



Functiekenmerken en inkomen van de huisarts

Bestemd voor:
In opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging

Opgesteld door:
J.T. Boonstra
mr. A.M.P. Janssen
drs. J. Weerts
N. van de Wetering AAG

Projectnummer 211024

Hay Management Consultants bv
Arnhemse Bovenweg 140
3708 AH Zeist
Tel.: 31 30 6 929 929
Fax: 31 30 6 929 900

INHOUD

1	Samenvatting	3
2	Inleiding	5
3	Werkwijze	6
	3.1 Projectorganisatie	6
	3.2 Werkwijze	6
4	Analyse van de huisartsfunctie	7
	4.1 Bureauonderzoek	7
	4.2 Selectiecriteria ten aanzien van te interviewen huisartsen	7
	4.3 Functie-inhoud van de huisartsfunctie	10
5	Functiezwaartebepaling van de huisartsfunctie	11
	5.1 Algemeen	11
	5.2 Karakteristieken van de huisartsfunctie	12
6	Honorering gebaseerd op functiezwaarte	13
	6.1 Inleiding	13
	6.2 Gehanteerde begrippen	13
7	Honorering voor huisartsen conform de markt en op basis van functiezwaarte	14
	7.1 Berekeningsgrondslagen	14
	7.2 Compensatie tijdsgelateerde aspecten	15
	7.3 Overhevelingstoelage.	16
	7.4 Overige aankleding	16
	7.5 Arbeidsvoorwaarden in de markt, forfaitair meegenomen in de berekeningen	18
	7.6 Honorering huisarts met berekeningsgrondslag Mediaan TVI (peildatum 1 juli 2001)	18
8	Bijlagen	20

1 Samenvatting

Dit rapport is de neerslag van het onderzoek naar een passend inkomensniveau voor huisartsen. De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) heeft Hay Management Consultants (Hay) gevraagd dit onderzoek te doen, waarbij inhoud, werkomstandigheden, functiezwaarte en honorering van de functie van huisarts zijn geanalyseerd. Uitgangspunt is dat de functie van huisarts wordt gewogen op functiezwaarte en op basis van deze functiezwaarte een berekeningsgrondslag wordt gegenereerd die overeenkomt met inkomens die in de markt in Nederland van toepassing zijn voor functies met vergelijkbare functiezwaarte.

Via bureauonderzoek, aangevuld met interviews met vijf huisartsen is een beeld gekregen van de functie-inhoud van de functie van huisarts. Dit heeft geresulteerd in een functie-inhoud profiel dat vervolgens heeft geleid tot geformuleerde karakteristieken van de functie van huisarts gekoppeld aan de kenmerken van de Hay-methode voor functie-evaluatie en – profilering. Met deze informatie is vervolgens de functiezwaarte van de functie van huisarts vastgesteld.

De functiezwaarte van de functie van huisarts is de vergelijkingsmaatstaf om beloningsmarktgegevens te halen uit de Hay-database. De beloningsgegevens voor andere functies met een gelijke functiezwaarte als die van de functie van huisarts zijn geanalyseerd en er is gekozen voor data die als berekeningsgrondslag moeten dienen voor de duiding van het passende op functiezwaarte gebaseerde inkomen voor de functie van huisarts.

Hay heeft meerdere varianten voor een berekeningsgrondslag bekeken. Vervolgens is een keuze gemaakt voor de variant die het beste aansluit bij functies met vergelijkbare kenmerken in de markt en tevens overeenkomt met de beleving van de functie door de huisartsen zelf. Deze berekeningsgrondslag gaat uit van het vaste inkomen op Mediaan-niveau in de markt van de ondernemingen in de Hay database zonder variabele beloning. (NB: de hier gehanteerde begrippen zijn verklaard in paragraaf 6.2.). De keuze voor deze berekeningsgrondslag is beargumenteerd vanuit de beloningssamenstelling in de markt voor functies met een gelijke functiezwaarte waarbij variabel inkomen geen rol speelt, een professionele omgeving van belang is en vanwege het structurele karakter van meeruren en uren op onconveniënte tijden (avond/nacht/weekeinde) leiden tot een vorm van compensatie in de beloningssfeer.

De berekening is gebaseerd op een zuivere vergelijking met de markt. Dat wil zeggen dat voor wat betreft het inkomen inclusief aankleding rekening is gehouden met een gedefinieerd arbeidsvoorwaardenpakket, waarbij voor wat betreft pensioen en arbeidsongeschiktheid de dekking in de markt is berekend met behulp van de technieken van SBA Artsenpensioenfondsen (SBA) en de tarieven van Movir worden gehanteerd. Daarmee is een koppeling gemaakt tussen een marktconforme voorziening tegen de tarieven zoals die voor het merendeel der huisartsen geldt. Ook is rekening gehouden met compensaties voor tijdsgelateerde aspecten.

Dat leidt tot het volgende norminkomen:

	Norminkomen
Mediaan vast inkomen ondernemingen zonder variabele beloning indicatief gecorrigeerd op peildatum 1juli 2001 inclusief compensatie tijdsgerelateerde aspecten	f. 292.096

2 Inleiding

De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) heeft Hay Management Consultants (Hay) gevraagd een onderzoek te doen naar de inhoud, werkomstandigheden, functiezwaarte en honorering van de functie huisarts. De resultaten van het onderzoek zullen een bijdrage leveren in een bredere discussie hieromtrent tussen directe belanghebbenden en verantwoordelijkheden.

Het onderzoek is toegesneden op de vraag welk norminkomen passend is voor de functie van huisarts vergeleken met functies in de markt met een gelijke functiezwaarte.

3 Werkwijze

3.1 Projectorganisatie

Het onderzoek is in nauwe samenwerking uitgevoerd door een team van Hay-consultants en door (vertegenwoordigers van) de LHV. Een werkgroep van LHV-medewerkers was het eerste aanspreekpunt voor het Hay-team. Daarnaast is een klankbordgroep bestaande uit huisartsen geformeerd. De samenstelling van het LHV-werkteam, klankbordgroep en het Hay-projectteam is in Bijlage I van dit rapport weergegeven.

3.2 Werkwijze

Teneinde een goed beeld te krijgen van de functie van huisarts is door Hay allereerst een bureauonderzoek gedaan. Daarbij is gebruik gemaakt van schriftelijke informatie die deels door de LHV beschikbaar is gesteld, deels is verkregen via het Nivel en deels uit andere bronnen. De bronnen die bestudeerd zijn, zijn opgenomen in bijlage II. In het kader van het bureauonderzoek is ook een bezoek gebracht aan het Nivel.

De resultaten van het bureauonderzoek hebben geleid tot de eerste beeldvorming rondom de functie van huisarts. Deze beeldvorming is aangescherpt door middel van een vijftal interviews met huisartsen. De selectiecriteria voor de keuze van de te interviewen huisartsen zijn ontleend aan de informatie die is verkregen uit het bureauonderzoek en deze selectiecriteria zijn besproken met en vastgesteld door de klankbordgroep.

De informatie uit het bureauonderzoek, uit het gesprek met het Nivel en uit de interviews met de huisartsen hebben geleid tot een beschrijving van de determinanten voor de functie-inhoud van de functie van huisarts. Deze beschrijving van de functie-inhoud is zowel met het LHV-projectteam als met de klankbordgroep besproken en vervolgens op basis van hetgeen besproken is bijgesteld.

Met deze informatie was Hay in staat om de karakteristieken van de functie van huisarts gegroepeerd rond de drie hoofdkenmerken van de Hay-methode voor functie-evaluatie en –profilering (de Hay-methode) te formuleren. Deze karakteristieken zijn eveneens besproken en bijgesteld in een bijeenkomst met de LHV-werkgroep respectievelijk de klankbordgroep.

De karakteristieken van de functie van huisarts zijn leidend geweest om te komen tot een functiezwaartebepaling die vervolgens de ingang was tot de Hay-beloningsmarktdatabase. De beloningsmarktgegevens, gekoppeld aan de functiezwaarte van de functie van huisarts, vormen de berekeningsgrondslag voor een met de markt vergelijkbare inkomensniveaubepaling voor de functie van huisarts. In dit kader is ook informatie ingewonnen bij Movir en SBA Artsenpensioenfondsen.

4 Analyse van de huisartsfunctie

4.1 Bureauonderzoek

Door Hay zijn relevante documenten, al dan niet door de LHV ter beschikking gesteld, bestudeerd. Zie voor de bronnen Bijlage II. In dit kader is ook een bezoek gebracht aan het Nivel. Door het Nivel is ook schriftelijke informatie beschikbaar gesteld en in een vraaggesprek is ingegaan op voor het onderzoek relevante aspecten die voor het Nivel onderwerp van onderzoek zijn geweest. Doel van het bureauonderzoek is geweest een eerste beeld te krijgen van de functie-inhoud van de huisartsfunctie.

4.2 Selectiecriteria ten aanzien van te interviewen huisartsen

Voorzien was in een aanscherping van het beeld ten aanzien van de functie-inhoud van de functie van huisarts. Dit is gedaan door vijf huisartsen te interviewen. In de fase van de bureaustudie zijn de selectiecriteria om te komen tot een keuze welke huisartsen aan een interview zouden worden onderworpen, geformuleerd. Een belangrijk criterium is dat de geselecteerde huisartsen werkzaam zijn in een normpraktijk. Andere selectiecriteria hadden betrekking op de verschillende situaties waarin huisartsen in een normpraktijk werkzaam kunnen zijn. Door te kiezen voor huisartsen die in verschillende situaties hun normpraktijk uitoefenen, kon vastgesteld worden dat de omstandigheden waaronder huisartsen hun praktijk uitoefenen, weinig of geen verschillen opleveren ten aanzien van de concretisering van de functie-inhoud van de functie van huisarts. De selectiecriteria zijn weergegeven in onderstaand schema.

Selectiecriteria voor de keuze van huisartsen t.b.v. interviews

KENMERKEN	PRAKTIJKVORM	
	<i>Solo- of Duo-praktijk</i>	<i>Multidisciplinaire samenwerking</i>
Stad versus Platteland	X X	X -
Welvaartsgebied versus Achterstandsgebied	X -	- X
Innovatief versus Traditioneel	X XX	XX -

De selectiecriteria zijn besproken en vastgesteld in de klankbordgroep. Op basis van deze selectiecriteria heeft de LHV-werkgroep vijf huisartsen uitgenodigd om hun medewerking te verlenen aan de interviews. De spreiding over de sociale omgevingsvarianten is in bovenstaande tabel weergegeven op de eerste twee regels, terwijl op het kenmerk innovatief en traditioneel op de laatste regel de spreiding is aangegeven.

Samenwerking vs. solo/duo

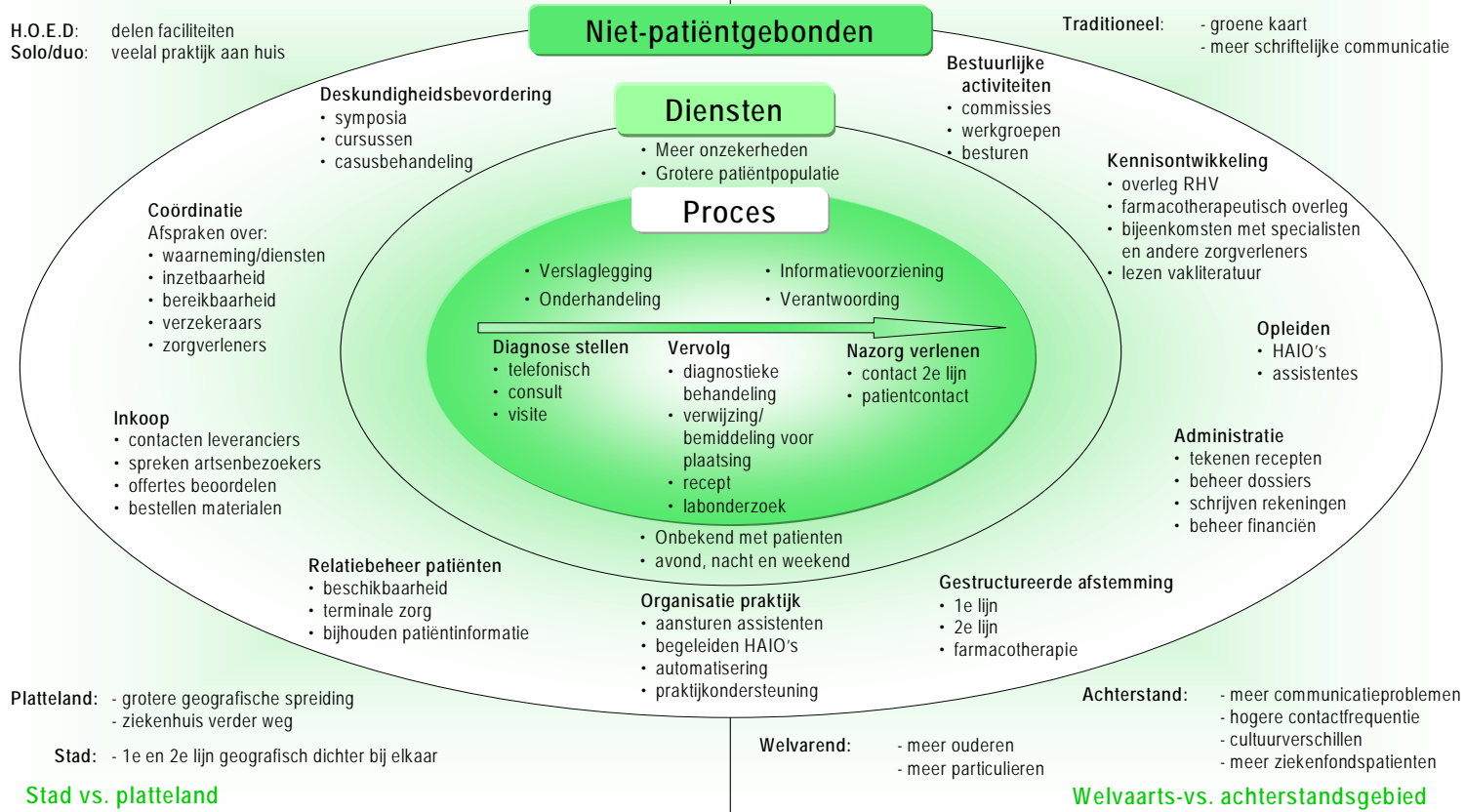
Gezondheidscentrum: - delen faciliteiten en management van de praktijk
- mogelijk ook HIDHA's in de praktijk

H.O.E.D: delen faciliteiten
Solo/duo: veelal praktijk aan huis

Traditioneel vs. innovatief

Innovatief: - patiënt- en praktijkadministratie geautomatiseerd
- gebruik van email en internet voor informatie en communicatie

Traditioneel: - groene kaart
- meer schriftelijke communicatie



4.3 Functie-inhoud van de huisartsfunctie

Met de informatie die is opgedaan uit het bureauonderzoek en de interviews met de vijf huisartsen is een goed beeld gevormd over de functie-inhoud van de functie van huisarts. Dit beeld is gevisualiseerd in het overzicht dat is weergegeven op de *spiegelpagina*.

De aanduidingen van functie-inhoud die op het overzicht binnen de ovalen staan genoteerd zijn elementen van de functie-inhoud die relevant zijn voor het bepalen van de functiezwaarte van de functie van huisarts.

Buiten de ovalen zijn kenmerken weergegeven die betrekking hebben op de selectiecriteria met betrekking tot de interviews met de vijf huisartsen. Deze kenmerken hebben geen relevantie ten aanzien van de functiezwaartebepaling van de functie van huisarts.

De twee binnenste ovalen bevatten patiënt-gebonden activiteiten in de functie van huisarts. De meest centrale ovaal heeft dan betrekking op het primaire proces binnen de functie van huisarts, voornamelijk ook gekoppeld aan het eigen patiëntenbestand. De middelste ovaal bevat, evenals de meest centrale ovaal, patiënt-gebonden activiteiten, met dit verschil dat een en ander zich afspeelt buiten het reguliere proces en vooral ook betrekking heeft op andere patiënten, naast de eigen patiënten, dat wil zeggen patiënten van collega-huisartsen in verband met waarneming dan wel wachtdiensten in het kader van avond-, nacht- en weekenddiensten.

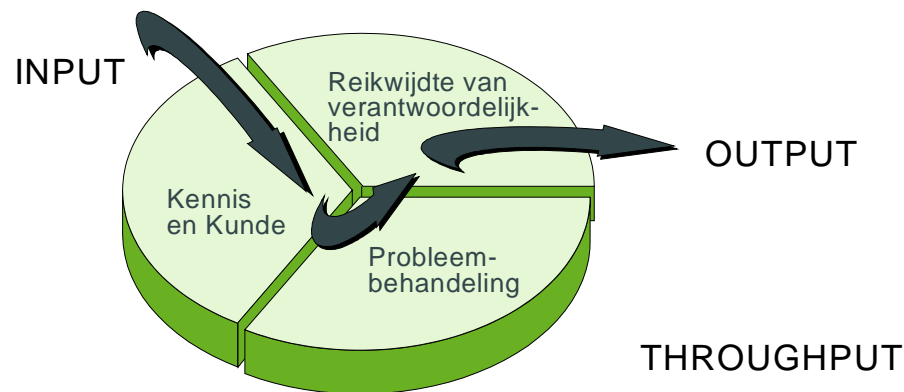
Het functie-inhoudprofiel, zoals weergegeven op de spiegelpagina is besproken en vastgesteld in overleg met zowel de LHV-werkgroep als de klankbordgroep.

5 Functiezwaartebeoordeling van de huisartsfunctie

5.1 Algemeen

Om functies met elkaar te kunnen vergelijken met betrekking tot zwaarte en geartheid, is het nodig aspecten van een functie te kiezen die het mogelijk maken functies in onderling vergelijkbare bestanddelen te analyseren en te waarderen. De Hay-methode voor functie-evaluatie en –profilering (de Hay-methode) biedt het kader voor een dergelijke vergelijking. De Hay-methode kent drie hoofdkenmerken en acht sub-kenmerken om de vergelijking uit te kunnen voeren. Kort samengevat omvat de Hay-visie op functies: de ‘output’ (Reikwijdte van verantwoordelijkheid) die in een functie gerealiseerd dient te worden, een ‘input’ (Kennis en Kunde) die nodig is om de output te kunnen bereiken en een ‘throughput’ (Probleembehandeling) die nodig is om de zich bij realisatie van de output voordoende problemen te herkennen, te analyseren en op te lossen.

Door voor ieder (sub)kenmerk het niveau te bepalen ontstaat een totaal zwaarteweging die daarmee vergelijkbaar is met andere functies van vergelijkbare functiezwaarte. Deze totaal zwaarteweging is tevens de sleutel tot de Hay-belonningsmarkt-database en is daarmee een eenduidige vergelijkingsmaatstaf, waarbij functiezwaarte het uitgangspunt is voor de niveaubepaling van honorering.



5.2 Karakteristieken van de huisartsfunctie

Het functie-inhoud profiel is leidend om te komen tot karakteristieken van de functie van huisarts in functiewaarderingstechnische zin. In onderstaande tabel zijn deze karakteristieken verdeeld over de hoofdkenmerken van de Hay-methode. Onderstaande karakteristieken zijn besproken met de LHV-werkgroep en de klankbordgroep en zoals weergegeven in onderstaande tabel vastgesteld.

KARAKTERISTIEKEN FUNCTIE HUISARTS (IN FUNCTIEWAARDERINGSTECHNISCHE ZIN)

Hoofdkenmerken Hay-methode	Kennis en kunde	Probleembehandeling	Reikwijdte van verantwoordelijkheid
Karakteristieken per kenmerk	<ul style="list-style-type: none"> • bekwaamheid op een gespecialiseerd vakgebied gecombineerd met een diep inzicht in complexe samenhangen tussen andere vakgebieden • gespecialiseerde kennis kunnen vertalen naar effectieve oplossingen • hoge zelfmotivatie en –actualisatie • paradigmawijzigingen in de professie kunnen vertalen • kritische contacten in de professie die veelal een grensoverschrijdend karakter tussen vakgebieden hebben (klanten en vakgenoten) • diep geworteld in wetenschap • hoge mate van adaptatievermogen en bijbehorende sociale vaardigheden 	<ul style="list-style-type: none"> • probleemanalyse is gebaseerd op deels heuristische benaderingen en deels op diep professioneel inzicht waarbij methoden en technieken hulpmiddelen zijn • vernieuwingen in aanpak door multi-paradigmatisch denken • accent op diagnostiek, analyse en selectie van oplossingsrichtingen • hoge mate van integrale procesverantwoordelijkheid • transparantie in het handelen door toetsbaarheid • duurzaam ontwikkelen en onderhouden relaties met de patientpopulatie (family doctor) 	<ul style="list-style-type: none"> • door indicatiestelling, coördinatie van zorg en zorgsystemen grote invloed op de positie van patiënten in de totale zorgketen • begeleiding van oplossingsrichtingen en resultaten/effecten door professionele kaders en standaarden • duidelijke impact op positie van zorgvragers in totale zorgsysteem • ondernemersrisico met betrekking tot de praktijkvoering en het bedrijfsresultaat

Aan de hand van bovenstaande karakteristieken is met behulp van de Hay-methode de totaal zwaarteweging van de functie van huisarts tot stand gekomen en is de berekeningsgrondslag ontleend aan de beloningsmarktgegevens bij een vergelijkbare functiezwaarte zoals die in Hay-beloningsmarkt-database voorkomen.

6 Honorering gebaseerd op functiezwaarte

6.1 Inleiding

Op basis van het functie-inhoud profiel en de karakteristieken van de functie van huisarts is de functiezwaarte bepaald. Deze functiezwaarte is de vergelijkingsmaatstaf om te komen tot een vergelijking met de beloning van functies met een gelijke functiezwaarte in de markt. De bedragen die uit de beloningsmarkt database komen vormen de berekeningsgrondslagen om te komen tot een passend inkomensniveau voor huisartsen met een normpraktijk. Gestart wordt met een vast inkomen op jaarbasis waarop vervolgens een aantal bewerkingen en correcties worden toegepast, een en ander zoals hierna beschreven. Alvorens over te gaan op die beschrijvingen worden hierna eerst een aantal gehanteerde begrippen uitgelegd.

6.2 Gehanteerde begrippen

In de hierna volgende paragrafen worden de volgende begrippen gehanteerd.

Gehanteerde begrippen

Totaal Vast Inkomen (TVI)	Het totale gegarandeerde jaarinkomen, inclusief vakantietoeslag, vaste dertiende maand, vaste gratificatie en dergelijke, maar exclusief onregelmatigheidstoelagen, overwerkvergoedingen en andere secundaire arbeidsvoorwaarden zoals vaste kostenvergoedingen, tegemoetkoming in de premie ziektekostenverzekering en werkgeversdelen in bedrijfsspaarregelingen.
Non Bonus Paying Companies	Het deel van de ondernemingen binnen de beloningsmarkt in de Hay-database zonder variabele beloning.
M	Mediaan: 50% van de waarnemingen ligt boven dit niveau en de resterende 50% eronder

7 Honorering voor huisartsen conform de markt en op basis van functiezwaarte

7.1 Berekeningsgrondslagen

In onderstaande tabel is weergegeven het TVI op Mediaan-niveau dat volgens de Hay-database hoort bij de voor de functie van huisarts vastgestelde functiezwaarte. Het is het TVI voor de organisaties in de database zonder variabele beloning. Weergegeven zijn twee reeksen: één met als peildatum 1 juli 2000 (de meest recente data: recentere data komen in september 2001 beschikbaar) en één met bedragen die indicatief zijn gecorrigeerd op de peildatum 1 juli 2001 door de bedragen met peildatum 1 juli 2000 te verhogen met 4% én met het bedrag van de maximum brutering van de overhevelings-toeslag per 1 januari 2001, zijnde f. 1.745.

Berekeningsgrondslagen TVI's

Varianten	Mediaan
Peildatum 1 juli 2000	145.492
Peildatum 1 juli 2001 (indicatieve correctie: + 4% + 1.745)	153.057

7.2 Compensatie tijdgerelateerde aspecten

In vergelijking met de markt is het gemiddeld aantal werkuren per week van huisartsen aanmerkelijk groter. De norm voor 'kantooruren' is van 8.00 uur tot 18.00 uur. In de praktijk blijkt dat huisartsen gemiddeld 54 uur per week werken¹. Er zijn 300 extra uren op jaarbasis die worden vervuld in de avond- nacht- en weekenddiensten (a/n/w-uren). Voor de vergelijking dienen deze aspecten meegenomen te worden, omdat compensatie hiervoor niet is begrepen in de berekeningsgrondslag die ontleend is aan de Hay-data-base.

7.2.1 Compensatie meeruren

De veronderstelling is dat voor de praktijk overdag ten opzichte van een 40-urige werkweek 14 uur (54 – 40) als meeruren gelden, waarbij het eerste meeruur per dag (totaal 5) niet wordt gecompenseerd omdat dit in de markt niet gebruikelijk is. Dan resteren 9 meeruren en dit is gelijk aan 1,8 uur per dag. Deze meeruren worden beschouwd tegen een factor van 1,25. Dit leidt op jaarbasis tot $1,25 * 9 * 47 = 528,75$ meeruren.

7.2.2 Compensatie a/n/w-uren

Deze aspecten zijn gewaardeerd volgens de volgende regels:

1. Voor een week is bepaald hoe de onderverdeling van de a/n/w-uren zou zijn
2. Per categorie uren is vervolgens bepaald welke extra vergoeding hier tegenover staat
3. Per saldo resteert dan het aantal te vergoeden uren, die tegen de berekeningsgrondslag op uurbasis kunnen worden afgezet.

De berekening staat vermeld in onderstaande tabel:

	Aantal uren	Frequentie per week	Norm per week	Vergoeding	Uitkomst
Avonduren	6	5	30	1,25	37,5
Nacht	8	5	40	1,50	60
Weekend	48	1	48	2,00	96
Som per week			118		193,5
Norm per jaar			300		492*

* $300 * 193,5 : 118 = 492$ (afgerond)

De 300 uur vertegenwoordigen volgens de gebruikelijke normen voor a/n/w/-regeling aantal a/n/w-uurvergoedingen van 492. Gerelateerd aan een gewone werkweek van 40 uur bij 47 werkweken (=1880 uren) is dit een aanzienlijk bedrag aan overwaarde.

¹ Nivel, 1997

7.3 Overhevelingstoelage.

Voor werknemers was de overhevelingstoelage in het jaar 2000 gelijk aan *f* 1.830, indien het salaris meer was dan *f* 85.150 op jaarbasis. De overhevelingstoelage is in het jaar 2001 onderdeel geworden van de het bruto salaris. Voor werknemers met hogere inkomens impliceerde dat een salarisverhoging van *f* 1.745 (de maximum brutering overhevelingstoelage).

In de vergoeding van de huisarts was tot nu toe een aanzienlijk hoger bedrag aan overhevelingstoelage opgevoerd; voor 2000 *f* 10.112. Dit is gebaseerd op het percentage overhevelingstoelage, zoals dit bij invoering gold en is nadien alleen geïndexeerd.

7.4 Overige aankleding

Naast bovenstaande onderwerpen is er een pakket samengesteld aan secundaire arbeidsvoorwaarden gerelateerd aan het functieniveau toegesneden op de huisarts. Dit houdt verband met een tweetal zaken:

1. De huisarts is een zelfstandige, waardoor de wijze van uitvoering van secundaire arbeidsvoorwaarden wezenlijk verschilt.
2. De huisarts kent een lange tijd van opleiding, waardoor hij doorgaans vanaf de 30-jarige leeftijd start met werken als huisarts, terwijl bij vergelijkbare functies de startleeftijd eerder bij 25 ligt.

Het pakket is beperkt gebleven tot een drietal onderwerpen, te weten:

1. De pensioenvoorziening
2. De voorzieningen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid
3. De bijdrage in de ziektekosten.

Daarbij wordt uitgegaan van de voorzieningen zoals deze bij de gegeven berekeningsgrondslag gelden maar waar ook rekening wordt gehouden met de specifieke regelingen voor de zelfstandige. In dit hoofdstuk worden de voorzieningen op hoofdlijnen weergegeven. De details alsmede de aannames zijn in bijlage III opgenomen.

Ad 1. De pensioenregeling

Uitgegaan wordt van een geïndexeerde opbouwregeling van 2,25% per jaar over het norminkomen minus een franchise en een pensioenleeftijd van 62 jaar. Het is nog niet gebruikelijk over het inconveniëntie-inkomen ook pensioen toe te kennen. De pensioenleeftijd van 62 jaar is te zien als een markt-gemiddelde; pensionering op 65 jaar komt weinig meer voor.

Bij een maximaal aantal dienstjaren van 32 is het pensioenniveau dan 72% van het gemiddeld geïndexeerd inkomen.

De franchise in verband met de AOW-uitkering wordt op het landelijk gemiddelde van f 30.200 gesteld.

De nabestaandenvoorziening wordt gesteld op 70% van het ouderdomspensioen.

Voor de overbrugging tussen 62 en 65 jaar wordt een tijdelijk ouderdomspensioen gegeven dat bij 32 dienstjaren gelijk is aan 70% van de franchise.

Als eigen bijdrage wordt er rekening mee gehouden, dat in de markt 75% van de ondernemingen een eigen bijdrage vraagt, die gemiddeld 5% van de pensioengrondslag is in casu $75\% * 5\% = 3,75\%$.

Financiering van de pensioenen vindt plaats op een reële rekenrente van 3%.

Voor nadere detaillering zie bijlage III.

Ad 2 Ziekte en arbeidsongeschiktheid

In de markt is het gebruikelijk het eerste jaar uit bij ziekte 100% van het inkomen, inclusief inconveniëntie-toeslagen uit te keren.

In het tweede jaar ligt het percentage gemiddeld op 90% van het inkomen, exclusief inconveniëntie-toeslagen.

Naast deze suppletie is het gebruikelijk een AOV-rente af te sluiten met een wachttijd van één jaar voor de termijn dat de arbeidsongeschiktheid voortduurt tot de pensioendatum ter grootte van 70% van het inkomen onder aftrek van wettelijke uitkeringen.

Voor de laatste voorzieningen wordt slechts in 18% van de ondernemingen een eigen bijdrage gevraagd, die dan gemiddeld 1/3 van de totale kosten is.

De kosten voor verzekering van het zogenaamde WAO-hiaat komen doorgaans volledig voor rekening van de werknemer. Voor de WAO-uitkering betaalt de werknemer geen bijdrage meer.

Als zelfstandige betaalt de huisarts de maximale WAZ-premie van f 4.840, waartegenover een mogelijke uitkering staat van 70% van het minimumloon.

Het verschil in eigen bijdrage dient gegeven alle veronderstellingen als onderdeel van het inkomen te worden beschouwd.

Voor de huisarts hebben wij gekozen voor uitbetaling van 100% van het inkomen inclusief inconveniëntie-toeslagen. In het tweede jaar is de uitkering op 90% van het norminkomen gesteld, onder aftrek van de WAZ-uitkering en de AOV-dekking (aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering). Voor de volgende jaren is een AOV-dekking afgesloten van 70% van het norminkomen onder aftrek van de WAZ-uitkering.

Zie verder ook bijlage III.

Ad 3. Ziektekostenvergoeding

In de markt is het gebruikelijk een vergoeding te geven van 50% van de premie voor een ziektekostenverzekering klasse 2B inclusief vergoeding voor huisarts. Bij de waardering houden we rekening met 75% bijverzekering van een partner en 1 kind (op basis van Klasse 3). Ook de wettelijke opslagen van de premie op basis van MOOZ en WTZ worden voor 50% vergoed.

Over deze vergoeding van de werkgever dient loonbelasting te worden ingehouden. Als deze vergoeding dus onderdeel is van het bruto-inkomen bij de huisarts wordt hetzelfde effect bereikt en behoeft hier geen correctie plaats te vinden. Zie verder ook bijlage III.

7.5 Arbeidsvoorwaarden in de markt, forfaitair meegenomen in de berekeningen

Een aantal arbeidsvoorwaarden zijn niet expliciet meegenomen in de berekeningen, omdat:

1. het arbeidsvoorwaarden zijn die weliswaar voorkomen in de markt, maar waarvan de frequentie van voorkomen zodanig gering is dat deze arbeidsvoorwaarde niet als marktconform kan worden aangemerkt (bijvoorbeeld kinderopvang, allerlei verlofvormen anders dan vakantie)
2. het arbeidsvoorwaarden zijn die behoren tot de kosten, waarbij zakelijke kosten kunnen worden geacht voor huisartsen een deel uit te maken van de praktijkkosten (bijvoorbeeld, vaste kostenvergoedingen, telefoonkostenvergoedingen).
3. het arbeidsvoorwaarden zijn die voor de werkgever en/of de werknemer een facultatief karakter hebben (bijvoorbeeld bedrijfsspaarregelingen)

Omdat deze arbeidsvoorwaarden toch een zeker voordeel kunnen vertegenwoordigen hebben wij hiervoor een forfaitair bedrag genomen ter hoogte van f 5.000,-.

De terbeschikkingstelling van een bedrijfsauto achten wij primair een voorziening uit functienoodzaak (een element van zakelijke reiskosten). Niet te ontkennen valt dat er bij een dergelijke terbeschikkingstelling ook privé-voordelen zitten, maar dat wordt via de fiscale bijtelling vrijwel geheel geneutraliseerd. Daarom is de bedrijfsauto niet in de berekening getrokken ook niet in het forfait.

7.6 Honorering huisarts met berekeningsgrondslag Mediaan TVI (peildatum 1 juli 2001)

7.6.1 Inleiding

De eerste berekening van het inkomen voor de huisarts, gebaseerd op functiezwaarte, is uitgevoerd op basis van de grondslag TVI Mediaan van ondernemingen zonder variabele beloning, peildatum 1 juli 2000. Daarbij is aangesloten bij qua functiezwaarte vergelijkbare functionarissen in de externe markt.

Vervolgens is de berekeningsgrondslag (Mediaan van ondernemingen zonder variabele beloning) indicatief gecorrigeerd met 4% en het maximum van de bruto overhevelingstoelage. Het correctiepercentage (4%) lijkt een verdedigbare prognose van de salarismarktstijging op peildatum 1 juli 2001. Dit percentage is door de deelnemers van onze fax-enquête in december 2000 genoemd als het percentage dat heeft gegolden voor het hele jaar 2000 alsmede de prognose voor het jaar 2001. Volstrekte zekerheid over dit percentage is niet eerder beschikbaar dan in september 2001, het tijdstip waarop de nieuwste cijfers uit ons beloningsonderzoek over de referentieperiode 1 juli 2000 – 1 juli 2001 bekend zijn.

Ten aanzien van de aankleding is het in markt relevante pakket aan pensioen en arbeidsongeschiktheid toegesneden op de situatie van de huisarts. In de aankleding is daarnaast meegenomen het werkelijk bedrag in de markt voor overhevelingstoelage, de ziektekostencomponent en een forfaitair bedrag zoals beschreven in de vorige paragraaf.

Tevens is een correctie aangebracht in verband met tijdsgelateerde aspecten, waarbij ook het verrichten van meerwerk ten opzichte van de normale arbeidsduur tot een zekere compensatie leidt en ook het inconvenient van werken tijdens avond, nacht en weekend tot een zekere financiële waardering leidt.

7.6.2 Norminkomen

Rekening houdend met bovenstaande leidt dat tot het volgende norminkomen inclusief aankleding: **f 292.096**

Dit norminkomen bestaat uit de volgende componenten:

<i>Berekeningsgrondslag</i>	153.057,-
<i>A/n/w/-vergoeding</i>	40.157,-
<i>Meeruren praktijk</i>	43.048,-
<i>Overhevelingstoeslag</i>	0,-
<i>Pensioenvoorziening</i>	29.849,-
<i>Arbeidsongeschiktheidsvoorziening</i>	17.377,-
<i>Ziektekosten vergoeding</i>	3.608,-
<i>Forfait</i>	5.000,-
<i>Totaal</i>	<i>f 292.096,-</i>

8 Bijlagen

BIJLAGE I

- *Samenstelling LHV Werkgroep:*

- de heer J. Becker Hoff Hoofd Afdeling Sociaal-Economisch Beleid
- de heer drs. A. Vermaas Beleidsmedewerker
- de heer P. van der Veer Huisarts, Beleidsmedewerker
- de heer drs. J.H. van der Schaaf Beleidsmedewerker
- de heer drs. M.A. Lambeek Hoofd Afdeling Kwaliteit & Beroepsinhoud (in LHV Werkgroep v.a. 1 juli 2001)

- *Samenstelling Klankbordgroep:*

- de heer A.J.W. Beek Huisarts, lid Dagelijks Bestuur LHV
- de heer J. Becker Hoff Hoofd Afdeling Sociaal-Economisch Beleid LHV
- de heer P. van der Veer Huisarts, Beleidsmedewerker LHV
- de heer drs. A. Vermaas Beleidsmedewerker LHV
- de heer M.J.A. de Wit Huisarts te Kaatsheuvel
- de heer A.A.C.M. Maes Huisarts te Dieren
- de heer F.C.N. M. Gunneweg Huisarts te Ermelo
- de heer prof. dr. M. de Haan Huisarts te Amsterdam; Hoogleraar Huisartsgeneeskunde VU
- de heer G.C.J.M. van Rooij Huisarts te Schiedam
- de heer M.A.A. van Laarhoven Huisarts te Udenhout

• *Geraadpleegde organisaties en personen*

- Nivel dr. D.H. de Bakker
- SBA Artsenpensioenfondsen G.Th.M. Krijnen RA, adjunct-directeur
M.A.J. van der Linden AAG
- Movir ir. A.L.C. Frijters, directie-voorzitter
ir. R.A. de Jong, manager fin. verslaglegging en bestuurlijke info.

• *Hay-projectteam*

- Analyse, functieprofiel en functiezwartebeoordeling
J.T. Boonstra
dr. T.J.F. Thöne
drs. J. Weerts

- Interviews huisartsen
J.T. Boonstra
drs. G. van Hooff
mr. E. Schulting
drs. J. Weerts

- Rationales berekeningsgrondslagen en berekeningen
mr. A.M.P. Janssen
dr. T.J.F. Thöne
N. van de Wetering AAG

BIJLAGE II

Bronnen

Aankleding Norminkomen Vrije Beroepsbeoefenaren, Rapport Werkgroep Inkomens Vrije-Beroepsbeoefenaren

Delnoij, D.M.J., *Honoreringssystemen voor artsen en kostenbeheersing*, Universiteit Utrecht, 1994

Groenewegen, P.P., Delnoij, D.M.J., *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts?* Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997

Hingstman, L., *Cijfers uit de registratie van huisartsen*, Nivel, november 2000

Hutten, J.B.F., *Workload and provision of care in general practice*, Interuniversity Center for Social Science and Methodology, 1998

Landelijke Huisartsen Vereniging, *Basistakenpakket van de huisarts*, juni 1987

Landelijke Huisartsen Vereniging, *Identificeren Achterstandsgebieden, verfijning 1998/1999*, ledenvergadering, februari 1999

Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, *Contactfrequenties en verrichtingen in het LINH*, Jaarrapport LINH, 1999

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Een gezonde spil in de zorg; bouwstenen voor de toekomstige financiering van de huisartsenzorg*, april 2001

Nivel, *Inventarisatie deeltijd werken onder artsen*, 1997

Nivel, *De huisarts: van 'heer van stand' tot 'middenklasser'?*, 1991

Rapport Uitgangspunten norminkomens vrije-beroepsbeoefenaren, Rapport van de werkgroep

Ros, C.C., Hutten, J.B.F., Groenewegen, P.P., *Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen*, Nivel, 1996

Verheij, R.A., Reijneveld, S.A. de Bakker, D.H., *Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden*, 1998

BIJLAGE III

Technische toelichting op de berekeningen

Bij de berekening van de waardering van de secundaire arbeidsvoorwaarden zijn de volgende grondslagen gebruikt:

1. Van de directie van het SBA is een actueel deelnemerbestand ontvangen, onderscheiden naar burgerlijke staat en geslacht per geboortjaar. Dit maakt het mogelijk berekeningen te verfijnen door deze per leeftijd uit te voeren in plaats van uit te gaan van een gemiddelde leeftijd.
2. Voor de berekening van de pensioenwaarden is uitgegaan van de recente sterftetafel 1990-1995 met een tweejarige correctie voor zowel mannen als vrouwen. Het fonds gebruikt nu nog tafels over de periode 1980-1985, die voor het doel van deze berekening niet als passend wordt ervaren.
3. Voor de invalideringskansen is uitgegaan van de algemene toepasbare waarden, gecorrigeerd op basis van het aantal aanwezige arbeidsongeschikten bij SBA.
4. Als rekenrente is gekozen voor **3%**. (SBA: 0,25%). Deze rente is te zien als saldo van te maken rente op de beleggingen in de nabije toekomst en de optredende inflatie in de vorm van loon- of prijsontwikkeling. Iedere aanname op dit punt is zeer zeker voor discussie vatbaar, omdat een voorspelling van de effectieve rente in feite onmogelijk is. Er is een keuze gemaakt op basis van marktgevoel, waarbij wordt aangetekend dat deze mede op lange termijnvoorspellingen is gedaan. Het behoeft geen betoog dat de keuze van de rente voor het berekenen van de pensioenwaarde van grote betekenis is. Bij een rekenrente van 2% liggen de waarden ongeveer 28% hoger en bij een rekenrente van 4%, 21% lager.
5. Voor de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen zijn door MOVIR tarieven verstrekt. Deze zijn afhankelijk van leeftijd en wachttijd, zogenaamde éénjarige risicopremies, waarbij in tegenstelling tot pensioen geen onderscheid in geslacht is gemaakt. De tarieven zijn herrekend op basis van een eindleeftijd van 62 jaar.
6. Voor de ziektekostenverzekering is uitgegaan van tarieven voor collectieve relaties. Deze premies zijn leeftijdsafhankelijk in de vorm van vijfjarige leeftijdsgroepen.
7. Het tarief voor het WAO-hiaat is gesteld op 2% van het saldo maximale premieloon en minimumloon, zijnde een gemiddelde premie voor dit risico.
8. Per voorziening zijn de waarden berekend op basis van het deelnemersbestand sub 1, waarna steeds het gemiddelde in de inkomensvergelijking is verwerkt. De uitkomst per deelnemers verschilt dus qua leeftijd, geslacht en burgerlijke staat en in de praktijk ook qua inkomen. In het algemeen ontvangen jongeren een hogere bijdrage dan actuarieel gezien benodigd en de ouderen een lagere. Gemiddeld genomen over het gehele deelnemersbestand wordt wel de juiste bijdrage ontvangen.
9. De gebruikte bedragen voor de jaren 2000 en 2001 staan in de hiernavolgende tabel:

Soort bedrag	Jaar 2000	Jaar 2001
Minimumloon	31.186	32.972
Maximum premieloon	82.940	87.957
Maximum WAZ-premie	4.840	4.840
Wao-hiaat-premie	1.035	1.100
Franchise pensioenregeling	30.200	31.800
Premie ziektekosten per jaar voor klasse 40-45 jaar	2.547,48	2.725,62
Premie per jaar per kind	802,80	858,92
Premie MOOZ en WTZ per jaar voor volwassene	618,00	687,60

10. Op de waarde van de voorziening is de berekende deelnemersbijdrage in mindering gebracht. De deelnemersbijdrage is leeftijdsonafhankelijk verondersteld.

11. De arbeidsongeschiktheidsvoorziening bestaat uit 6 elementen:

- uitkering eerste jaar 100% inkomen, inclusief inconveniëntie-toeslagen
- uitkering tweede jaar aanvulling tot 90% van het norminkomen op WAZ-uitkering en AOV-uitkering
- AOV-uitkering van 70% van inkomen minus WAZ-uitkering
- bijdrage WAZ-premie zelfstandigen
- minus bijdrage voor WAO-hiaat
- minus bijdrage voor AOV-uitkering

Omdat de zelfstandige WAZ-premie verschuldigd is en een werknemer geen bijdrage aan de WAO-verzekering betaalt, is het in de vergelijking juist de totale WAZ-premie mee te nemen.

Aan de andere kant dienen dan wel de gemiddelde werknemersbijdragen voor WAO-hiaat en AOV-verzekering in mindering te worden gebracht.