de cao Ziekenhuizen als referentie op te nemen, waarbij er op basis van functiezwaarte in eerste aanleg is gekozen voor inschaling in FWG 75.

Wat betreft functiezwaarte wordt het uitgangspunt gehanteerd dat het maken van een vergelijking met een medisch specialist mogelijk is, aangezien dit in het onderzoek van KPMG in 2001 naar de 'herijking van het normatieve inkomen van vrije beroepsbeoefenaren' ook is gedaan. Omdat de vergelijking met medisch specialisten is opgenomen zijn tevens de cao's van de UMC's en AMS opgenomen.

Cao:	BBRA	Cao ZKH	Cao UMC	Cao AMS
Peildatum inkomen	1-1-2013	1-7-2013	1-8-2012	1-7-2013
Uren werkweek	36	36	40	40
Vakantietoeslag %	8,00%	8,00%	8,00%	8,00%
Eindejaars toeslag %	8,33%	8,33%	8,30%	0,00%
Overige toeslagen per maand in EUR	€0,00	€0,00	€0,00	€0,00
Max maandsalaris in EUR	€7.312	€7.172	€9.865	€10.821
Jaarsalaris in EUR	€87.739	€86.064	€118.380	€129.852
Vakantietoeslag in EUR	€7.019	€6.885	€9.470	€10.388
Eindejaarsuitkering in EUR	€7.309	€7.169	€9.826	€0
Overige toeslagen in EUR	€0	€0	€0	€5.671
Totaal jaarinkomen in EUR	€102.066	€100.118	€137.676	€145.911

Uitgangspunten bij vaststellen totale jaarinkomen:

- BBRA: schaal 16 als referentieschaal.
- Cao ZKH: FWG 75 als referentie, salarisgroep III conform LAD-advies, geldend voor medisch specialist in ziekenhuis.
- Cao UMC: functie-eindsalaris medisch specialist.
- Cao AMS: functie-eindsalaris medisch specialist.

Op basis van bovenstaande tabel is ervoor gekozen om de cao Ziekenhuizen als uitgangspunt te gebruiken voor de functie orthodontist.

- De vergelijking van een orthodontist met een medisch specialist in een UMC vertoont wat betreft functiezwaarte minder overeenkomsten dan met een medisch specialist in een regulier ziekenhuis (deze heeft ook vaak onderwijs- en onderzoekverantwoordelijkheid.)
- Geen cao AMS omdat een orthodontist in de basis geen medisch specialist is. Indien er daadwerkelijk medische handelingen uitgevoerd dienen te worden, gebeurt dit in samenwerking met een kaakchirurg. Daarnaast is het zijn van basisarts met specialisatie een voorwaarde om in aanmerking te komen voor de AMS-schalen. Een orthodontist heeft geen opleiding geneeskunde gevolgd.
- De cao Ziekenhuizen vertegenwoordigt een grotere groep medewerkers dan de cao UMC.

Uit de vergelijking tussen het BBRA-salaris en het salaris van de cao Ziekenhuizen blijkt dat het BBRA-salaris hoger is dan het salaris in de ziekenhuizen. Op basis van stap 4 uit de beschreven methodiek in hoofdstuk 4 dient onderzocht te worden of er een beter passende BBRA-schaal is welke het bedrag van EUR 100.118 dichter benadert. Op basis hiervan kan worden vastgesteld dat schaal 16 trede 9 met een maandsalaris van EUR 7.115,19 en een jaarsalaris van EUR 99.325 dichter bij de uitkomsten van de horizontale vergelijking ligt.

Ons advies luidt dan ook om BBRA schaal 16 trede 9 als uitgangspunt te nemen voor de primaire arbeidskosten van een orthodontist. Dit leidt tot jaarlijkse arbeidskosten van EUR 99.325.

Verloskundige

Voor de functie verloskundige geldt dat schaal 8 van de BBRA als uitgangspunt is genomen ter bepaling van de arbeidskostencomponent. Hierbij past echter de nuance dat de functie van verloskundige in het algemeen de laatste jaren zwaarder is geworden en de BBRA-schaal die ten grondslag lag aan de eerste bepaling van de arbeidskostencomponent achterhaald is. Dit wordt bevestigd door diverse onderzoeken en de inschaling van FWG 55 naar FWG 60 in de ziekenhuizen. Eén van deze onderzoeken betreft het onderzoek dat is uitgevoerd door Mercer in 2008. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Koninklijke Nederlandse organisatie van Verloskundigen. Ook Mercer komt tot de conclusie dat de oorspronkelijke inschaling in BBRA schaal 8 niet meer representatief is. Het advies dat Mercer geeft wat betreft primair inkomen is EUR 54.500. Wanneer hierbij de kosten voor onconvenianten en aankleding worden opgeteld betreft het advies voor de totale arbeidskosten EUR. 54.545 per jaar.

In het onderzoek Rapport Praktijkkosten, Opbrengsten en Werkinzet Eerstelijns Verloskundigen dat uitgevoerd is door Significant en Conquastor wordt het volgende geconstateerd: *“ZN heeft per brief van 9 september 2008 gereageerd op het KNOV-verzoek en geconcludeerd dat “het rapport van Mercer teveel onjuistheden, inconsequenties en willekeurige keuzes bevat om als basis te kunnen dienen voor een aanpassing van het norminkomen”. ZN adviseert om de voor het CTG-besluit uit 2002 gebruikte systematiek te hanteren voor eventueel advies over aanpassing van het norminkomen”*. Wel wordt in dit onderzoek onderstaande argumentatie aangehaald waaruit blijkt dat een verzwaring van de functie van verloskundige gerechtvaardigd is.

- In 2002 heeft het CTG, op basis van advies van KPMG, ingestemd met een inschaling van 55max als basis voor het inkomensdeel eerstelijns verloskundigen.
- Op grond van informatie verstrekt door de KNOV heeft KPMG dit advies later (november 2002) bijgesteld naar schaal 60. Argumenten daarvoor (onderbouwd met KNOV-informatie) waren onder meer:
 - Een nieuwe functieomschrijving van de KNOV, waarbij tevens de zwaarte van de functie vergeleken werd met de tweedelijns verloskundige.
 - Uit onderzoek van de KNOV bleek dat de verloskundigen in ongeveer 64% van de ziekenhuizen zijn ingeschaald in schaal 60 of hoger.
- De KNOV heeft in 2008 ook onderzoek gedaan naar hun inschaling onder de klinische verloskundigen die lid zijn van de KNOV. Daaruit bleek dat van de klinisch verloskundigen in algemene ziekenhuizen 13 in FWG 55 en 70 in FWG 60 waren ingeschaald.

- Het FWG-bureau geeft, op basis van een beperkte rondvraag eind 2008, aan dat in 9 ziekenhuizen de klinisch verloskundigen in FWG 60 zijn ingeschaald en in één ziekenhuis in FWG 55. In de academische ziekenhuizen zijn volgens opgave van het FWG-bureau klinisch verloskundigen ingeschaald in Fuwavaz 10, hetgeen vergelijkbaar is met FWG 60.

Bron: Rapport Praktijkkosten, Opbrengsten en Werkinzet Eerstelijns Verloskundigen 2007.

Bovenstaande wordt bevestigd doordat de functie in de cao Gezondheidscentra verhoogd is van salarisschaal 9 naar schaal 10. Ter vergelijking van de BBRA-inschaling zijn twee cao's weergegeven:

Cao:	BBRA	Cao ZKH	Cao Gez Centr
Peildatum inkomen	1-1-2013	1-7-2013	1-4-2012
Uren werkweek	36	36	36
Vakantietoeslag %	8,00%	8,00%	8,00%
Eindejaarstoeslag %	8,33%	8,33%	4,50%
Overige toeslagen per maand in EUR	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Max maandsalaris in EUR	€ 3.083	€ 4.177	€ 3.694
Jaarsalaris in EUR	€ 36.995	€ 50.124	€ 44.332
Vakantietoeslag in EUR	€ 2.960	€ 4.010	€ 3.547
Eindejaarsuitkering in EUR	€ 3.082	€ 4.175	€ 2.155
Overige toeslagen in EUR	€ 0	€ 0	€ 0
Totaal jaarinkomen in EUR	€ 43.036	€ 58.309	€ 50.033

Uitgangspunten bij vaststellen totale jaarinkomen:

- BBRA: schaal 8 als referentieschaal. Oorspronkelijk zijn tevens vier regelnummers in schaal 9 toegekend als tegemoetkoming voor avond-, nacht- en weekenddiensten. Deze zijn hier echter niet opgenomen vanwege het feit dat inconvenienten separaat worden beschreven.
- Cao Gezondheidscentra: schaal 10 zoals functie is ingedeeld in cao.
- Cao ZKH: FWG 60 conform FWG 3.0-systematiek.

Op basis van bovenstaande tabel is gekozen om de cao Ziekenhuizen als uitgangspunt te gebruiken voor de functie verloskundige. Op basis van de inventarisatie kon tevens gekozen worden voor de cao Gezondheidscentra. Om onderstaande redenen is echter gekozen voor de cao Ziekenhuizen:

- De functie verloskundige past wat betreft de functie-inhoud zowel in de cao Gezondheidscentra als in de cao Ziekenhuizen.
- De cao Ziekenhuizen sluit goed aan omdat veel organisaties hierbij aangesloten zijn
- Het aantal verloskundigen dat onder de cao Ziekenhuizen valt, is groter dan het aantal verloskundigen onder de cao Gezondheidscentra, omdat de meeste verloskundigen in de eerstelijnszorg als zelfstandig ondernemer werken en derhalve niet onder de cao Gezondheidscentra vallen.

Uit de vergelijking tussen het BBRA-salaris en het salaris van de cao Ziekenhuizen blijkt dat er een verschil van 35,5% is. Hierbij dient in overweging genomen te worden dat de functie-inhoud van een verloskundige, zoals eerder beschreven, de afgelopen jaren aan verandering onderhevig is geweest. Vanwege de grote verschillen dient herziening van de BBRA-schaal in

overweging genomen te worden. Indien de cao Ziekenhuizen zal worden gevolgd, komt BBRA-schaal 11 trede 9 het dichtst in de buurt met een brutomaandsalaris van EUR 4.200,11 en totale arbeidskosten per jaar van EUR 58.632.

Logopedist

Voor de functie logopedist geldt dat schaal 8 van de BBRA als uitgangspunt is genomen ter bepaling van de primaire arbeidskosten. Ter vergelijking van de BBRA-inschaling, zijn twee cao's weergegeven.

Cao:	BBRA	Cao ZKH	Cao VVT
Peildatum inkomen	1-1-2013	1-7-2013	1-6-2012
Uren werkweek	36	36	36
Vakantietoeslag %	8,00%	8,00%	8,00%
Eindejaars toeslag %	8,33%	8,33%	5,50%
Overige toeslagen per maand in EUR	€ 0,00	€ 0,00	
Max maandsalaris in EUR	€ 3.083	€ 3.664	€ 3.699
Jaarsalaris in EUR	€ 36.995	€ 43.968	€ 44.389
Vakantietoeslag in EUR	€ 2.960	€ 3.517	€ 3.551
Eindejaarsuitkering in EUR	€ 3.082	€ 3.663	€ 2.637
Overige toeslagen in EUR	€ 0	€ 0	€ 0
Totaal jaarinkomen in EUR	€ 43.036	€ 51.148	€ 50.577

Uitgangspunten bij vaststellen totale jaarinkomen:

- BBRA: schaal 8 als referentieschaal.
- Cao VVT: FWG 55 conform FWG 3.0-methodiek
- Cao ZKH: FWG 55 conform FWG 3.0-methodiek

Op basis van bovenstaande tabel is ervoor gekozen om de cao Ziekenhuizen als uitgangspunt te gebruiken. Op basis van de inventarisatie had tevens de cao VVT als referentiegroep gebruikt kunnen worden. Om onderstaande redenen is daar echter niet voor gekozen:

- In beide cao's is de functie conform de FWG 3.0-methodiek gewaardeerd in FWG 55. De verschillen in het basissalaris tussen beide cao's zijn minimaal.
- Kijkend naar de doelgroep van de logopedisten in ziekenhuizen, is deze breder dan de doelgroep in een VVT instelling waarbij naar onze mening de doelgroep van een vrijgevestigde logopedist beter aansluit bij die van een logopedist werkzaam in een ziekenhuis.

Uit de vergelijking tussen het BBRA-salaris en het salaris van de cao Ziekenhuizen blijkt dat er een aanzienlijk verschil is van 18,85%. Vanwege het grote verschil dient herziening van de BBRA-schaal in overweging genomen te worden. Deze bevinding wordt ondersteund doordat uit de horizontale vergelijking blijkt dat deze functie veelal in FWG 55 wordt ingeschaald. Indien de cao Ziekenhuizen zal worden gevolgd, komt BBRA-schaal 10 trede 9 het dichtst in de buurt met een brutomaandsalaris van EUR 3.722,42 en totale arbeidskosten per jaar van EUR 51.963.

Mondhygiënist

Voor een mondhygiënist is in het verleden geen BBRA-schaal vastgesteld. Derhalve is deze ook niet opgenomen in het overzicht. Wel zijn de cao Gezondheidscentra alsmede de salarisadviezen van de NMT en ANT opgenomen.

Cao:	Cao Gez Centr	NMT advies I	NMT advies II	ANT niet curatief	ANT curatief
Peildatum inkomen	1-4-2012	1-1-2013	1-1-2013	1-1-2013	1-1-2013
Uren werkweek	36	38	38	38	38
Vakantietoelage %	8,00%	8,00%	8,00%	8,00%	8,00%
Eindejaarsloelage %	4,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Overige toeslagen per maand in EUR	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Max maandsalaris in EUR	€ 2.808	€ 2.809	€ 3.162	€ 3.301	€ 3.498
Jaarsalaris in EUR	€ 33.695	€ 33.705	€ 37.946	€ 39.617	€ 41.974
Vakantietoelage in EUR	€ 2.696	€ 2.696	€ 3.036	€ 3.169	€ 3.358
Eindejaarsuitkering in EUR	€ 1.638	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Overige toeslagen in EUR	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Totaal jaarinkomen in EUR	€ 38.028	€ 36.402	€ 40.982	€ 42.787	€ 45.332

Uitgangspunten:

- Cao Gezondheidscentra: Schaal 7 zoals functie is ingedeeld in cao.
- NMT advies I: dit betreft de functie van vakvolwassen mondhygiënist welke conform de NMT Salarisadvies Arbeidsvoorwaardenregeling 2013 ingedeeld is in salarisschaal III.
- NMT advies II: dit betreft de functie van senior mondhygiënist welke conform de NMT Salarisadvies Arbeidsvoorwaardenregeling 2013 ingedeeld is in salarisschaal IV.
- ANT niet curatief: dit betreft het functie-eindsalaris van een mondhygiënist zonder curatieve taken conform het salarisadvies van de ANT per 2013.
- ANT curatief: dit betreft het functie-eindsalaris van een mondhygiënist die ook curatieve taken uitvoert conform het salarisadvies van de ANT per 2013. Hiervoor geeft een tandarts opdracht en is vaak aanvullende opleiding nodig.

In bovenstaande tabel is één referentieschaal gebruikt voor de mondhygiënist, namelijk het salaris voor een mondhygiënist conform de cao Gezondheidscentra. Op basis van de inventarisatie hadden tevens de salarisadviezen van de brancheverenigingen NMT en ANT als referentiegroep gebruikt kunnen worden; om onderstaande redenen is echter gekozen voor de cao Gezondheidscentra:

- In de cao Gezondheidscentra is de functie van mondhygiënist specifiek benoemd en beschreven. Vakinhoudelijk zit er daarbij geen verschil tussen het vakvolwassen profiel van een mondhygiënist in loondienst of een vrijgevestigde mondhygiënist. In de cao is deze functie ingedeeld in de daarvoor vastgestelde salarisschaal.
- Ter bepaling van de beste passende referentiefunctie heeft een cao de voorkeur boven een salarisadvies. De cao Gezondheidscentra heeft een bindend karakter en een salarisadvies van brancheverenigingen NMT en ANT niet.

Indien het salaris van een mondhygiënist gekoppeld dient te worden aan een BBRA-schaal om te komen tot het totale jaarinkomen van EUR 38.028, komt het functie-eindsalaris van BBRA-schaal 7 het dichtst in de buurt. Dit betreft een maandsalaris van EUR 2.745,11 en totale arbeidskosten per jaar van EUR 38.321.

Tandprotheticus

Ook voor de tandprotheticus is evenals voor de mondhygiënist in het verleden geen BBRA-schaal vastgesteld ter bepaling van de hoogte van de arbeidskostencomponent. Derhalve is deze ook niet opgenomen in het overzicht. Wel is de cao Tandtechniek opgenomen alsmede de cao Gezondheidscentra.

Cao:	Cao Tandtechniek	Cao Gez Centr
Peildatum inkomen	1-1-2013	1-4-2012
Uren werkweek	38	36
Vakantietoeslag %	8,00%	8,00%
Eindejaarstoeslag %	0,00%	4,50%
Overige toeslagen per maand in EUR	€0,00	€0,00
Max maandsalaris in EUR	€2.823	€2.808
Jaarsalaris in EUR	€33.876	€33.695
Vakantietoeslag in EUR	€2.710	€2.696
Eindejaarsuitkering in EUR	€0	€1.638
Overige toeslagen in EUR	€0	€0
Totaal jaarinkomen in EUR	€36.586	€38.028

Uitgangspunten:

- Cao Tandtechniek: schaal F voor functie specialist prothese als referentiefunctie.
- Cao Gezondheidscentra: als vergelijk dezelfde schaal als mondhygiënist op basis van functiezwarte, schaal 7.

In bovenstaande tabel is één referentieschaal gebruikt voor de tandprotheticus, namelijk het salaris voor een specialist prothese conform cao Tandtechniek. Op basis van de inventarisatie had tevens de cao Gezondheidscentra als referentiegroep gebruikt kunnen worden; om onderstaande redenen is echter niet gekozen voor de cao Gezondheidscentra:

- De cao Tandtechniek is speciaal opgesteld voor medewerkers in de sector. Vanwege de specifieke aard van deze cao en aansluiting bij de werkzaamheden die een tandprotheticus als vrije beroepsbeoefenaar ook uitvoert, is gekozen voor deze cao.
- In de cao Gezondheidscentra komt de functie tandprotheticus niet voor.

Indien het salaris van een tandprotheticus gekoppeld dient te worden aan een BBRA-schaal om te komen tot het totale jaarinkomen van EUR 36.586 dan komt functieschaal 7 trede 9 van BBRA het dichtst in de buurt. Dit betreft een maandsalaris van EUR 2.652,53 en totale arbeidskosten per jaar van EUR 37.028.

5.2 B. Toetsing onderlinge verhoudingen (stap 6-7)

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de verhouding tussen de waardering van functies en verhouding van de arbeidskosten van de vrije beroepsbeoefenaren. Deze vergelijking vindt plaats door alle functiewaarderingen en primaire arbeidskosten te indexeren ten opzichte van de functie huisarts. Indien blijkt dat de verschillen tussen functiewaardering en primair inkomen significant afwijken, wordt dit als attentiepunt meegenomen.

Stap 6: Vaststellen functiezwaarte en -rangordening

In bijgaand hoofdstuk is weergegeven wat de uitkomsten zijn van de functiewaardering. In de bijlagen zijn de uitgewerkte functiewaarderingen opgenomen met achterliggend bronmateriaal. Om deze stappen uit te kunnen voeren zijn onderstaande uitgangspunten gehanteerd.

- De functies zijn gewaardeerd middels de IMF op basis van publieke informatie over de te waardenen functies.
- In eerste instantie is gezocht naar een functieprofiel vanuit de beroepsgroepen van de verschillende beroepsbeoefenaren. Daarnaast zijn de beroepsbeschrijvingen van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) gebruikt. Indien bruikbaar, is overige aanvullende informatie gebruikt, waarvan bronvermelding is opgenomen.
- Voor het waardenen van opleidingseisen zijn slechts geaccrediteerde opleidingen gebruikt voor de beoordeling van basiskennis. Eventuele aanvullende (niet-geaccrediteerde) opleidingen zijn in de weging meegenomen bij het onderdeel ‘aanvullende theoretische kennis’.
- Alle functies zijn, na de waardering, geïndexeerd ten opzichte van de ijkfunctie huisarts. Dit maakt de vergelijkbaarheid onderling makkelijker en deze indexering vindt later in dit onderzoek nogmaals plaats ten aanzien van de arbeidskosten. Redenen waarom de huisarts, in overleg met de NZa, gekozen is als indexfunctie zijn de volgende:
 - De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte.
 - De huisarts geeft diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. Hiermee opereert de huisarts als poortwachter in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Onderstaand is weergegeven welke zwaarte de functies hebben gekregen op basis van waardering met de IMF-methodiek. Tevens is zichtbaar hoe de functies ‘scoren’ als de functie huisarts als index wordt gebruikt. Voor de totstandkoming van deze scores verwijzen wij naar bijlage II.

Functie	Waardering functie zwaarte in punten	Index functiezwaarte (obv huisarts)
HUISARTS	75	100
TANDARTS	64	85
ORTHODONTIST	77	103
VERLOSKUNDIGE	46	61
LOGOPEDIST	41	55
MONDHYGIËNIST	40	53
TANDPROTHETICUS	37	49

Op basis van bovenstaande waardering blijkt een duidelijk onderscheid in puntenwaardering tussen de huisarts, tandarts en orthodontist enerzijds en verloskundige, logopedist, mondhygiënist en tandprotheticus anderzijds. Dit verschil wordt met name veroorzaakt door het opleidingsniveau en de beslissingsvrijheid. Deze ligt voor de eerste drie genoemden op meerjarige universitaire opleidingen en een grote beslissingsvrijheid. Voor de laatstgenoemden betreffen dit reguliere hbo-opleidingen waarbij de beslissingsvrijheid (behalve bij de verloskundige) lager is. Ten opzichte van de huisarts is er één functie die zwaarder is, te weten de functie orthodontist.

Stap 7: Toetsing primaire arbeidskosten met functiezwaarte

In onderstaande tabel zijn de volgende onderdelen weergegeven per functie:

Voorlopig voorstel arbeidskostencomponent	Voorstel arbeidskostencomponent op basis van horizontale vergelijking met BBRA en vergelijkbare functies binnen de zorg per vrije beroepsbeoefenaar.
Index arbeidskostencomponent (o.b.v. huisarts)	Indexatie van voorlopig voorstel arbeidskosten op basis van voorlopige arbeidskosten van de ijkfunctie huisarts.
Waardering functiezwaarte in punten	Puntentoekenning functiezwaarte op basis van IMF.
Index functiezwaarte (o.b.v. huisarts)	Indexatie van punten voor functiezwaarte op basis van functiezwaarte van de ijkfunctie huisarts.
Afwijking indexcijfers	Het indexcijfer van de primaire arbeidskosten wordt afgetrokken van het indexcijfer van de functiezwaarte. Indien de afwijking groter is dan 5 punten (zowel positief als negatief), wordt deze voor nader onderzoek aangemerkt.

Functie	Voorlopig voorstel primaire arbeidskosten	Index primaire arbeidskosten (obv huisarts)	Waardering functie zwaarte in punten	Index functiezwaarte (obv huisarts)	Afwijking indexcijfers
HUISARTS	€ 88.403	100	75	100	0
TANDARTS	€ 74.788	85	64	85	0
ORTHODONTIST	€ 99.325	112	77	103	-9
VERLOSKUNDIGE	€ 58.632	66	46	61	-5
LOGOPEDIST	€ 51.963	59	41	55	-4
MONDHYGIËNIST	€ 38.321	43	40	53	10
TANDPROTHETICUS	€ 37.028	42	37	49	7

Op basis van de onderlinge vergelijking blijkt dat de het indexcijfer van de functies van orthodontist, mondhygiënist en tandprotheticus meer dan 5 punten afwijken en in aanmerking komen voor nader onderzoek. Conform beschreven methodiek wordt voor alle drie de functies de rekenregel toegepast welke beschreven is in hoofdstuk 4 stap 7.

Orthodontist

$(\text{Voorlopige primaire arbeidskosten} / \text{index primaire arbeidskosten}) * (\text{index functiezwaarte} + 5)$

Voor de orthodontist gelden in bovenstaande formule de volgende cijfers.
 $(\text{EUR } 99.325 / 112) * (103 + 5) = \text{EUR } 95.778$

Indien hierbij de beste passende BBRA salarisschaal wordt gezocht resulteert dit in salarisschaal 16 trede 8 met een maansalaris van EUR. 6.918,80 en een totaal jaarsalaris van EUR. 96.584. Op basis van de vastgestelde methodiek en toepassing van de 'rekenregels' worden de voorlopige primaire arbeidskosten voor een orthodontist bepaald op EUR 96.584.

Mondhygiënist

(Voorlopige primaire arbeidskosten / index primaire arbeidskosten) * (index functiezwaarte -5)

Voor de mondhygiënist gelden in bovenstaande formule de volgende cijfers.
 $(\text{EUR } 38.321/43) * (53-5) = \text{EUR } 42.777$

Indien hierbij de beste passende BBRA salarisschaal wordt gezocht resulteert dit in salarisschaal 8 trede 10 met een maansalaris van EUR. 3.082,92 en een totaal jaarsalaris van EUR. 43.036. Op basis van de vastgestelde methodiek en toepassing van de ‘rekenregels’ worden de voorlopige primaire arbeidskosten voor een mondhygiënist bepaald op EUR 43.036.

Tandprotheticus

(Voorlopige primaire arbeidskosten / index primaire arbeidskosten) * (index functiezwaarte -5)

Voor de tandprotheticus gelden in bovenstaande formule de volgende cijfers.
 $(\text{EUR } 37.028/42) * (49-5) = \text{EUR } 38.791$

Indien hierbij de beste passende BBRA salarisschaal wordt gezocht resulteert dit in salarisschaal 7 trede 10 met een maansalaris van EUR. 2.745,11 en een totaal jaarsalaris van EUR. 38.321. Op basis van de vastgestelde methodiek en toepassing van de ‘rekenregels’ worden de voorlopige primaire arbeidskosten voor een tandprotheticus bepaald op EUR 38.321.

5.3 C. Arbeidskosten voor praktijkeigenaren (stap 8-10)

In onderstaand hoofdstuk wordt tekst en uitleg gegeven omtrent de hoogte van de bedragen voor inconveniënten en aankledingsposten voor de vrije beroepsbeoefenaren.

Stap 8: Bepalen primaire arbeidskosten

Op basis van voorgaande stappen worden de primaire arbeidskosten voor vrije beroepsbeoefenaren conform onderstaand overzicht vastgesteld volgens de gekozen methodiek.

Functie	Voorlopig voorstel primaire arbeidskosten	Herziene primaire arbeidskosten	BBRA schaal; trede
HUISARTS	€ 88.403	€ 88.403	schaal 15, trede 8
TANDARTS	€ 74.788	€ 74.788	schaal 13, trede 9
ORTHODONTIST	€ 99.325	€ 96.584	schaal 16, trede 8
VERLOSKUNDIGE	€ 58.632	€ 58.632	schaal 11, trede 9
LOGOPEDIST	€ 51.963	€ 51.963	schaal 10, trede 9
MONDHYGIËNIST	€ 38.321	€ 43.036	schaal 8, trede 10
TANDPROTHETICUS	€ 37.028	€ 38.321	schaal 7, trede 10

Stap 9: Bepalen toeslag voor inconveniënten

In overleg met de NZa is besloten slechts voor de functie van verloskundige een toeslag voor inconveniënten toe te kennen. Conform het uitgevoerde onderzoek door Significant in september 2009 wordt dit bedrag vastgesteld op 16,1% van de arbeidskosten.

Voor de huisarts worden kosten van ANW-uren vergoed door tariefafspraken met huisartsenposten. Huisartsen kunnen voor hun werkzaamheden in de ANW-uren EUR 65 per uur in rekening brengen bij de Huisartsendienstenstructuur (HDS). Voor huisartsen die niet participeren in een HDS is voor incidentele en acute huisartsenhulp in avond-, nacht- en weekenduren een apart consulttarief van kracht. De vergoeding voor ANW-uren staat dus los van het systeem van de arbeidskostencomponent en bijbehorende tariefberekening.

In beleidsregel tandheelkundige zorg (BR-CU-7079) wordt voor mondzorgverleners geen bedrag opgenomen voor inconveniënten. De beleidsregel voorziet echter op een andere wijze in toeslag voor gewerkte uren in de weekenden, avonden en nachten. Hiervoor zijn drie specifieke prestatiecodes opgenomen, te weten:

C85 Weekendbehandeling	Van zaterdag 00.00 uur tot zondag 24.00 uur. Niet in rekening te brengen bij reguliere (niet-incidentele) praktijkwerktijden. Tevens bedoeld voor algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet. Kan ook in combinatie met C86 of C87 worden gedeclareerd.
C86 Avondbehandeling	Tussen 18.00-24.00 uur. Niet in rekening te brengen bij reguliere (niet-incidentele) praktijkwerktijden. Kan ook in combinatie met C85 worden gedeclareerd.
C87 Nachtbehandeling	Tussen 24.00-07.00 uur. Kan ook in combinatie met C85 worden gedeclareerd.

Het tarief voor de drie prestatiecodes is in alle gevallen EUR 20,52. Er wordt derhalve geen aparte toeslag voor inconveniënten toegekend.

Voor de orthodontische zorg en de logopedist is het leveren van zorg in de ANW-uren niet noodzakelijk.

Stap 10: Bepalen toeslag aankledingsposten

In dit onderzoek zijn aankledingsposten gedefinieerd als een compensatie voor de zogenaamde werkgeverslasten, premies en voorzieningen die door de werkgever worden betaald en die voor vrije beroepsbeoefenaren worden gecompenseerd in de vorm van een aankleding boven op het salarisdeel in het normatieve inkomen. In overleg met de NZa is besloten de aankledingsposten te berekenen op basis van de BBRA-arbeidsvoorwaarden en het geldende pensioenfonds bij de overheid, te weten het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP). Hierbij zijn de tarieven geldend in 2013 als uitgangspunt gebruikt. Herijking van de aankledingsposten zal derhalve jaarlijks plaats moeten vinden op basis van de geldende tarieven.

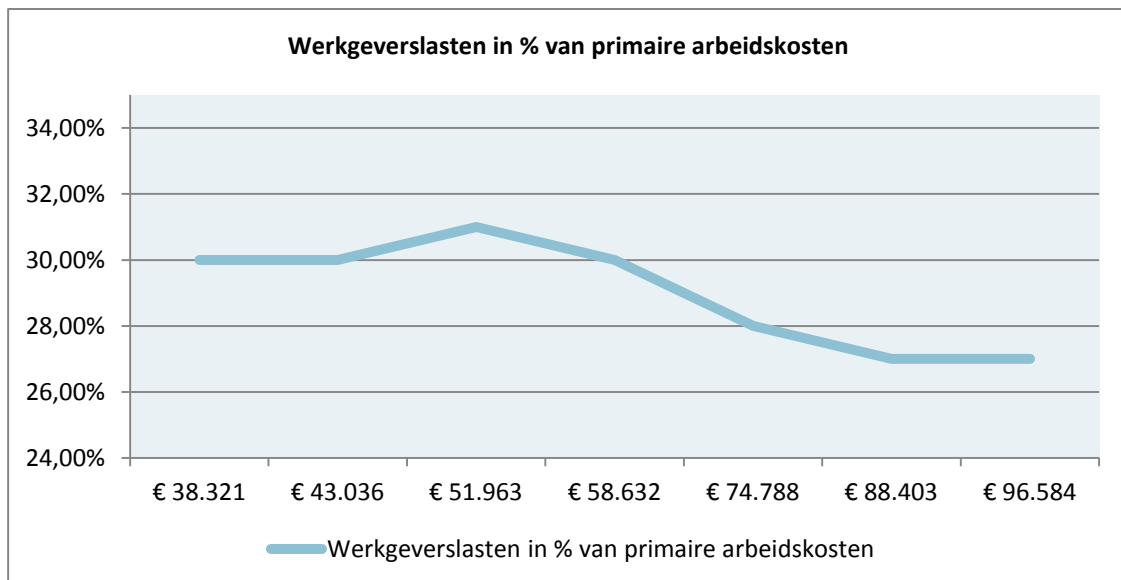
In dit onderzoek worden tot de aankledingsposten de onderstaande onderdelen gerekend:

- Werknemersverzekeringen (WW Awf/Wgf, WAO/WIA, WGA).
- Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw.
- Pensioenpremie Ouderdomspensioen ABP voor overheid.
- Pensioenpremie ArbeidsOngeschiktheidsPensioen.

Voor het berekenen van de bedragen zijn onderstaande percentages aan premie aangehouden:

	Franchise	Premiepercentages werkgever	Maximum premieplichtig bedrag
Pensioen / VUT			
Ouderdoms- en nabestaandenpensioen (OP/NP)	€10.950	17,78%	nvt
Algemene nabestaandenwet (ANW)	€10.950	0,075%	nvt
Overgangspremie VPL	nvt	1,60%	nvt
Arbeidsongeschiktheidspensioen (AOP)	€19.000	0,225%	nvt
Werknemersverzekeringen			
Arbeidsongeschiktheid (WAO/WIA)	nvt	4,65%	€50.853
Werkloosheid (WW)	nvt	1,70%	nvt
Uitvoeringsfonds voor de overheid (UFO)	nvt	0,78%	€50.853
Zorgverzekeringswet (Zvw)	nvt	7,75%	€50.853
Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA)	nvt	0,52%	€50.853

Hieruit blijkt dat de bedragen voor sociale lasten veelal gemaximeerd zijn op een bedrag van EUR 50.853. Daarnaast geldt een franchise op het OP/NP en de ANW van EUR 10.950 en op het AOP van EUR 19.000. Dit betekent dat er geen lineair verband is tussen deze werknemerslasten en het inkomen. Onderstaand is visueel weergegeven wat het percentage werkgeverslasten is indien het voorlopig voorstel arbeidskosten wordt overgenomen.



Uit bovenstaande tabel blijkt duidelijk dat het percentage werkgeverslasten vanaf een inkomen van meer dan EUR 51.000 sterk daalt. Dit heeft onder andere te maken met het maximum premieplichtig bedrag voor een aantal sociale verzekeringen dat is gesteld op EUR 50.853. Op basis van deze uitkomsten is besloten om wat betreft de aankledingsposten te werken met twee rekenregels die gebruikt worden voor de vrije beroepsbeoefenaren:

- Indien de primaire arbeidskosten van een vrije beroepsbeoefenaar lager zijn dan EUR 52.000, wordt een percentage aankledingsposten gebruikt dat gelijkstaat aan 30% van de arbeidskosten.

- Indien de primaire arbeidskosten van een vrije beroepsbeoefenaar hoger zijn dan EUR 52.000 wordt een percentage aankledingsposten gebruikt dat gelijkstaat aan 27,5% van de arbeidskosten.

Stap 11: Uitkomsten doorrekening totale arbeidskostencomponent praktijk eigenaren

Op basis van onze opdrachtbevestiging heeft de NZa ons gevraagd een eerste doorrekening te maken volgend uit bovenstaande stappen.

Op basis van eerder beschreven componenten is onderstaand de uitkomst weergegeven, van deze eerste doorrekening, wat betreft de hoogte van de totale arbeidskostencomponent voor de vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg op basis van de gekozen methodiek.

Functie	Voorstel primaire arbeidskosten	Aankledingsposten	Toeslag voor inconveniënten	Totale arbeidskostencomponent
HUISARTS	€ 88.403	€ 24.311	€ -	€ 112.713
TANDARTS	€ 74.788	€ 20.567	€ -	€ 95.355
ORTHODONTIST	€ 96.584	€ 26.561	€ -	€ 123.144
VERLOSKUNDIGE	€ 58.632	€ 16.124	€ 9.440	€ 84.195
LOGOPEDIST	€ 51.963	€ 15.589	€ -	€ 67.553
MONDHYGIËNIST	€ 43.036	€ 12.911	€ -	€ 55.947
TANDPROTHETICUS	€ 38.321	€ 11.496	€ -	€ 49.817

Bijlage I: Toelichting begrippen

Onderstaand zijn de belangrijkste begrippen toegelicht die in de rapportage veelvuldig worden gebruikt.

Totale arbeidskostencomponent

Het totale salarisdeel bestaande uit de primaire arbeidskosten, aankledingsposten en toeslag voor inconveniënten.

Norminkomen

Begrip is komen te vervallen en vervangen door ‘totale arbeidskostencomponent’.

Primaire arbeidskosten

Het salarisdeel, brutowerknemersdeel van het inkomen, bestaat uit verschillende componenten: het basissalaris, vakantietoeslag en eventuele overige toeslagen.

Primair inkomen

Vervanging van begrip ‘primaire arbeidskosten’.

Maandsalaris

Onder maandsalaris wordt het overeengekomen brutosalaris verstaan, dat correspondeert met de overeengekomen arbeidsduur. Het maandsalaris is altijd exclusief vakantietoeslag, overige bijzondere toeslagen en vergoedingen voor inconveniënten.

Vakantietoeslag

Vakantietoeslag betreft een jaarlijkse toeslag. Deze bedraagt in principe 8% van het jaarsalaris. Het kan voorkomen dat vakantietoeslag ook over ‘overige toeslagen’ en ‘vergoedingen voor inconveniënten’ wordt berekend.

Eindejaarsuitkering

Uitkering aan het einde van het jaar welke conform afspraken in de cao wordt uitgekeerd. Meestal een percentage over het totale jaarsalaris (eventueel vermeerderd met het opgebouwde vakantiegeld).

Overige toeslagen

In de cao vastgelegde specifieke toeslagen ten behoeve van de vergoeding van alle werkelijk gemaakte persoonlijke kosten in het kader van de functie-uitoefening.

Aankledingsposten

Aankledingsposten betreft compensatie voor de zogenaamde werkgeverslasten, premies en voorzieningen die door de werkgever worden betaald en die voor vrije beroepsbeoefenaren worden gecompenseerd in de vorm van een aankleding boven op de primaire arbeidskosten in de totale arbeidskostencomponent.

Toeslag voor inconveniënten

Een jaarlijkse verrekening in de totale praktijk voor vergoeding voor onregelmatigheidsdiensten in de avond, de nacht en het weekend.

Funciewaardering

Een methodische rangschikking van functies naar hun inhoudelijke zwaarte, als instrument voor het vaststellen van aanvaardbare beloningsverhoudingen.

Functiebeschrijving

Een document waarin de inhoud van de functie wordt beschreven. Dit dient als basis voor de waardering van de functie.

Referentiefunctie

Functie die gebruikt wordt om te toetsen of de primaire arbeidskosten van vergelijkbaar niveau zijn als voor dezelfde functies wordt betaald in loondienst.

Eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg is zorg waar mensen zelf zonder verwijzing naartoe kunnen gaan. Voorbeelden hiervan zijn bezoek aan een huisarts, tandarts en logopedist.

Praktijkeigenaar

Vrije beroepsbeoefenaar die als meewerkend voorman eigenaar is van de praktijk waarin eerstelijnszorg wordt aangeboden.

Franchise

Gedeelte van het primaire inkomen dat vrijgesteld is voor de betaling van pensioenpremie.

Maximum premieplichtig bedrag

Maximaal bedrag waarover sociale premies betaald moeten worden.

Bijlage II: Functiebeschrijving en -waardering vrije beroepsbeoefenaren

Beschrijving en waardering huisarts

Functieomschrijving

Om een rangordening te kunnen maken is het van belang voldoende inzicht te hebben in de functies. Onderstaand is de functie van huisarts, vanuit een drietal invalshoeken, nader beschreven. De gebruikte bronnen zijn:

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- www.werkvoorartsen.nl

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl)

Taakomschrijving:

Huisartsen vormen de spil van de eerstelijnszorg. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. De huisarts biedt diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. De huisartsenzorg is generalistisch, toegankelijk en persoonsgericht. Steeds meer huisartsen werken in de praktijk samen met een of meer collega's. Buiten kantooruren (avond, nacht, weekend) bieden 127 centrale huisartsenposten (HAP) in 54 huisartsendienstenstructuren (HDS) huisartsenzorg.

Bron: www.nhg.org NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde juni 2011

Kernwaarden:

Generalistisch

Huisartsgeneeskundige zorg is generalistische zorg. Generalistisch betekent dat de huisarts openstaat voor alle mogelijke klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid van alle mensen van jong tot oud. De huisarts beschikt over de kennis en vaardigheid om deze adequaat in te schatten en op grond daarvan zelf te handelen, respectievelijk te adviseren of te verwijzen waarbij hij onder meer rekening houdt met het natuurlijk beloop van ziekten.

Persoonsgericht

Huisartsgeneeskundige zorg is persoonsgerichte zorg. Dit betekent dat de huisarts rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we de levensloop en de leef- en werkomgeving van de patiënt. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.

Continu

Huisartsgeneeskundige zorg is continue zorg. Dit betekent dat de huisarts voor de patiënt de constante factor is in de gezondheidszorg. Hij zorgt voor continuïteit van zorg tijdens ziekte-episodes en gedurende de levensloop. De huisarts werkt samen met andere zorgverleners en zorgt door zijn regierol voor samenhang in de zorg.

Functieomschrijving:

De huisarts richt zich op alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte van alle mensen. Dit generalistisch uitgangspunt is nauw verbonden met het persoonsgerichte karakter van en met continuïteit in de zorg. De huisarts past zijn medische kennis en vaardigheden toe en combineert deze met kennis van de levensloop en medische voorgeschiedenis van de patiënt in diens leef- en werkomgeving en sociale context. Bovendien is de

huisarts gedurende langere tijd de constante factor in de medische zorg voor de patiënt, in periodes van gezondheid en ziekte.

Europese definitie van de huisartsgeneeskunde

- Huisartsenzorg is normaliter het eerste medische aanspreekpunt in de gezondheidszorg met een vrije en onbegrensde toegang en biedt een eerste opvang voor alle gezondheidsproblemen ongeacht leeftijd, sekse of enige andere eigenschap van de persoon in kwestie.
- Huisartsenzorg stimuleert efficiënt gebruik van de financiële middelen voor de gezondheidszorg door de zorg te coördineren, door met de andere professionals in de eerste lijn samen te werken, door in relatie met andere specialismen een spilfunctie te vervullen en daarbij, waar nodig, de rol van vertrouwenspersoon voor de patiënt op zich te nemen.
- Huisartsenzorg hanteert een persoonsgerichte benadering, gericht op het individu, zijn/haar familie en de leefomgeving.
- Huisartsenzorg maakt gebruik van een unieke consultvoering, gericht op de opbouw van een langdurige relatie dankzij een effectieve arts-patiëntcommunicatie.
- Huisartsenzorg garandeert continuïteit van zorg gedurende de gehele levensloop, aansluitend bij de behoeften van de patiënt.
- Huisartsenzorg past eigen besliskundige procedures toe op geleide van prevalentie en incidentie van ziekten in de bevolking.
- Huisartsenzorg pakt zowel acute als chronische gezondheidsproblemen aan van individuele patiënten.
- Huisartsenzorg omvat de behandeling van aandoeningen die zich op een ongedifferentieerde manier in een vroeg stadium van hun ontwikkeling presenteren en die directe interventie kunnen vereisen.
- Huisartsenzorg bevordert gezondheid en welzijn door zowel adequate als effectieve interventies.
- Huisartsenzorg heeft een specifieke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de gemeenschap.
- Huisartsenzorg houdt rekening met alle fysieke, psychische, sociale en culturele dimensies van gezondheidsproblemen, inclusief de manier waarop mensen zin geven aan leven, ziekte en overlijden.

Bron: www.Werkvoorartsen.nl

Werkzaamheden:

U bent het eerste aanspreekpunt voor mensen met gezondheidsproblemen. Als generalist bepaalt u de juiste zorg voor uw patiënten. Van alle gezondheidsklachten kunt u ongeveer 90% zelf afhandelen. Voor de resterende 10% verwijst u door naar een andere arts of hulpverlener. Sommige patiënten ziet u met enige regelmaat door de jaren heen. U ziet ze opgroeien en bouwt een band met hen op.

Deze functie kan op verschillende manieren uitgeoefend worden. Net afgestudeerde huisartsen beginnen vaak als waarnemer. Zo doen zij veel ervaring op (die ook nog eens divers van aard is). Maar er zijn meerdere arbeidsvormen. Wat te denken van de Hidsa (Huisarts in dienst bij een huisarts), huisarts binnen een gezondheidscentrum of praktijkhouder. Heeft u affiniteit met een bepaalde doelgroep? Het is tevens mogelijk om een eerstelijnsfunctie te combineren met werk in het verpleeghuis, de forensische zorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, jeugdzorg of GGZ. Daar kunt u bijvoorbeeld een dag per week uw expertise inzetten.

Tijdens kantooruren houdt u spreekuur en legt u huisbezoeken af. Daarnaast draait u avond-, nacht- en weekenddiensten op de huisartsenpost (HAP). De frequentie is afhankelijk van het aantal arbeidsuren. Naast het patiëntencontact bent u belast met administratieve taken en volgt u regelmatig bijscholingscursussen. Parttime werken als huisarts is goed mogelijk.

Samenwerken is binnen uw vakgebied van groot belang. Op uw werkplek werkt u samen met diverse ondersteunende disciplines, zoals doktersassistenten en praktijkondersteuners. Daarnaast heeft u veelvuldig contact met andere huisartsen, specialisten en externe zorgorganisaties.

Waardering functie

Functie: Huisarts		
Gezichtspunten	Score/positie	Toelichting
Tabel 1a <i>Kennis</i>	22	Basisopleiding bestaat uit zes jaar geneeskunde en vervolgens een driejarige master tot huisarts. De masteropleiding bestaat uit 21 tot 30 maanden leren en werken in de praktijk van een als opleider erkende huisarts en vervolgens uit zes tot 15 maanden stages buiten de huisartspraktijk, waaronder in elk geval een stage van ten minste zes maanden in een ziekenhuis.
Tabel 1b <i>Aanvullende kennis</i>	6	Drie jaar specialisatie tot huisarts, en de master duurt één jaar langer dan bij andere studies (drie in plaats van twee). Daarnaast wordt één jaar gerekend als aanvullende kennis om de praktijkkennis op te doen inzake de uit te voeren werkzaamheden.
Tabel 2 <i>Beslissingsvrijheid</i>	D1	Grote kans op schade bij verkeerde keuzes. Keuze uit aantal mogelijke aanpakken/methodieken. Eindverantwoordelijk voor alles wat er in de praktijk gebeurt. Pas achteraf verantwoording afleggen voor gemaakte keuzes. De huisarts past zijn medische kennis en vaardigheden toe en combineert deze met kennis van de levensloop en medische voorgeschiedenis van de patiënt in diens leef- en werkomgeving en sociale context. De huisarts beschikt over de kennis en vaardigheid om klachten en problemen adequaat in te schatten en op grond daarvan zelf te handelen, respectievelijk te adviseren of te verwijzen waarbij hij onder meer rekening houdt met het natuurlijk beloop van ziekten. De huisarts werkt samen met andere zorgverleners en zorgt door zijn regierol voor samenhang in de zorg.
Uitkomst <i>Beslissingsvaardigheid</i>	61	
Tabel 3a <i>Leidinggeven</i>	2	Een huisarts met een eigen praktijk heeft meestal een kleine staf voor ondersteunende activiteiten. Als uitgangspunt is een gemiddelde van circa 3 medewerkers gehanteerd waaraan (volledig) leiding wordt gegeven
Tabel 3b <i>Projectleiding</i>	0	Projectleiding is niet van toepassing omdat dit met grote regelmaat leidinggeven aan hiërarchisch niet ondergeschikten betreft.
Tabel 4 <i>Contact-/overlegvaardigheid</i>	9	Breed overleg in keten eerstelijnszorg en ziekenhuis, complex van aard. Belangrijke taak in kader van preventie is ombuigen van gedrag en overtuigingen bij cliënten. In levensbedreigende situaties geven van intensieve begeleiding. Huisartsen vormen de spil van de eerstelijnszorg. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. Daarnaast is er veelvuldig contact met andere huisartsen, specialisten en externe zorgorganisaties.
Tabel 5a <i>Nauwkeurigheid</i>	2	Kleine ingrepen vereisen zeer grote nauwkeurigheid. Dit vindt echter niet meer dan vier uur per dag plaats.

Tabel 5b <i>Samengesteldheid</i>	1	Hand-oogcoördinatie bij meest complexe taken van belang, diverse houdingen aannemen om onderzoeken bij cliënten uit te kunnen voeren.
--	---	---

K tabel 1a/b	BV tabel 2	Bva uitkomst	L tabel 3a/b	C tabel 4	Bew.V. tabel 5a/b	Totaal
28	D1	61	2	9	3	75

Beschrijving en waardering tandarts

Funcieomschrijving

Om een rangordening te kunnen maken is het van belang voldoende inzicht te hebben in de functies. Onderstaand is de functie van tandarts, vanuit een drietal invalshoeken, nader beschreven. De gebruikte bronnen zijn:

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- NIZW beroepsontwikkeling
- NMT

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl)

Taakomschrijving:

De diversiteit in de werkzaamheden van de tandarts neemt toe. Dit heeft te maken met de ontwikkeling van het vakgebied, de overgang van tandheelkundige zorg tot mondzorg en de toename van de samenwerking van de verschillende beroepsgroepen in de mondzorg.

- Tandarts/mondarts in engere zin: hij/zij verzamelt informatie, stelt diagnoses, stelt behandel- en zorgplannen op en voert tandheelkundige behandelingen uit, meestal van curatieve aard. Dat betreft behandelingen gericht op problemen als: cariëslaesies, paradontale afwijkingen (paradontitis, gingivitis), verloren gebitselementen, ontsteking van de zenuw en het gebied rond de wortelpunt, te extraheren gebitselementen, verlies van (kauw- en esthetische) functie.
- De medicus: de tandarts stelt zich op de hoogte van de algemene gezondheid van de patiënt, inclusief medicijngebruik. Op grond daarvan stelt hij/zij zorg- en behandelplannen en de uitvoering van mondzorg bij. Hij/zij is in staat in acute situaties in te grijpen.
- De zorgverlener: de tandarts/mondarts draagt zorg voor de regie van de zorg voor patiënten, ook als er meerdere zorgverleners zijn, en voor adequate informatie aan de patiënt. Hij/zij draagt er zorg voor dat de mondzorg wordt afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Daarbij moet de mondzorg voor de patiënt zo min mogelijk belastend zijn.
- Wetenschapper: de tandarts baseert zijn/haar activiteiten op de kennis en vaardigheden waarvoor wetenschappelijk bewijs bestaat. Daarbij houdt hij/zij rekening met de wensen en mogelijkheden van de patiënt en zijn eigen ervaring.
- Manager; de tandarts/mondarts dient de patiëntenzorg te organiseren, zowel op individueel niveau als voor de gehele groep waarvoor de tandarts/mondarts zorg draagt.

Bron: beroepsprofiel tandarts algemeen practicus, NIZW beroepsontwikkeling 2006

Funcieomschrijving Tandarts

De tandarts werkt in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit betekent dat de zorg die de tandarts levert direct, permanent en vrij toegankelijk is. De tandarts is dus het eerste aanspreekpunt voor patiënten met vragen over mondgezondheid. Gebruikers van tandheelkundige zorg kunnen zelf hun tandarts kiezen. Wanneer een patiënt niet tevreden is over zijn tandarts, heeft hij de keuze om een andere tandarts te zoeken. Het toelaten van patiënten wordt niet bepaald door de verzekeringsvorm.

In de eerste lijn levert de tandarts een eigen, herkenbare bijdrage aan de tandheelkundige zorg. Hij is gericht op het handhaven c.q. verbeteren van de mondgezondheid en het zo lang mogelijk behouden van de orofaciale functies. De zorg omvat een breed pakket van diagnostische, therapeutische, preventieve en curatieve tandheelkundige zorg (de

zogenaamde integrale tandheelkundige zorg).

Als beroepsgroep hebben tandartsen een maatschappelijke verplichting. Zij zorgen ervoor dat de tandheelkundige zorg voor iedere burger beschikbaar is en blijft. Hoe die maatschappelijke verantwoordelijkheid naar burgers gestalte krijgt, wordt aan de beroepsgroep zelf overgelaten. Voor de beroepsgroep betekent dit bijvoorbeeld dat zij een bijdrage leveren aan collectieve preventie, vaak in samenwerking met andere partijen.

Kerntaken

De tandarts voert verschillende taken uit. Deze taken zijn verschillend van aard en inhoud en zijn in te delen in de volgende drie domeinen:

- A. Inhoud van de zorg
- B. Praktijkvoering
- C. Professionalisering

Tot domein A 'Inhoud van de zorg' behoren de volgende kerntaken:

- (klinische) Informatie verzamelen, verstrekken en een zorgplan opstellen
- Diagnose stellen, behandelopties genereren en een behandelplan opstellen
- Behandeling uitvoeren, evalueren en registreren

Tot domein B 'Praktijkvoering' behoren de kerntaken:

- Tandartspraktijk voeren
- Continuïteit en coördinatie waarborgen

Tot domein C 'Professionalisering' behoort kerntaak:

- Professionalisering vormgeven

Opleiding

De eisen waaraan een opleiding tot tandarts moet voldoen, zijn vastgelegd in het Besluit opleidingseisen tandarts van 3 oktober 1997. Daarbij is rekening gehouden met Europese richtlijnen. De Europese Unie heeft sinds 1975 richtlijnen opgesteld om binnen Europa een vrije markt voor beroepsbeoefenaren tot stand te brengen. De richtlijnen geven eisen weer voor de inhoud van de opleiding en de minimale studieduur. De opleiding tot tandarts is een universitaire opleiding van ten minste 5 jaar. In het raamplan 2000 zijn de eindtermen van de tandartsopleiding in Nederland beschreven en de vereisten waaraan een tandarts in Nederland moet voldoen. Het raamplan is opgesteld in opdracht van de Kamer Tandheelkunde van de Vereniging Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU).

De universiteiten die de opleiding tandheelkunde aanbieden, besteden in hun studiegidsen aandacht aan de wijze waarop het onderwijs is georganiseerd, waaronder de invoering van de Bachelor-Masterstructuur. Voor het behalen van de Bachelors degree (BSc) staat 3 jaar, voor de Masters degree (MSc) staat 2 jaar.

Bron: NMT (via www.allesoverhetgebit.nl)

Funcieomschrijving Tandarts

De tandarts ziet de patiënt vaak als eerste. Hij/zij onderzoekt, stelt diagnoses, formuleert behandelplannen en behandelt gebitten. De tandarts zorgt ervoor dat ziekten en afwijkingen aan het gebit zoveel mogelijk worden voorkomen. Daarnaast behandelt de tandarts ziekten en afwijkingen. De patiënt houdt zo een goede mondgezondheid en behoudt de functies in het mond- en kauwstelsel zo lang mogelijk. Ook geeft de tandarts patiënten advies en uitleg over mondverzorging, hoewel hij/zij dit steeds vaker delegeert aan de mondhygiënist of (preventie)assistent.

Welke kerntaken heeft de tandarts?

- Algehele controle van het gebit en omliggende weefsels
- Geven van verdoving
- Behandelen van tandbederf (cariës en gaatjes)
- Behandelen van tandvleesontstekingen
- Behandelen van zenuwontstekingen
- Behandelen van kaakgewrichtsklachten
- Uitvoeren wortelkanaalbehandeling
- Plaatsen van kronen en bruggen op zwakke tanden en kiezen met eventueel daarbij behorende implantaten
- Verrichten van kleine kaakchirurgische ingrepen (bijvoorbeeld verstandskiezen verwijderen)
- Plaatsen van beugels
- Behandelen van tandletsel bij ongevallen
- Voorschrijven van medicijnen

Opleiding van de tandarts

Tandartsen hebben een universitaire studie Tandheelkunde afgerond en staan geregistreerd als professioneel beroepsbeoefenaar in het BIG-register. Er is een wet die beschrijft welke tandheekundige handelingen een tandarts mag verrichten. Dit is de wet BIG. Veel tandartsen werken aan het continu verbeteren van de kwaliteit van hun tandheekundige zorg en volgen continu trainingen en cursussen. Een tandarts kan zich inschrijven in het Kwaliteitsregister Tandartsen. Het KRT is een onafhankelijk openbaar kwaliteitsregister waarin de bij- en nascholing van de tandarts wordt vastgelegd.

Waardering functie

Functie: Tandarts		
Gezichtspunten	Score/positie	Toelichting
Tabel 1a <i>Kennis</i>	22	Tandartsen hebben een universitaire studie Tandheelkunde afgerond en staan geregistreerd als professioneel beroepsbeoefenaar in het BIG-register. Voor het behalen van de Bachelors degree (BSc) staat 3 jaar, voor de Masters degree (MSc) staat 2 jaar.
Tabel 1b <i>Aanvullende kennis</i>	3	Master duurt 3 jaar i.p.v. reguliere 1 of 2 jaar. Daarnaast wordt één jaar gerekend als aanvullende kennis om de praktijkkennis op te doen inzake de uit te voeren werkzaamheden.
Tabel 2 <i>Beslissingsvrijheid</i>	C2	<p>Veel keuzevrijheid, creativiteit belangrijk, grote kans op schade bij verkeerde keuze. Tuchtrect is voor deze functie wel van toepassing.</p> <p>In de rol van tandheelkundige zorgverlener is de tandarts uitvoerder van het primaire proces. Hij doorloopt systematisch het cyclische proces van informatie verzamelen, diagnose stellen, beslissingen nemen, uitvoeren en evalueren en past zo nodig zijn handelen, houding of behandelplan aan. Daardoor is hij in staat om hoogwaardige zorg te leveren.</p> <p>In de rol van regisseur voert de tandarts de regie over het primaire proces in de tandheelkunde. Binnen dit primaire proces is hij eindverantwoordelijk voor de organisatie rondom de zorg, de geleverde zorg en het waarborgen van de continuïteit van de behandeling (ook bij verwijzingen naar andere beroepsbeoefenaren). Tevens is hij eindverantwoordelijk voor de inhoud en het beheer van het dossier van de patiënt.</p> <p>Bij vraagstukken die zijn eigen vakgebied overstijgen, consulteert de tandarts zijn collega's of verwijst hij de patiënt door naar gedifferentieerde tandartsen, tandarts-specialisten, andere tandheelkundige beroepsbeoefenaren of beroepsbeoefenaren buiten de tandheelkunde.</p>
Uitkomst <i>Beslissingsvaardigheid</i>	52	
Tabel 3a <i>Leidinggeven</i>	2	Een tandarts met een eigen praktijk heeft meestal een kleine staf voor ondersteunende activiteiten. Als uitgangspunt is een gemiddelde van circa 3 medewerkers gehanteerd waaraan (volledig) leiding wordt gegeven
Tabel 3b <i>Projectleiding</i>	0	Projectleiding is niet van toepassing omdat dit met grote regelmaat leidinggeven aan hiërarchisch niet ondergeschikten betreft.

<p>Tabel 4 <i>Contact- /overlegvaardigheid</i></p>	<p>6</p>	<p>Door het leggen van contact en opbouwen van een professionele relatie met de patiënt wordt een effectieve tandheelkundige behandeling mogelijk.</p> <p>Patiënten worden steeds mondiger en wensen goed geïnformeerd te worden over de behandeling. Van de tandarts wordt verwacht dat deze heldere en begrijpelijke informatie verstrekt en inzicht geeft in de verschillende behandelingen die hij kan uitvoeren en in de gevolgen daarvan.</p> <p>Het is voor een tandarts belangrijk om in te gaan op reacties, ook wat betreft non-verbaal gedrag van een cliënt. Daarnaast moet een tandarts zich kunnen verplaatsen in de cliënt, waardoor de cliënt zich meer op zijn gemak voelt en minder gespannen is.</p> <p>De tandarts zal steeds meer samenwerken met andere beroepsbeoefenaren. Deze samenwerking is nodig om te kunnen voldoen aan de steeds grotere, intensievere en individuelere zorgvraag. Dit vraagt eveneens meer afstemming van de werkzaamheden van de tandarts met andere professionals zoals de orthodontist, mondhygiënist en tandprotheticus. Hierin komt zijn rol van regisseur binnen de mondzorg naar voren.</p>
<p>Tabel 5a <i>Nauwkeurigheid</i></p>	<p>3</p>	<p>Ingrepen vereisen zeer grote nauwkeurigheid. Dit is vindt meer dan vier uur per dag plaats.</p>
<p>Tabel 5b <i>Samengesteldheid</i></p>	<p>1</p>	<p>Hand-oogcoördinatie van belang, dus samengestelde bewegingspatronen.</p>

<p>K tabel 1a/b</p>	<p>BV tabel 2</p>	<p>Bva uitkomst</p>	<p>L tabel 3a/b</p>	<p>C tabel 4</p>	<p>Bew.V. tabel 5a/b</p>	<p>Totaal</p>
<p>25</p>	<p>C2</p>	<p>52</p>	<p>2</p>	<p>6</p>	<p>4</p>	<p>64</p>

Beschrijving en waardering orthodontist

Functieomschrijving

Om een rangordening te kunnen maken is het van belang voldoende inzicht te hebben in de functies. Onderstaand is de functie van orthodontist, vanuit een drietal invalshoeken, nader beschreven. De gebruikte bronnen zijn:

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- VvO

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl)

Taakomschrijving:

De orthodontist werkt meestal buiten het ziekenhuis, maar wel op verwijzing van de tandarts. Deze specialist begeleidt vooral de groei en ontwikkeling van het tand-kaakstelsel, hetgeen vaak gepaard gaat met curatief ingrijpen. Een belangrijke patiëntengroep zijn kinderen rond het twaalfde jaar. Indien nodig is bij hen door de groeiversnelling die ze rond die leeftijd doormaken het tand-kaakstelsel het beste te beïnvloeden. Maar ook bij volwassenen wordt aan tand- en kaakregulatie gedaan. In ernstige gevallen kan operatief ingrijpen (samen met de kaakchirurg) hiervan onderdeel zijn. Door verbeterde technieken kan de zichtbaarheid van 'beugels' geminimaliseerd worden.

Bron: Vereniging van Orthodontisten

Orthodontie is een specialisme in de tandheelkunde. Het houdt zich bezig met het optimaliseren van de stand van tanden in de kaken. De term orthodontie komt van de Oudgriekse woorden orthos (recht) en odontos (tand). Maar de orthodontist doet meer dan alleen tanden recht zetten. Hij houdt zich ook bezig met het beïnvloeden van de groei van kaken zodat een harmonieus gelaat ontstaat. Orthodontische afwijkingen zijn grofweg in te delen in twee categorieën: afwijkingen die het gevolg zijn van een verkeerde groei van de kaken en afwijkingen die te maken hebben met een onregelmatige stand van het gebit. Veel patiënten hebben een combinatie van beide.

De orthodontist is de specialist als het gaat om rechte tanden, een mooie lach en een goed functionerend gebit. Gebruik bij problemen de kennis en ervaring van de orthodontist en vraag om advies. De orthodontist kijkt eerst hoe uw tanden of kiezen staan en of een beugel wenselijk is. Wanneer u een beugel nodig hebt, worden er afdrucken van uw gebit en gebitsmodellen gemaakt. Ook maakt de orthodontist gewone kleurenfoto's (dia's) en röntgenfoto's van uw gebit en uw gezicht. Daaruit volgt een behandelplan. Een orthodontische behandeling duurt meestal twee tot drie jaar.

De orthodontist werkt ook vaak met kaakchirurgen samen. Een veelvoorkomende behandeling is de orthodontische voorbehandeling ten behoeve van een chirurgische kaakcorrectie (osteotomie) door de kaakchirurg. Hierbij zet de orthodontist eerst het gebit met beugels recht. Daarna corrigeert de kaakchirurg de stand van de kaken door middel van een kaakoperatie. De orthodontist en kaakchirurg werken ook nauw samen bij de behandeling van tanden en kiezen die niet doorkomen. De kaakchirurg zorgt er dan voor dat deze tanden en kiezen worden vrijgelegd en eventueel worden voorzien van een bracket en een staaldraad. Daarna kan de orthodontist deze tand of kies met beugels in de rij zetten.

Bron: NMT (via www.allesoverhetgebit.nl)

Functieomschrijving orthodontist

De orthodontist is de tandarts-specialist voor scheve tanden en kiezen. Hij/zij begeleidt de groei en ontwikkeling van kaak en tanden. Veel kinderen zijn onder behandeling bij een orthodontist, maar ook steeds meer volwassenen weten deze specialist te vinden. Bij een aantal handelingen wordt de orthodontist ondersteund door een assistent.

Welke kerntaken heeft de orthodontist

- Onderzoeken van afwijkingen in kaak en gebit
- Informeren over mogelijkheden en eventuele noodzaak tot behandeling
- Maken van röntgenfoto's
- Maken van kleurenfoto's van mond en gezicht
- Nemen van gebitsafdrukken en maken van gipsmodellen (kan ook door een assistent)
- Opstellen van behandelplan
- Plaatsen van de beugel (kan ook door een assistent)
- Bewaken voortgang en verrichten van aanpassingen

Opleiding van de orthodontist

Orthodontisten zijn tandartsen die na de reguliere universitaire tandartsopleiding een vierjarige specialistenopleiding aan de universiteit hebben gevolgd. Orthodontisten moeten verder actief een verplicht kwaliteitsprogramma volgen. Daardoor heeft de orthodontist een belangrijke meerwaarde. Hij is als geen ander in staat om de vele afwijkingen in kaken, standen van kaken en onregelmatigheden in gebitten op een goede manier te onderzoeken.

Waardering functie

Functie: Orthodontist		
Gezichtspunten	Score/positie	Toelichting
Tabel 1a <i>Kennis</i>	22	Orthodontisten zijn tandartsen die na de reguliere universitaire tandartsopleiding een vierjarige specialistenopleiding aan de universiteit hebben gevolgd. Tandartsopleiding heeft een duur van 3 jaar Bachelor en 3 jaar Master universitair.
Tabel 1b <i>Aanvullende kennis</i>	7	4 jaar specialisatie, Master tandheelkunde duurt ook al jaar langer dan reguliere tweejarige Master. Daarnaast wordt één jaar gerekend als aanvullende kennis om de praktijkkennis op te doen inzake de uit te voeren werkzaamheden.
Tabel 2 <i>Beslissingsvrijheid</i>	D1	Eindresultaat is niet heel concreet vastgesteld, zelf volgorde van methodiek en aanpak bepalen. Creativiteit is belangrijk onderdeel van werkzaamheden. Geen terugvalmogelijkheid op andere beroepsgroepen inzake kerntaak, orthodontist is eindverantwoordelijk. Orthodontist is een specialist en begeleidt vooral de groei en ontwikkeling van het tand-kaakstelsel, hetgeen vaak gepaard gaat met curatief ingrijpen. Doel hiervan is om fouten in de gebitsontwikkeling en gelaatsgroei bij te sturen en te corrigeren.
Uitkomst <i>Beslissingsvaardigheid</i>	65	
Tabel 3a <i>Leidinggeven</i>	2	Een orthodontist met een eigen praktijk heeft meestal een kleine staf voor ondersteunende activiteiten. Als uitgangspunt is een gemiddelde van circa 3 medewerkers gehanteerd waaraan (volledig) leiding wordt gegeven.
Tabel 3b <i>Projectleiding</i>	0	Projectleiding is niet van toepassing omdat dit met grote regelmaat leidinggeven aan hiërarchisch niet ondergeschikten betreft.
Tabel 4 <i>Contact-/overlegvaardigheid</i>	6	Regelmatig afstemming met overige partners in mondzorg zoals tandartsen en kaakchirurgen inzake complexere behandelingen. In klantcontact belangrijk om goed om te gaan met spanningen of emotionele situaties. Vaak sprake van jongere cliënten. Langdurige relatie met klant, vanwege duur behandeling, gemiddeld 2 à 3 jaar.
Tabel 5a <i>Nauwkeurigheid</i>	3	Zeer nauwkeurig werk, waar meer dan 4 uur per dag mee wordt gevuld.
Tabel 5b <i>Samengesteldheid</i>	1	Bewegingspatronen zijn samengesteld, meerdere lichaamsdelen tegelijkertijd gebruiken.

K tabel 1a/b	BV tabel 2	Bva uitkomst	L tabel 3a/b	C tabel 4	Bew.V. tabel 5a/b	Totaal
29	D1	65	2	6	4	77

Beschrijving en waardering verloskundige

Functieomschrijving

Om een goed beeld te krijgen van de werkzaamheden die een verloskundige uitvoert is onderstaand, vanuit een drietal bronnen, weergegeven wat de belangrijkste taken van de verloskundige zijn. De gebruikte bronnen zijn:

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- KNOV
- NZa

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl)

Taakomschrijving:

Onder verloskundige zorg wordt de zorg verstaan die plaatsvindt vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de bevalling en het kraambed (de zogenaamde prenatale, natale en postnatale zorg). Verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen verlenen verloskundige zorg gedurende één of meerdere van deze periodes, kinderartsen en kraamverzorgenden alleen tijdens het kraambed.

Verloskundigen begeleiden en controleren vrouwen tijdens hun zwangerschap, bevalling en kraambed.

Er is een onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns oftewel klinisch verloskundigen. De eerstelijns verloskundigen begeleiden normaal verlopende zwangerschappen en bevallingen. De tweedelijns verloskundigen werken in ziekenhuizen onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Het merendeel van de verloskundigen is werkzaam in de eerste lijn

Bron: KNOV Beroepsprofiel verloskundige 2010

Uitgangspunten van de verloskundige

Elke verloskundige werkt binnen de door de wetgeving gestelde kaders. Belangrijke wetten zijn: de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ). Daarnaast hanteert de verloskundige een aantal uitgangspunten op basis waarvan zij tijdens de gehele reproductieve periode handelt. Die uitgangspunten zijn:

De verloskundige werkt op basis van risicoselectie

Risicoselectie is de pijler van het Nederlands verloskundige systeem en vormt samen met de één op één begeleiding van de zwangere vrouw een kritische succesfactor van de verloskundige beroepsuitoefening. Risicoselectie is bedoeld ter bevordering van doelmatige zorgverlening. Vrouwen en pasgeborenen met een laag risico op complicaties ontvangen zorg in de eerste lijn. Vrouwen en pasgeborenen met een hoog risico worden volgens beslistkundige criteria doorverwezen naar de tweedelijns zorgverlening, zoals de gynaecoloog, kinderarts of een andere zorgverlener. De verloskundige maakt daarbij steeds een zorgvuldige afweging bij het al dan niet verrichten van verloskundige handelingen en het al dan niet laten verrichten van onderzoeken.

De verloskundige werkt evidence based

De handelwijze van de verloskundige is gebaseerd op evidence based medicine d.w.z. een combinatie van eigen oordeel op basis van klinische ervaring, de voorkeuren van de cliënt en de beste resultaten uit wetenschappelijk onderzoek. Zij is in staat beargumenteerd, onderbouwd en verantwoord af te wijken van de richtlijnen als dit noodzakelijk is. Daarnaast zal ze rekening houden met de individuele situatie van de cliënt, waarbij ze ruimte creëert voor de voorkeuren en behoeften van de cliënt en deze evenredig laat meewegen in haar afweging.

De verloskundige geeft reproductieve zorg

Het geven van reproductieve zorg sluit goed aan bij een van de belangrijkste taken van de verloskundige: risicoselectie en beleid. Preventie, gericht op de bevordering op de gezondheid van de vrouw in haar fertile periode en in relatie tot zwangerschap, vormt dus een integraal onderdeel van de verloskundige zorg. Zorg aan zwangere vrouwen stopt niet na de bevalling. Bijdragen aan een zo snel mogelijk herstel is van belang voor het welzijn van moeder en kind.

De verloskundige geeft psychosociale begeleiding, voorlichting en nazorg

De verloskundige gaat ervan uit dat het geven van voorlichting, advies en psychosociale begeleiding aan vrouwen bijdraagt aan een soepeler fysiologisch verloop van de reproductie en het psychische en lichamelijke welzijn van de vrouw (haar partner en haar gezin) bevordert.

Domein en taken van een verloskundige

Verloskundigen vervullen een spilfunctie in het totale proces van zorgverlening rondom de voortplanting. Zij begeleiden de vrouw en haar partner vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en baring en tijdens de kraamperiode. Ook dragen zij in de eerste tien dagen na de geboorte zorg voor de pasgeborenen en verrichten zij de nacontrole. Op basis van haar deskundigheid en zelfstandige beslissingsbevoegdheid vervult de verloskundige in de eerstelijnszorg als medisch professional een poortwachterfunctie voor de tweedelijns zorgverlener. Zij vervult die functie op grond van risicoselectie. Om de functie van poortwachter verantwoord te kunnen vervullen, regelt de verloskundige een aantal randvoorwaarden, zoals de organisatie van de zorg en de professionalisering van het beroep.

De verloskundige voert haar taken uit in de volgende drie subdomeinen:

- Reproductieve zorg
- Organisatie van verloskundige zorg
- Professionalisering van het beroep

Bron: NZa, visiedocument eerstelijns verloskundige zorg november 2009

Functie-inhoud

Verloskundige zorg is zorg die verleend wordt gedurende de zwangerschap, de bevalling en het kraambed. De verloskundige zorg in Nederland omvat in het algemeen gesproken de volgende activiteiten binnen grofweg drie categorieën:

- Prenatale zorg: de begeleiding en controle van de zwangere vrouw in de periode tussen de vaststelling van de zwangerschap en de bevalling, bestaande uit een intake en spreekuurcontacten (inclusief diagnostische verrichtingen, counseling en voorlichting).
- Natale zorg: de begeleiding van de bevalling.
- Postnatale zorg: de controle van de kraamvrouw en het kind in de eerste periode na de bevalling, bestaande uit een aantal kraambedcontroles en nacontrole (een paar weken na de bevalling).

Kenmerken verloskundige zorg

- Het is incidentele (niet-chronische) zorg. Zwangere vrouwen krijgen gedurende één of meer afgebakende periodes in hun leven met verloskundige zorg te maken. De zorg heeft een begin en een einde.
- Het is noodzakelijke zorg. Verloskundige zorg wordt in het algemeen beschouwd als noodzakelijke zorg en maakt onderdeel uit van het verplicht verzekerde basispakket van de Zorgverzekeringswet. Vrijwel alle zwangere vrouwen doen een beroep op verloskundige zorg voor de begeleiding bij de zwangerschap en de bevalling, dit om de gezondheid van moeder en kind te waarborgen.
- Verloskundige zorg is doorgaans uitsluitend in de natale fase spoedeisend. In de prenatale en postnatale fasen (zwangerschap en kraamperiode) vertoont verloskundige zorg electieve eigenschappen. Vóór en tijdens de

zwangerschap heeft de zwangere vrouw gelegenheid om tussen zorgaanbieders te kiezen.

- De geografische nabijheid van de zorg gedurende acute perioden moet gegarandeerd zijn. Dit betekent voor de beroepsuitoefening dat kraamvrouwen 24/7 een beroep kunnen doen op de zorgverlener.
- Verloskundige zorg vergt samenwerking binnen een keten. Verschillende beroepsgroepen verlenen zorg gedurende de prenatale, natale en postnatale fase. De betrokken zorgverleners zijn eerste- en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen, anesthesiologen, verloskundig actieve huisartsen, kraamverzorgenden, kinderartsen, neonatologen, welzijns- en jeugdzorgwerkers. Het feit dat aan het zorgsysteem voor de (aanstaande) moeder en kind verschillende zorgverleners invulling geven, vereist een goede afstemming en duidelijke afspraken over de taakverdeling.
- Verloskundige zorg in Nederland kenmerkt zich door risicoselectie. Er is een onderverdeling in eerste-, tweede- en derdelijnszorg.

Waardering functie

Functie: Verloskundige		
Gezichtspunten	Score/positie	Toelichting
Tabel 1a <i>Kennis</i>	18	Driejarige Bachelor-opleiding en een eenjarig Master-opleiding, beide hbo. Verplichte vakken voor toelating studie zijn biologie en scheikunde
Tabel 1b <i>Aanvullende kennis</i>	2	Sinds 2002 kunnen verloskundigen de (wo) Masters of Science Verloskunde volgen, met drie uitstroomvarianten: onderwijs, onderzoek en management (niet verplicht). Er wordt één jaar gerekend als aanvullende kennis om de praktijkkennis op te doen inzake de uit te voeren werkzaamheden.
Tabel 2 <i>Beslissingsvrijheid</i>	C1	Algemeen eindresultaat: kind geboren. Veel eigen inbreng in werkwijze tijdens bevalling met veel risico's voor zowel moeder als kind. Creativiteit is belangrijk op moment dat er zich onverwachte zaken voordoen. Beslissen tot doorverwijzing naar de tweedelijnszorgverlening, zoals de gynaecoloog, kinderarts of een andere zorgverlener.
Uitkomst <i>Beslissingsvaardigheid</i>	36	
Tabel 3a <i>Leidinggeven</i>	0	Een verloskundige met een eigen praktijk werkt veelal in een maatschap met andere verloskundigen. Er is meestal een minimale staf voor ondersteunende activiteiten. Als uitgangspunt is aangenomen dat er aan minder dan 3 FTE volledig leiding wordt gegeven. Derhalve vindt voor leidinggeven geen puntentoekening plaats.
Tabel 3b <i>Projectleiding</i>	0	n.v.t.
Tabel 4 <i>Contact-/overlegvaardigheid</i>	6	Afstemming met medisch specialisten inzake overdracht tijdens bevalling. Gedragsbeïnvloeding tijdens zwangerschap belangrijk onderdeel. Tijdens bevalling is een groot gedeelte van het werk gericht op het beïnvloeden van het gedrag van de moeder; er kan sprake zijn van crisissituaties. Verloskundigen vervullen een spilfunctie in het totale proces van zorgverlening rondom de voortplanting. Zij begeleiden de vrouw en haar partner vóór de zwangerschap, tijdens de zwangerschap en baring en tijdens de kraamperiode. Verloskundige zorg vergt samenwerking binnen een keten. Verschillende beroepsgroepen verlenen zorg gedurende de prenatale, natale en postnatale fase. De geografische nabijheid van de zorg gedurende acute perioden moet gegarandeerd zijn. Dit betekent voor de beroepsuitoefening dat kraamvrouwen 24/7 een beroep kunnen doen op de zorgverlener.
Tabel 5a <i>Nauwkeurigheid</i>	3	Bevallingen zijn complex en handelingen dienen vaak snel en nauwkeurig uitgevoerd te worden.
Tabel 5b <i>Samengesteldheid</i>	1	Diverse bewegingen tijdens bevalling van belang, samengesteld.

K tabel 1a/b	BV tabel 2	Bva uitkomst	L tabel 3a/b	C tabel 4	Bew.V. tabel 5a/b	Totaal
20	C1	36	0	6	4	46

Beschrijving en waardering logopedist

Om een goed beeld te krijgen van de werkzaamheden die een logopedist uitvoert is onderstaand, vanuit een drietal bronnen, weergegeven wat de belangrijkste taken van de logopedist zijn. De gebruikte bronnen zijn:

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- NVLF

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl)
<p><u>Taakomschrijving:</u></p> <p>Logopedie houdt zich bezig met alle aspecten van de verbale communicatie (stem, spraak, taal en gehoor) en mondfuncties en behandelt stoornissen die van organische, functionele of neurologische aard zijn. Er is steeds meer behoefte aan logopedisten die aandacht besteden aan de eet- en slikproblematiek van ouderen in verzorgingshuizen. Daarnaast zijn logopedisten bezig met het ontwikkelen van preventiebeleid voor jeugdigen en met het ontwikkelen van Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE)- programma's. Een kerntaak van de logopedist in het primair onderwijs is preventie van stoornissen in de taal- en spraakontwikkeling.</p> <p>Preventieve arbeidsgerelateerde zorg</p> <p>Op kleine schaal geven logopedisten preventieve stem- en communicatietrainingen, bijvoorbeeld bij omroeporganisaties en in het bedrijfsleven. Het lijkt zinvol om werknemers die veel moeten spreken, zoals onderwijzend personeel een training te geven over stemgebruik, houding, en ademhaling. Aangezien het ziekteverzuim hoog is in deze beroepsgroepen wordt verwacht dat werkgevers geïnteresseerd zijn in (mede)financiering van deze zorg.</p>

Bron: NVLF en beroepsprofiel logopedist NVLF 2003 en samenvatting beroepsprofiel logopedist 2013
<p><u>Definitie:</u></p> <p>De logopedist is in zijn beroepsmatig handelen gericht op het ontwikkelen, herstellen en onderhouden van de communicatie en de orale en pharyngeale verwerking van het eten en drinken met als doel de gezondheid van de patiënt, cliënt of opdrachtgever in stand te houden dan wel te bevorderen. In dit kader wordt onder 'communiceren' verstaan: alle processen die te maken hebben met het begrip en de productie van gesproken en geschreven taal alsook de ondersteunde communicatie. De logopedist biedt de patiënt, cliënt of opdrachtgever preventie, zorg, training en advies vanuit zijn specifieke deskundigheid ten aanzien van de primaire mondfuncties, het gehoor, de stem, de taal en de spraak.</p>
<p><u>Werkgebieden:</u></p> <p>De logopedist is een specialist op het gebied van stem, spraak, taal, gehoor en slikken. Logopedisten diagnosticeren en behandelen stoornissen en samenhangende beperkingen op de gebieden</p> <ul style="list-style-type: none">• communicatie• eten en drinken• participatieproblemen zoals het volgen van opleiding, werk, hobby's• persoonlijke factoren (leeftijd, leefstijl)• externe factoren (gezin, school, werkomstandigheden) <p>Daardoor draagt de logopedist bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Logopedisten houden zich behalve met</p>

diagnostiek en behandeling ook bezig met voorlichting, preventie, coaching en praktijkgericht onderzoek. Bij de keuze van de zorg gaat de logopedist uit van de principes van evidence based practice (EBP).

Logopedie in eerste lijn:

Logopedisten in de vrije vestiging zijn zelfstandige ondernemers die werken in eerstelijns logopediepraktijken. Deze logopedisten voeren hun eigen praktijk of vormen met meerdere collega's een maatschap. Ook kan het zijn dat in de vrije vestiging logopedisten in loondienst zijn bij een maatschap of praktijk voor logopedie. Kenmerkend voor de vrije vestiging is de grote diversiteit aan cliënten, van wie leeftijden en klachten – en daardoor hun zorgvragen – sterk uiteen kunnen lopen. Een ander kenmerk van de vrijgevestigde logopedist is dat zij nauw samenwerkt met andere bij de zorg voor een cliënt betrokken (para)medici, leerkrachten en remedial teachers. Logopedisten in de vrije vestiging behandelen op medische indicatie ook cliënten aan huis als dezen niet in staat zijn naar de praktijk te komen.

Dat gebeurt bijvoorbeeld bij een cliënt met afasie en met een halfzijdige verlamming. Voorbeelden van aan-huis-behandeling van jonge kinderen: wanneer de voorkeur uitgaat naar de behandeling in de vertrouwde thuisomgeving bijv. bij kinderen (0-2 jaar) met voedingsproblemen of bij lichamelijk en/of verstandelijk gehandicapte kinderen die nog niet naar een speciale instelling of school gaan, of bij een te zwakke algehele gezondheid van een kind. Dit gebeurt op medische indicatie. Onderzoek en/of behandeling van een cliënt vindt plaats op verzoek van een verwijzer.

De vrijgevestigde logopedist kan ook worden gevraagd om een behandeling voort te zetten van cliënten die eerder op school of in een instelling werden behandeld. Voor een optimale voortzetting van de behandeling is overleg nodig tussen eerdere behandelaars en de vrijgevestigde logopedist. Vanuit de vrije vestiging wordt daarnaast voorlichting gegeven aan instellingen of bedrijven over mogelijke logopedische problemen die zich bij medewerkers kunnen voordoen, en over de preventie daarvan. Steeds meer praktijken zijn gevestigd in gezondheidscentra waar ook andere (para)medische zorgverleners zijn gevestigd. Hierdoor is afstemming van de zorg voor een bepaalde cliënt – die door verschillende hulpverleners wordt behandeld – goed te realiseren.

Opleiding:

De opleiding tot logopedist behoort tot het hoger gezondheidszorgonderwijs (HGZO), en ressorteert onder de Wet op het Hoger Beroepsonderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW). De opleiding duurt vier jaar, en heeft als doel de studenten gericht op te leiden tot logopedist conform de algemene maatregel van bestuur Wet BIG.

Na afsluiting van de opleiding is de student opgeleid tot een beginnend logopedist; dat wil zeggen: een generalist met een professionele logopedische beroepshouding die inzetbaar is in de verschillende werkvelden van de logopedie.

Waardering functie

Functie: Logopedist		
Gezichtspunten	Score/positie	Toelichting
Tabel 1a <i>Kennis</i>	17	De opleiding tot logopedist behoort tot het hoger gezondheidszorgonderwijs (HGZO) en ressorteert onder de Wet op het Hoger Beroepsonderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW). De opleiding duurt vier jaar.
Tabel 1b <i>Aanvullende kennis</i>	2	Mogelijkheid doorstuderen 1 jaar Premaster, 1 jaar Master universiteit, maar geen verplichting. Er wordt één jaar gerekend als aanvullende kennis om de praktijkkennis op te doen inzake de uit te voeren werkzaamheden.
Tabel 2 <i>Beslissingsvrijheid</i>	B2	Zelfstandig kiezen uit methodiek en deze naar eigen inzicht toepassen op cliënt. Daar waar nodig snel kunnen inspelen op veranderende omstandigheden. De vrijgevestigde logopedist kan ook worden gevraagd om een behandeling voort te zetten van cliënten die eerder op school of in een instelling werden behandeld. Voor een optimale voortzetting van de behandeling is overleg nodig tussen eerdere behandelaars en de vrijgevestigde logopedist. Bij het behandelen van cliënten met logopedische problemen zijn zowel gezondheidsproblemen van deze cliënten als externe en persoonlijke factoren in samenhang met die problemen van belang.
Uitkomst <i>Beslissingsvaardigheid</i>	33	
Tabel 3a <i>Leidinggeven</i>	0	Een logopedist met een eigen praktijk werkt veelal in een maatschap met andere logopedisten. Er is meestal een minimale staf voor ondersteunende activiteiten. Als uitgangspunt is aangenomen dat er aan minder dan 3 FTE volledig leiding wordt gegeven. Derhalve vindt voor leidinggeven geen puntentoekenning plaats.
Tabel 3b <i>Projectleiding</i>	0	Projectleiding is niet van toepassing omdat dit met grote regelmaat leidinggeven aan hiërarchisch niet ondergeschikten betreft.
Tabel 4 <i>Contact-/overlegvaardigheid</i>	6	Bezig met beïnvloeding van gedrag van cliënten. Leren en helpen bij het juist gebruiken van de spraak en taal, stem, slikken en horen. Logopedisten houden zich behalve met diagnostiek en behandeling ook bezig met voorlichting, preventie, coaching en praktijkgericht onderzoek
Tabel 5a <i>Nauwkeurigheid</i>	2	Bij begeleiding van cliënten is de nauwkeurigheid van bewegingen van aanmerkelijk belang en vindt dit meer dan vier uur per dag plaats.
Tabel 5b <i>Samengesteldheid</i>	0	Bewegingen overstijgen normale bewegingspatroon niet.

K tabel 1a/b	BV tabel 2	Bva uitkomst	L tabel 3a/b	C tabel 4	Bew.V. tabel 5a/b	Totaal
19	B2	33	0	6	2	41

Beschrijving en waardering mondhygiënist

Funcieomschrijving

Om een goed beeld te krijgen van de werkzaamheden die een mondhygiënist uitvoert is onderstaand, vanuit een drietal invalshoeken, nader beschreven wat een mondhygiënist voor een werkzaamheden uitvoert. De gebruikte bronnen zijn:

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- NVM
- NMT

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl)

Taakomschrijving:

Mondhygiënist helpt mensen bij het verzorgen van hun gebit en draagt zorg voor de preventie van cariës en parodontitis bij een grote groep ongecompliceerde patiënten met een stabiele mondgezondheid door middel van:

- primaire preventie (bij een gezonde mond bijvoorbeeld het geven van voorlichting)
- secundaire preventie (bij een verhoogd risico op cariës het geven van gerichte fluorideapplicatie)
- tertiaire preventie (bij aanwezige schade het maken van een vulling om progressie tegen te gaan).

Deskundigheidsgebied:

Tot het (overigens niet exclusieve) deskundigheidsgebied van de mondhygiënist wordt gerekend

- het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit en de omringende weefsels, met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, het stellen van de diagnose en het opstellen van een behandelplan
- het screenen op tandheelkundige afwijkingen of andere afwijkingen betreffende de mondgezondheid en het zo nodig verwijzen naar tandarts of arts
- het met uitzondering van de preparatie van primaire caviteiten (gaatjes) toepassen van mondzorgkundige behandelingen, ter voorkoming of herstel van aandoeningen van het gebit en de omringende weefsels. Tot mondzorgkundige behandelingen zijn te rekenen: gebitsreiniging, scaling en curettage (reiniging, schoon schrapen) van paradontale pockets, aanbrengen van fissuur-sealants (fissuurverzegeling)
- het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting, om gedrag te stimuleren dat de mondgezondheid bevordert
- het bij daarvoor in aanmerking komende patiënten in opdracht van een tandarts:
 - toepassen van ioniserende straling (röntgenfoto's)
 - toepassen van lokale verdoving
 - behandelen van primaire caviteiten (gaatjes) door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen ('eenvoudige' vullingen).

<p>Bron: NVM Beroepsprofiel Mondhygiënist in Nederland 2007</p>
<p><u>Taken en functies</u></p> <p>De kern van de beroepsuitoefening van mondhygiënisten is preventie. Al het handelen is daar dan ook op gericht. Mondhygiënisten verlenen de preventieve zorg vanuit een eigen deskundigheid en een (functioneel) zelfstandige positie. Zij zijn daarvoor rechtstreeks toegankelijk voor patiënten. De mondhygiënist is dé deskundige op het gebied van het beïnvloeden van het gedrag: ontmoedigen van ongewenst gedrag en stimuleren van gewenst gedrag, zowel op individueel niveau als op groepsniveau.</p> <p>De mondhygiënist screent de patiënt: hij stelt de mate van mondgezondheid van de patiënt vast. Aan de hand van de verzamelde gegevens stelt de mondhygiënist een diagnose en stelt hij het behandelplan en voor de langere termijn een zorgplan op. De mondhygiënist bespreekt het behandel- en zorgplan met de patiënt en neemt samen met de patiënt het besluit over de toe te passen behandeling. De gegevens en het definitieve behandel- c.q. zorgplan worden in een dossier opgeslagen en kunnen indien gewenst overgedragen worden aan een andere zorgverlener in overleg met de patiënt. Tevens kan aan de hand van het zorg- en behandelplan de zorg gecontroleerd worden.</p> <p>Primaire preventie richt zich op het voorkomen van ziekte, is gericht op het elimineren van oorzaken en vindt dus plaats als de patiënt gezond is. Zij kan op de gemeenschap, een groep of een individu gericht zijn. Secundaire preventie vindt plaats als de gezondheid gestoord is en omvat vroegtijdige behandeling. Onder tertiaire preventie verstaat men het beperken van schade aan de gezondheid en het rehabiliteren. Bij de uit te voeren behandeling is preventie een onderdeel, de behandeling moet bijdragen aan het langer gezond en functioneel zijn van het gebitselement en het gebit als geheel.</p>
<p><u>Deskundigheidsgebieden</u></p> <p>Het Besluit 'opleiding en deskundigheidsgebied mondhygiënist' (2006, zie bijlage) beschrijft in artikel 17 het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist en vormt daarmee de wettelijke basis voor de beroepsuitoefening.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt • Vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan • Toepassen van mondzorgkundige behandelingen • Geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting • Toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek • Toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidingsof infiltratieanesthesie ter ondersteuning van het onderzoek of van de behandeling • Behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen
<p><u>Opleiding</u></p> <p>Door de grote vraag naar mondhygiënisten neemt het aantal opleidingsplaatsen geleidelijk toe. De twee opleidingen in Amsterdam fuseren (1989) en in Groningen start een nieuwe opleiding tot mondhygiënist (1995). Het aantal opleidingsplaatsen wordt daarmee in 1995 ongeveer 180. In artikel 34 van de Wet BIG (1997) wordt het beroep opnieuw geregeld. De wettelijke registratieplicht voor mondhygiënisten komt te vervallen. Paramedische beroepsorganisaties hebben in plaats van het vervallen overheidregister in 2000 het Kwaliteitsregister Paramedici opgericht. Naast registratie zorgt dit register er voor dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening én de kwaliteit van de erin opgenomen zorgverleners wordt gewaarborgd. Om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen van het beroep van mondhygiënist die en van zorginhoudelijke aard én van maatschappelijke aard zijn, is in 2002 de opleiding opnieuw aangepast. De opleiding is nu een vierjarige bacheloropleiding, waarin aandacht besteed wordt aan nieuwe taken en de algemene hbo-competenties. De instroom van studenten voor de opleiding tot mondhygiënist is thans 300 per jaar.</p>

Bron: NMT (via www.allesoverhetgebit.nl)
<p><u>Funcieomschrijving mondhygiënist</u></p> <p>Een mondhygiënist richt zich op preventie en mondverzorging, om zo tandbederf en tandvleesaandoeningen te voorkomen én te bestrijden. Een groot aantal mondhygiënisten zijn in dienst van een tandarts, maar mondhygiënisten kunnen ook werkzaam zijn in een eigen praktijk (vrijgevestigd). Patiënten kunnen zich rechtstreeks bij de mondhygiënist melden als ze hulp nodig hebben bij het voorkomen van tandbederf (cariës of gaatjes) en tandvleesaandoeningen. De mondhygiënist kan dan bijvoorbeeld advies geven over te nemen mondhygiënemaatregelen.</p>
<p><u>Welke kerntaken heeft de mondhygiënist</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Geven van advies en voorlichting over onder andere het ontstaan van cariës, tandvleesaandoeningen en voedingsgewoonten• Verwijderen van tandsteen, tandplak en aanslag• Aanbrengen van fluoride• Gladmaken van worteloppervlakken• Aanbrengen van sealant• Polijsten van vullingen• Reinigen van worteloppervlakken onder het tandvlees• Behandelen van kleine gaatjes (in opdracht van de tandarts)• Maken van röntgenfoto's (in opdracht en onder toezicht van de tandarts)• Maken van gebitsafdrukken• Geven van een lokale verdoving
<p><u>Opleiding van de mondhygiënist</u></p> <p>Een mondhygiënist heeft de hbo-opleiding Mondzorgkunde of Mondhygiëne afgerond. Het beroep is geregeld in de Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Mondhygiënist is een beschermd titel die alleen gevoerd mag worden door personen met een hbo-diploma Mondzorgkunde of Mondhygiëne.</p>

Waardering functie

Functie: Mondhygiënist		
Gezichtspunten	Score/positie	Toelichting
Tabel 1a <i>Kennis</i>	17	Basisopleiding bestaat uit vierjarige opleiding op hbo-niveau, geen specifieke vooropleidingseisen nodig.
Tabel 1b <i>Aanvullende kennis</i>	2	Er wordt één jaar gerekend als aanvullende kennis om de praktijkkennis op te doen inzake de uit te voeren werkzaamheden.
Tabel 2 <i>Beslissingsvrijheid</i>	B2	Keuze uit toe te passen methodiek per klant, werkzaamheden veelal naar eigen inzicht uitvoeren, bij wisselende omstandigheden snel moeten kunnen schakelen. Tuchtrect is voor deze functie niet van toepassing. Mondhygiënist zijn bevoegd om binnen hun wettelijk omschreven deskundigheidsgebied het beroep zelfstandig uit te oefenen, met uitzondering van de aan tandartsen voorbehouden handelingen: het toedienen van lokale anesthesie door middel van injectie, het maken van röntgenfoto's en het behandelen van primaire cariës door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen. Voor deze handelingen is een opdracht van een tandarts noodzakelijk. Voor het behandelen van primaire cariës en het toedienen van lokale anesthesie zijn mondhygiënist functioneel zelfstandig. Dat wil zeggen dat toezicht door of tussenkomst van een tandarts niet noodzakelijk is.
Uitkomst <i>Beslissingsvaardigheid</i>	33	
Tabel 3a <i>Leidinggeven</i>	0	Een mondhygiënist met een eigen praktijk werkt veelal in een maatschap met andere vrije beroepsbeoefenaars. Er is meestal een minimale staf voor ondersteunende activiteiten. Als uitgangspunt is aangenomen dat er aan minder dan 3 FTE volledig leiding wordt gegeven. Derhalve vindt voor leidinggeven geen puntentoekenning plaats.
Tabel 3b <i>Projectleiding</i>	0	Projectleiding is niet van toepassing omdat dit met grote regelmaat leidinggeven aan hiërarchisch niet ondergeschikten betreft.
Tabel 4 <i>Contact-/overlegvaardigheid</i>	4	De mondhygiënist werkt steeds meer samen met tandartsen en tandprotheticci, waardoor er ketenbreed meer overleg plaatsvindt. De mondhygiënist is dé deskundige op het gebied van het beïnvloeden van het gedrag: ontmoedigen van ongewenst gedrag en stimuleren van gewenst gedrag, zowel op individueel niveau als op groepsniveau. Uitleggen van gemaakte keuzes is belangrijk. De mondhygiënist bespreekt het behandel- en zorgplan met de patiënt en neemt samen met de patiënt het besluit over de toe te passen behandeling.
Tabel 5a <i>Nauwkeurigheid</i>	2	Kleine ingrepen vereisen aanmerkelijke nauwkeurigheid, echter minder dan bij tandarts. Wel vinden werkzaamheden hoofdzakelijk in de mond van de cliënt plaats waardoor gevolgen van onnauwkeurig gedrag direct effect hebben op cliënten. Deze werkzaamheden vinden meer dan vier uur per dag plaats.

Tabel 5b <i>Samengesteldheid</i>	1	Hand-oogcoördinatie bij meest complexe taken van belang, vandaar samengesteld gedrag.
--	---	---

K tabel 1a/b	BV tabel 2	Bva uitkomst	L tabel 3a/b	C tabel 4	Bew.V. tabel 5a/b	Totaal
19	B2	33	0	4	3	40

Beschrijving en waardering tandprotheticus

Funcieomschrijving

Om een goed beeld te krijgen van de werkzaamheden die een tandprotheticus uitvoert is onderstaand, vanuit een drietal bronnen, weergegeven wat de belangrijkste taken van de tandprotheticus zijn. De gebruikte bronnen zijn:

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- ONT
- NMT

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (www.nationaalkompas.nl)

Taakomschrijving:

Een tandprotheticus is een specialist in het aanmeten en vervaardigen van alle uit de mond te nemen prothetische voorzieningen. Hij vervaardigt zelfstandig (vrije toegang, zonder verwijzing van de tandarts) een kunstgebit op een tandeloze kaak in de onderkaak en/of bovenkaak. Indien nog gebitselementen of wortelstompen of implantaten aanwezig zijn ter ondersteuning, maakt de tandprotheticus een uitneembare prothetische voorziening. Dit doet hij alleen op verwijzing van tandarts, kaakchirurg of implantoloog.

Deskundigheidsgebied:

Tot het (niet exclusieve) deskundigheidsgebied van de tandprotheticus wordt gerekend:

- het onderzoeken van de mond ten behoeve van de toepassing van een gebitsprothese
- het vervaardigen en plaatsen van een (volledige) gebitsprothese
- het verstrekken van informatie over de gebitsprothese.

Bron: ONT beroepsprofiel Tandprotheticus 2005

Definitie

De tandprotheticus is een direct toegankelijke eerstelijnszorgverlener die deskundig is in het behandelen van de geheel of gedeeltelijk tandeloze patiënt door middel van uitneembare gebitsprotheses. Hij verzorgt het hele traject van het aanmeten, vervaardigen en plaatsen van protheses; van intake gesprek tot nazorg. Hij doet dat geheel zelfstandig met betrekking tot de volledige prothese of op verwijzing van een tandarts of huisarts met betrekking tot protheses bij niet geheel tandeloze patiënten. De tandprotheticus zal nog meer dan nu het geval is deel uitmaken van een mondzorgteam. Onder die condities is te verwachten dat steeds meer taken van de tandarts naar de tandprotheticus zullen worden gedelegeerd. Alle werkzaamheden van de tandprotheticus zijn primair gericht op het herstel van kauwvermogen, esthetiek en fonetiek. Dit betekent dat hij wordt geacht functieverlies te herkennen en adequaat te behandelen. Tevens speelt de tandprotheticus een belangrijke rol in het herkennen van afwijkende pathologische aspecten die kunnen voorkomen als gevolg van geheel of gedeeltelijke gebitsextractie.

Deskundigheidsgebied

De deskundigheid van een tandprotheticus is toegespitst op het herstel van kauwvermogen van de volledige en / of gedeeltelijk edentate (tandloze) patiënt. Volgens de wet BIG wordt tot het gebied van deskundigheid van de tandprotheticus gerekend:

- a. het onderzoeken van de mond van de patiënt, gericht op het verkrijgen van de gegevens die nodig zijn voor de toepassing van een gebitsprothese;
- b. het aanmeten, vervaardigen, passen en aanbrengen van een volledige gebitsprothese voor de bovenkaak en de

onderkaak bij een patiënt van wie de kaakwallen zijn hersteld van de gebitsextractie;

c. het aanmeten, vervaardigen, passen en aanbrengen van een gebitsprothese voor de bovenkaak dan wel de onderkaak bij een patiënt van wie de desbetreffende kaakwal is hersteld van de gebitsextractie en in wiens mondholte zich geen gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van een gebitsprothese;

d. het verstrekken aan een patiënt van raad en informatie met betrekking tot de gebitsprothese of het gebruik daarvan.

e. het op schriftelijke verwijzing van de betrokken tandarts aanmeten, vervaardigen, passen en aanbrengen van een gebitsprothese bij een patiënt in wiens mondholte zich gebitselementen of andere elementen bevinden die dienen tot steun van een gebitsprothese.

Uit deze opsomming blijkt dat de tandprotheticus volledig zelfstandig patiënten behandelt die in boven- en / of onderkaak tandeloos zijn (zie a tot en met d). Als er sprake is van patiënten die nog in het bezit zijn van natuurlijke elementen die tot steun dienen of restanten daarvan inclusief tandheelkundige implantaten, is er een verwijzing nodig van een tandarts, kaakchirurg of implantoloog (zie e). De tandprotheticus werkt hierbij met een verwijzingsprotocol waarin vastgelegd is welke zorgverlener voor welk gedeelte van het behandelplan verantwoordelijk is.

Rollen van de tandprotheticus

De beroepsrollen van de tandprotheticus zijn complementair en lopen in de dagelijkse praktijk soms in elkaar over. In de praktijk zal het opstellen van een kwaliteitsbeleid (manager) of het uitvoeren van een innovatief onderzoek (beroepsontwikkelaar) leiden tot veranderingen in de tandprothetische zorg voor een patiënt (zorgverlener)

I. de tandprotheticus als zorgverlener:

a. screenen / diagnosticeren / plannen;

b. therapeutisch handelen;

c. preventief handelen.

II. de tandprotheticus als manager:

a. organiseren;

b. ondernemen.

III. de tandprotheticus als beroepsontwikkelaar:

a. onderzoeken;

b. innoveren.

Opleiding

De driejarige deeltijdopleiding tot tandprotheticus werd in september 2001 als contractonderwijs ondergebracht bij de faculteit Gezondheidszorg van de Hogeschool van Utrecht¹ en heeft tot doel studenten te bekwalen in het aanmeten van uitneembare gebitsprothesen in overeenstemming met de wettelijk aangegeven deskundigheid van de tandprotheticus². Belangrijke basiselementen binnen deze vorming tot zorgverlener op het gebied van mondzorg zijn kennis, inzicht, vaardigheden en houding.

Na het behalen van het diploma tandprotheticus, afgegeven door een door de minister aangewezen opleidingsinstelling - momenteel de Hogeschool Utrecht (HU) in opdracht van de Stichting Nederlands Tandprothetisch Instituut (SNTI) - of een daaraan gelijkgesteld getuigschrift, kan een tandprotheticus zich laten inschrijven in een door de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) bijgehouden constitutief register. De opleidingstitel tandprotheticus is wettelijk beschermd. Dat wil zeggen dat handelingen die tot het domein van de tandprotheticus behoren weliswaar ook door niet-tandprothetici kunnen worden uitgevoerd, maar dat voor degene die de titel tandprotheticus draagt de garantie bestaat dat deze deskundig is om tandprothetische handelingen te verrichten. De titelbescherming vindt plaats op basis van de opleiding. De wettelijke opleidingseisen en de deskundigheid zijn vastgelegd in de artikelen 3 en 4 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Bron: NMT (via www.allesoverhetgebit.nl)

Funcieomschrijving Tandprotheticus

Indien u een prothese (kunstgebit) nodig heeft, kan de tandarts u verwijzen naar de tandprotheticus. Deze kan de prothese aanmeten en maken. Daarnaast maakt hij/zij ook partiële protheses en overkappingsprothese op wortels of implantaten. Als u één van deze hulpmiddelen nodig heeft, kan het dus zijn dat u bij een tandprotheticus terecht komt.

Opleiding van de Tandprotheticus

Een tandprotheticus heeft de (vierjarige) hbo-opleiding Tandprothetiek afgerond.

Waardering functie

Functie: Tandprotheticus		
Gezichtspunten	Score/positie	Toelichting
Tabel 1a <i>Kennis</i>	13	Basisopleiding bestaat uit vierjarige opleiding mbo tandtechniek, hiervoor gelden geen specifieke vooropleidingseisen.
Tabel 1b <i>Aanvullende kennis</i>	4	De opleiding tandprotheticus betreft een deeltijdopleiding van vier jaar welke gevolgd kan worden aan de hogeschool van Utrecht. Omdat dit een deeltijdopleiding betreft, wordt deze gerekend tot aanvullende kennis en niet tot basiskennis. Voor de opleiding staat 100 EC's (European Credits. 1 EC = 28 uur studie). Dit is circa 2 volledige studie jaren. Daarnaast wordt één jaar gerekend als aanvullende kennis om de praktijkkennis op te doen inzake de uit te voeren werkzaamheden.
Tabel 2 <i>Beslissingsvrijheid</i>	B2	Keuze uit toe te passen methodiek per klant, werkzaamheden veelal naar eigen inzicht uitvoeren, bij veranderende omstandigheden snel moeten kunnen schakelen. Een tandprotheticus voert werkzaamheden geheel zelfstandig uit met betrekking tot de volledige prothese of op verwijzing van een tandarts of huisarts met betrekking tot protheses bij niet geheel tandeloze patiënten. De werkzaamheden van een tandprotheticus zijn met name toegespitst op het herstel van kauwvermogen, dit is minder breed dan bij een tandarts. Tucht recht is voor deze functie niet van toepassing, voor tandarts geldt dit wel.
Uitkomst <i>Beslissingsvaardigheid</i>	30	
Tabel 3a <i>Leidinggeven</i>	0	Een tandprotheticus met een eigen praktijk werkt veelal in een maatschap met andere vrije beroepsbeoefenaars. Er is meestal een minimale staf voor ondersteunende activiteiten. Als uitgangspunt is aangenomen dat er aan minder dan 3 FTE volledig leiding wordt gegeven. Derhalve vindt voor leidinggeven geen puntentoekenning plaats.
Tabel 3b <i>Projectleiding</i>	0	Projectleiding is niet van toepassing omdat dit met grote regelmaat leidinggeven aan hiërarchisch niet ondergeschikten betreft.
Tabel 4 <i>Contact-/overlegvaardigheid</i>	4	De tandprotheticus werkt steeds meer samen met tandartsen en mondhygiënist, waardoor er ketenbreed meer overleg plaatsvindt. De tandprotheticus heeft in de rol als zorgverlener een belangrijke taak om in contact met cliënten een heldere analyse en behandelplan op te stellen en dit goed over te brengen op de cliënten. De samenwerking met de cliënt is erop gericht hem inzicht te geven in het belang van een goed functionerend gebit in relatie tot de gezondheid van de patiënt. Ook is de samenwerking gericht op de communicatie: het geven van informatie over en begeleiding, coaching c.q. raad geven in het gebruik van de gebitsprothese. De tandprotheticus stemt daarom voortdurend af, gaat regelmatig na hoe de cliënt het gebitsprobleem en de behandeling ervaart, en stuurt op basis daarvan het eigen handelen bij.
Tabel 5a <i>Nauwkeurigheid</i>	2	Nauwkeurigheid is belangrijk bij het uitvoeren van de werkzaamheden (o.a. plaatsen van prothese). Werkzaamheden vinden echter minder dan bij tandarts binnensmonds plaats. Het werken binnen de mond vindt minder dan vier uur per

		dag plaats.
Tabel 5b <i>Samengesteldheid</i>	1	Hand-oogcoördinatie bij meest complexe taken van belang, vandaar samengesteld.

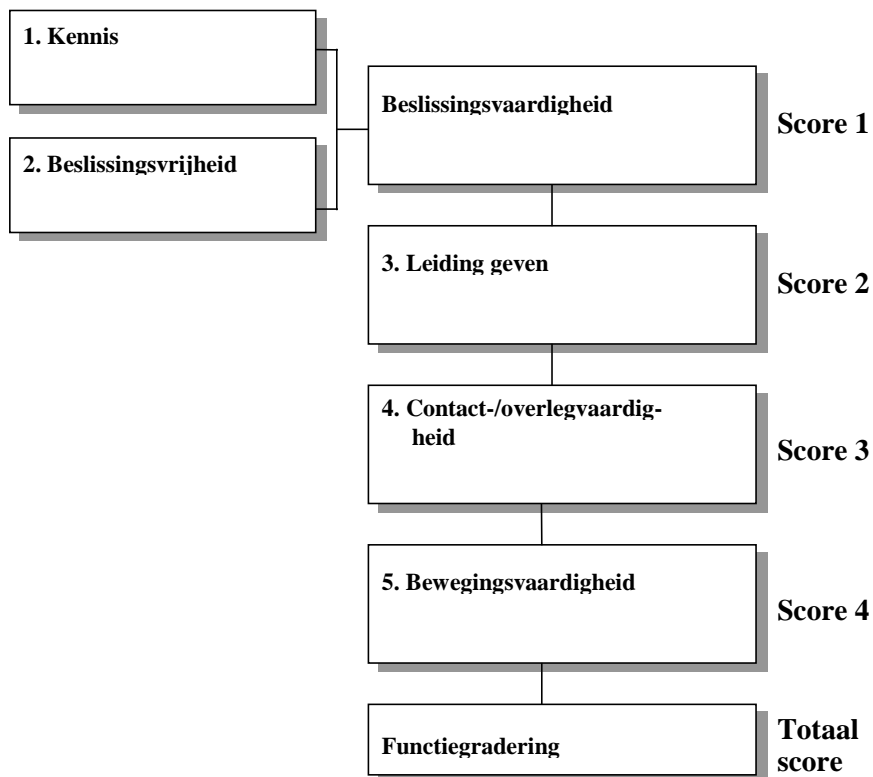
K tabel 1a/b	BV tabel 2	Bva uitkomst	L tabel 3a/b	C tabel 4	Bew.V. tabel 5a/b	Totaal
17	B2	30	0	4	3	37

Bijlage III: Integrale Methode Functiewaarderen

Bepalend voor de zwaarte en het niveau van de functie is de inhoud van de functie en niet de wijze waarop deze wordt uitgeoefend. Tot de inhoud van de functie worden alle werkzaamheden, taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en activiteiten gerekend die aan de 'functiehouders' zijn opgedragen. De analyse en gradering van inhoud en niveau van de functie richten zich in het bijzonder op vijf functionele aspecten, die zijn te beschouwen als kenmerkende criteria voor bepaling van de functiezwaarte. Deze criteria vormen de vijf gezichtspunten van IMF:

1. kennis;
2. beslissingsvrijheid;
3. leidinggeven;
4. contact-/overlegvaardigheid;
5. bewegingsvaardigheid.

De eerste twee gezichtspunten 'kennis' en 'beslissingsvrijheid' vormen samen de ingang voor de functie-eis 'beslissingsvaardigheid' (score 1). Deze is samen met de drie laatste gezichtspunten (scores 2 tot en met 4) bepalend voor de uiteindelijke functiegradering (zie figuur hieronder).



Bijlage IV: Geraadpleegde bronnen

Gebruikte cao's:

- Cao Gezondheidscentra 2009-2011
- Onderhandelingsresultaat cao Gezondheidscentra 2011-2013
- Cao Ziekenhuizen 2011-2014
- Cao UMC 2011-2013
- Cao Verpleging, verzorging en thuiszorg 2012-2013
- Cao Hidha 2011
- Cao Tandtechniek 2013-2014
- Algemeen Rijksambtenarenreglement 25 juni 2010

Beleidsregels NZa:

- BR/CU-7079 Tandheelkundige zorg
- BR/CU-7078 Orthodontische zorg
- BR/CU-7069 Huisartsenzorg
- BR/CU-7048 Verloskunde
- BR/CU-7052 Logopedie

Andere documentatie:

- Salarisrichtlijnen per 1 juli 2013 voor artsen in dienstverband, LAD 2013
- Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren, salarisdeel KPMG 2001
- Herijking van het normatieve inkomen voor vrije beroepsbeoefenaren, deel 2 aankledingsposten KPMG 2001
- Premiepercentages (%) en franchisebedragen (€) van de regelingen van ABP en VUT-fonds per 1 januari 2013, ABP
- KNOV Beroepsprofiel verloskundige
- Visiedocument Eerstelijns verloskundige zorg, NZa 2009
- Salaristabellen Medisch Specialisten 2011-2013
- ANT Advies salarissen Mondhygiënist 2013
- NMT Salarisadvies Arbeidsvoorwaardenregeling 2013

- Functiebeschrijving Functiefamilie Uitvoering, Functiegroep Medicus / gedragswetenschapper, functiegebouw Rijk.
- Eindrapportage: een gepast norminkomen voor de eerstelijns verloskundige. Mercer 2008
- Rapport Praktijkkosten, Opbrengsten en Werkinzet Eerstelijns Verloskundigen 2007. Significant en Conquastor 1 september 2009.

Websites:

www.werkvoorartsen.nl

www.nationaalkompas.nl

www.nhg.org

www.allesoverhetgebit.nl

www.knov.nl

www.nvlf.nl

www.nmt.nl

www.ont.nl

www.ant.nl

www.nza.nl

<http://fgr.rijkstalencentrum.nl/functiegebouw>