

Rapport Praktijkkosten, Opbrengsten en Werkinzet Eerstelijns Verloskundigen in 2007



Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1 Inleiding en onderzoeksopzet	8
1.1 Onderzoeksdoel en –uitvoering	8
1.2 Onderzoekspopulatie	9
1.3 Onderzoeksvariabelen	10
1.4 Steekproefopzet en -trekking	11
2 Representativiteit, weging, FTE-begrip en nauwkeurigheid	12
2.1 De gerealiseerde respons	12
2.2 Terugweging om de representativiteit te waarborgen	13
2.3 Het FTE-begrip	15
2.4 Nauwkeurigheden gemiddelde kosten en opbrengsten	17
3 Kenmerken van de praktijken en productie	19
3.1 Percentage cliënten uit achterstandswijken	19
3.2 Personele omvang naar praktijksoort en praktijkadres	21
3.3 Aantal zorgeenheden naar praktijkvorm	23
3.4 Bevellingen per FTE naar locatie	24
4 Praktijkkosten en -opbrengsten in 2007	25
4.1 Gemiddelde praktijkkosten 2007 uit de jaarrekening	25
4.2 Overige niet uit de jaarrekening blijvende kosten 2007	28
4.3 Gemiddelde praktijkopbrengsten 2007	30
4.4 Vergelijking met gemiddelde praktijkopbrengsten per praktijk in 2008	32
4.5 Waarneming per praktijk	33
5 Werkbelasting en productie in 2007	36
5.1 Werkbelasting en verdeling naar activiteit per FTE in uren per week	36
5.2 Inzet in beschikbaarheid per FTE in uren per week	38
5.3 Inzet zelfstandige verloskundigen en verloskundigen in loondienst	38
5.4 Relatie inzet en productie naar achterstandswijken	39
5.5 Productie per ingezette FTE	42
5.6 Vergelijking tijdsbesteding uit onderzoek Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007	46
5.7 Productie per verloskundige in vergelijking met huidige norm	49
6 Praktijkinkomen	50
6.1 Norminkomen	50
6.2 Feitelijk inkomen vergeleken met het norminkomen	52

7	Samenhang Praktijkkosten, opbrengsten en werkinzet met het tarief	54
7.1	Samenhang tarief, norminkomen en normpraktijk	54
	Bijlage 1 Norminkomen verloskundigen: bestaande inzichten	57
	Bijlage 2 Vergelijking Takenpakket eerstelijns verloskunde 2007 (C3-onderzoek in opdracht KNOV)	70

Bijlagenboek Onderzoeksdocumentatie

Bijlage A Begeleidende correspondentie

Bijlage B Vragenlijsten en toelichting

Bijlage C Klankbordgroep

Bijlage D Werkgroep ijkfunctie norminkomen

Bijlage E Begeleidingsteam opdrachtgever en Onderzoeksteam

Managementsamenvatting

Doel

ConQuaestor en Significant hebben samen in opdracht van de NZa een onderzoek uitgevoerd onder verloskundigenpraktijken naar alle relevante componenten voor het tarief per zorgeenheid in relatie tot de praktijkomvang. Het onderzoeksdoel is:

- inzicht te bieden in de actuele kosten en het inkomen van voltijds werkzame eerstelijns verloskundigen;
- inzicht te bieden in de actuele werklast ter verificatie van de resultaten van het KNOV-onderzoek met betrekking tot de normpraktijk;
- het bieden van een onderbouwing voor de vaststelling van een marktconform inkomen en aanpassing van de tarieven per 1 januari 2010.

De onderzoeksperiode heeft betrekking op het jaar 2007.

Onderzoeksopzet

Het onderzoek is uitgevoerd als een steekproef, waarbij uiteindelijk gegevens zijn verzameld bij 66 van de 454 verloskundigenpraktijken die in geheel 2007 actief waren. Omdat uit het onderzoek ook inzicht gewenst werd in de effecten van cliënten in achterstandswijken is het onderzoek gestratificeerd opgezet, waarbij alle 30 praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk zijn benaderd en aanvullend 40 andere praktijken. Door ontheffing wegens administratieve redenen vielen drie praktijken uit een achterstandswijk en een andere praktijk uit de steekproef. Het onderzoek is uitgevoerd in de vorm van diepteonderzoeken waarbij een onderzoeker samen met een vertegenwoordigende verloskundige van de desbetreffende praktijk de vragenlijst hebben ingevuld. De KNOV bood de mogelijkheid aan verloskundigen tijdens de invulling gebruik te maken van een medewerker van een gespecialiseerd administratiekantoor, hetgeen bij het overgrote deel van de diepteonderzoeken ook is gebeurd.

Bij het verzamelen van de financiële gegevens over opbrengsten en kosten is uitgegaan van de jaarrekening 2007. Bij het verzamelen van gegevens over werkinzet is een persoonlijke schatting van de verloskundige over de inzet in een reguliere week als basis gebruikt.

Resultaten voor de tariefscomponenten

In het onderzoek is vastgesteld hoeveel verloskundigen uitgedrukt in een voltijds inzet, in de praktijk werkzaam zijn, waarbij correcties zijn vastgesteld voor eventuele deeltijdinzet en het werkzaam zijn gedurende een deel van het jaar 2007. Alle resultaten in dit onderzoek zijn daarmee bepaald per voltijds werkzaam verloskundige (FTE). In tabel M.1 is de vergelijking gemaakt tussen de waarden die ten grondslag liggen aan de normberekening van het tarief en de uit het onderzoek blijkende waarden. Daarbij is het procentuele verschil aangegeven tussen de in het onderzoek gevonden waarden en de in de normberekening voor het tarief gehanteerde waarde.

Tariefcomponent	Norm 2007	Onderzoek	Vershil in %
Zorgeenheid gerelateerde praktijkopbrengsten	€ 97.064	€ 87.514	-10%
Niet zorgeenheid gerelateerde opbrengsten	€ 0	€ 5.155	-
Praktijkkosten	€ 41.931	€ 39.070	-7%
Inkomen (Norminkomen)	€ 55.133	€ 53.599	-3%
Uren per week	40	58	45%
Niet-cliëntgebonden uren	528	639	21%
Bestede tijd per zorgeenheid in uren	13	22,3	72%
Zorgeenheden per FTE (Normpraktijk)	120	107	-11%

Tabel M.1 Verschillen tussen norm- en onderzoekswaarden 2007 voor de relevante tariefcomponenten per FTE

De in de laatste kolom opgenomen percentages hebben betrekking op het verschil tussen de in het onderzoek gevonden waarde en de norm voor de tariefcomponent en hebben ieder hun eigen effect op het tarief dat niet gelijk is aan dit percentage. In de berekening van het normtarief wordt geen rekening gehouden met niet-zorgeenheid gerelateerde opbrengsten, bijvoorbeeld voor echoscopie en NT-counseling. Daarom kan geen verschilpercentage aan deze grootte worden verbonden. In de praktijkkosten zijn de aan deze opbrengsten gerelateerde kosten wel meegenomen en in de uren per week is de aan deze activiteiten bestede tijd eveneens meegenomen. Wanneer de zorgeenheid gerelateerde en niet-zorgeenheid gerelateerde opbrengsten uit het onderzoek, samen opgeteld, worden vergeleken met de in de normberekening gehanteerde praktijkopbrengsten, zijn de totale praktijkopbrengsten per FTE uit het onderzoek in totaal ongeveer 5% lager dan in de normberekening wordt aangehouden. In het in 2008, in opdracht van de KNOV door C3, uitgevoerde onderzoek is een gemiddelde inzet voor basistaken vastgesteld van 17,6 uur, wat is herleid tot een normpraktijk van 90 zorgeenheden. De inzet voor basistaken is vergelijkbaar met de bestede tijd per zorgeenheid. De niet cliëntgebonden uren per jaar bedroegen volgens dit onderzoek 511 uur.

Relevante waarnemingen uit het onderzoek

Een ongedifferentieerd tarief en een normberekening gaan uit van een betrekkelijk homogene populatie waarbij de praktijken vergelijkbare karakteristieken hebben. Uit het onderzoek blijkt dat er zeer grote verschillen tussen de praktijken bestaan. Verschillen betreffen:

- Het aantal geproduceerde zorgeenheden per FTE;
- De praktijkkosten per FTE;
- Het aantal actief werkzame uren per FTE;
- Het aantal gemiddeld bestede uren per zorgeenheid.

Om een indicatie te geven van de in de steekproef optredende spreiding in deze grootheden is in tabel M.2 weergegeven de standaarddeviatie en het interval waarbinnen 80% van de praktijken in de steekproef zich bevinden. De standaarddeviatie is een statistische maat voor de gemiddelde afwijking ten opzichte van het populatiegemiddelde. Door deze standaarddeviatie te vergelijken met het gemiddelde kan een indicatie worden gekregen van de gemiddelde afwijking van de individuele praktijken ten opzichte van het gemiddelde over de praktijken.

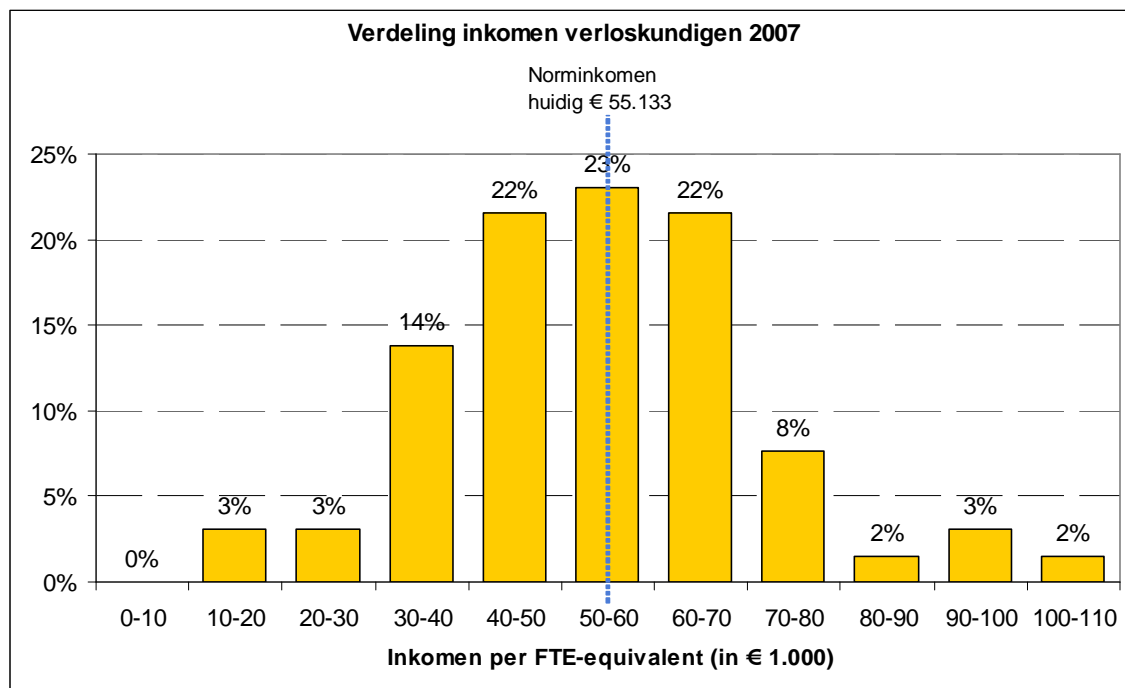
De in tabel M.2 opgenomen waarden voor de ondergrens en bovengrens voor 80% van de praktijken, geven aan binnen welke waarde de desbetreffende grootheid fluctueert voor 80% van de populatie; de onderste 10% van de gevonden waarden en de bovenste 10% van de gevonden waarden zijn bij de bepaling van dit interval dus buiten beschouwing gebleven. Dit geeft een indicatie voor de voorkomende waarden voor de praktijken, waarbij de extreme 10% praktijken aan de boven- en onderkant van het spectrum zijn weggelaten.

Grootheid in het onderzoek	Stand. dev.	Ondergrens 80%	Bovengrens 80%
Praktijkopbrengsten (€ per jaar per FTE)	€ 23.483	€ 66.716	€ 124.152
Praktijkkosten (€ per jaar per FTE)	€ 14.108	€ 26.638	€ 57.873
Zorgeenheden (aantal per jaar per FTE)	27	75	147
Actieve uren (per week per FTE)	12	45	74
Actieve uren per zorgeenheid	8	15	36

Tabel M.2 Standaarddeviatie en grenswaarden voor 80% van de praktijken in de steekproef.

Omdat de genoemde grootheden per praktijk over een jaar gemiddeld zijn vastgesteld, is de invloed van verschillen tussen cliënten uitgemiddeld in deze grootheden. Daarom kan worden geconcludeerd dat er een grote diversiteit bestaat tussen praktijken in de praktijkkosten, -opbrengsten, efficiency en de werkinzet per FTE en per zorgeenheid. Deze hebben mogelijk niet zozeer te maken met verschillen in bedrijfsvoering of kwaliteit, maar kunnen meer het gevolg zijn van verschillen in het aanbod van cliënten, samenhangend met het adherentiegebied van de praktijk en/of commerciële activiteiten van de praktijk. Het onderzoek kan daar in deze opzet geen duidelijkheid over verschaffen.

De waargenomen variaties leiden tot grote verschillen in kosten en opbrengsten per FTE tussen de praktijken en daarmee ook in het inkomen per FTE. In figuur M.1 is een verdeling van het inkomen per FTE per praktijk weergegeven. Uit de figuur blijkt dat 54% van de verloskundigenpraktijken per FTE minder dan het norminkomen hebben verdiend.



Figuur M.1: Verdeling inkomen per FTE over de praktijken 2007

In het onderzoek is onderscheid gemaakt naar solo- duo- en meerpersoonspraktijken. Uit analyses bleek dat in de verschillende grootheden niet of nauwelijks relevante verschillen optraden tussen de praktijksoorten. Te veronderstellen efficiencyeffecten van grotere praktijken zijn niet uit het onderzoek herkenbaar en het aandeel niet-cliëntgebonden uren, waarin onder andere administratieve en maatschapperelateerde activiteiten zijn opgenomen, is voor meerpersoonspraktijken zelfs substantieel hoger dan voor solo- en duopraktijken.

Ook is onderzoek gedaan naar effecten van cliënten uit achterstandswijken. De aandelen cliënten uit achterstandswijken per praktijk blijken relatief laag. Zelfs bij praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk komen veel lage aandelen cliënten uit die achterstandswijken voor. Het is daarom lastig per praktijk conclusies te trekken over het effect van die cliënten. Uit analyses, waarbij de relatie tussen het aandeel cliënten uit een achterstandswijk en de productiviteit (in uren en zorgeenheden) is onderzocht, kon geen relatie worden aangetoond. De autonome spreiding in deze grootheden overstijgt het eventuele effect van een lagere productiviteit bij een hoger aandeel cliënten uit achterstandswijken. Een andere vorm van onderzoek, gebaseerd op tijdschrijven, kan daar mogelijk wel inzicht in verschaffen.

Het norminkomen

Een belangrijk uitgangspunt voor het tarief is het norminkomen: het inkomen dat een verloskundige bij normale bedrijfsvoering gezien de functie zou moeten verdienen. In het verleden is daar al veel onderzoek naar gedaan en uit verschillende bronnen is daarover informatie beschikbaar. In een werkgroep met de KNOV, ZN en de NZA zijn deze gegevens naast elkaar gezet en vergelijkbaar gemaakt op basis van gelijke uitgangspunten.

De resultaten zijn in tabel M.2 opgenomen en dienen als basis voor de gesprekken over het nieuw te ontwikkelen tariefsvoorstel 2009. In de eerste kolom "Huidig NZA-tarief", is de onderbouwing voor het norminkomen 2007 weergegeven zoals door de NZA gehanteerd bij de tariefsberekening voor 2007. De meeste componenten in deze kolom zijn vastgesteld door indexatie van de waarde voor het voorgaande jaar. Daarbij zijn in de sociale regelgeving vervallen componenten als "Overhevelingstoeslag" gehandhaafd omwille van continuïteit van de grondslag voor het norminkomen. De kolom "CTG 2002" heeft betrekking op uitkomsten van een onderzoek naar norminkomens in de zorg, dat door KPMG in opdracht van het CTG in 2002 is uitgevoerd. De cijfers zijn voor de vergelijkbaarheid geïndiceerd naar het jaar 2007. In de kolom "CTG 2002 Nader Advies", is op basis van een nader advies van KPMG over de inschaling van verloskundigen in schaal FWG 60 in plaats van FWG 55, een doorrekening gemaakt voor de gevolgen daarvan op de kolom "CTG 2002". De laatste kolom heeft betrekking op een door Mercer in 2008 in opdracht van de KNOV uitgevoerd onderzoek naar de functiewaardering en inschaling van eerstelijns verloskundigen.

Alle varianten zijn herrekend tot prijsniveau 2007 (basis 1 januari 2008)

Inkomenscomponent	Huidig NZA-tarief	CTG 2002	CTG 2002 Nader Advies	Mercer 2008
	A	B	C	D
Schaal	BBRA-8	55max	60max	65
% inconveniënten	8,32%	8,32%	8,32%	20%
Jaarsalaris incl. vakantietoeslag	35.771	44.854	51.141	54.500
Inconveniënten (avond-/nacht-/weekenddienst)	2.976	3.732	4.255	9.316
Overhevelingstoeslag	4.617	0	0	0
Ziektekostenpremie	4.215	1.465	1.465	1.347
AOV premie	4.395	9.284	10.687	12.500
Pensioen	1.841	3.938	4.778	5.306
VUT	811	0	0	0
ADV	507	0	0	0
Overige voorzieningen	0	1.576	1.576	1.576
Totaal norminkomen	55.133	64.849	73.902	84.545
Aandeel aankledingsposten t.o.v. jaarsalaris + inconveniënten	30,4%	33,5%	33,4%	32,5%
Verschil als inconveniënten = 20%		5.239	5.973	0

Tabel M.2: Norminkomen zoals in de verschillende bronnen vastgesteld

1 Inleiding en onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk beschrijft het onderzoeksdoel, de uitvoering en de onderzoeksopzet zoals die in het onderhavige onderzoek is gehanteerd. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- Onderzoeksdoel en -uitvoering;
- Onderzoekspopulatie;
- Onderzoeksvariabelen;
- Steekproefopzet en -trekking.

1.1 Onderzoeksdoel en –uitvoering

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft in een brief van 18 juni 2008 een eenzijdig verzoek ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om aanpassing van het tarief voor de eerstelijns verloskundige zorg. Het verzoek omvatte een aanpassing van de rekennorm van 120 naar 95 zorgeenheden per verloskundige per jaar. De KNOV onderbouwde dit verzoek met een onderzoek dat in eigen opdracht was uitgevoerd door het adviesbureau C3 adviseurs. De laatste aanpassing van de normpraktijk (naar 120 zorgeenheden) had plaatsgevonden in 2000.

In zijn vergadering van 15 december 2008 heeft de Raad van Bestuur van de NZa besloten dit verzoek gedeeltelijk af te wijzen en de rekennorm per 1 januari 2009 vast te stellen op 110. Reden voor deze afwijzing was dat de berekening van de KNOV op zichzelf onvoldoende onderbouwing bood om tot aanpassing van het tarief te besluiten. In de tariefonderbouwing moet naar het oordeel van de NZa niet slechts naar de rekennorm worden gekeken, maar moeten alle tariefonderdelen (zoals inkomen, omzet, praktijkkosten en productie) betrokken worden. Het onderzoek dat door de KNOV is ingebracht, gaat slechts in op de rekennorm. De NZa achtte wel een aanpassing van de rekennorm tot 110 gerechtvaardigd, omdat in de gesprekken met marktpartijen duidelijk is geworden dat in de praktijkvoering van de verloskundige in de afgelopen jaren het een en ander is veranderd. Ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft aangegeven die mening toegedaan te zijn. De NZa heeft besloten een onderzoek te laten uitvoeren naar alle relevante componenten van tarief per zorgeenheid voor de eerstelijns verloskundige zorg.

Vooruitlopend op de resultaten van het onderzoek achtte de NZa een aanpassing van de normpraktijk gerechtvaardigd. De tarieven voor verloskundig actieve huisartsen zijn gelijktijdig met eenzelfde percentage verhoogd.

Het onderzoeksdoel is in relatie tot de praktijkgrootte:

- Inzicht te bieden in de actuele kosten en het inkomen van voltijds werkzame eerstelijns verloskundigen;
- Inzicht te bieden in de actuele werklast ter verificatie van de resultaten van het KNOV-onderzoek met betrekking tot de normpraktijk;
- Het bieden van een onderbouwing voor de vaststelling van een marktconform inkomen en aanpassing van de tarieven per 1 januari 2010.

De verloskundig actieve huisartsen blijven in het onderzoek buiten beschouwing.

Het onderzoek is opgezet als een steekproefvorm onder eerstelijns verloskundigenpraktijken. De in de steekproef geselecteerde praktijken zijn door diepteonderzoekers bezocht en samen met een verloskundige uit die praktijk zijn de voor het onderzoek noodzakelijke gegevens met behulp van een vragenlijst vastgesteld en digitaal verwerkt. De KNOV heeft de mogelijkheid geboden om bij het vaststellen van de gegevens assistentie te betrekken van een medewerker van een administratiekantoor dat gespecialiseerd is in administraties van verloskundigen (VVAA en MBV). In het overgrote deel (>95%) van de diepteonderzoeken heeft deze begeleiding plaatsgevonden. De gegevens zijn geregistreerd in een gestandaardiseerd, beveiligd systeem en vervolgens gevalideerd op juistheid/plausibiliteit. Wanneer daartoe aanleiding was, zijn aanvullend vragen aan de betrokken verloskundige gesteld om de gegevens zonodig te corrigeren.

Omdat de NZa inzicht wenste in de effecten van de inzet van cliënten in achterstandswijken, is een gestratificeerde steekproef toegepast, waarbij de helft van de steekproef praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk betreft en de andere helft praktijken met een praktijkadres in een niet-achterstandswijk. Bij de verwerking van de resultaten heeft terugweging naar deze stratificatie plaatsgevonden.

1.2 Onderzoekspopulatie

In onderstaande tabel is de samenstelling van de eerstelijns verloskundigenpraktijken in de onderzoekspopulatie in beeld gebracht.

		Populatie in Nederland
Achterstandswijk	Solopraktijk	0
	Duopraktijk	3
	Meerpersoonspraktijk	27
	Totaal	30
Niet-achterstandswijk	Solopraktijk	77
	Duopraktijk	103
	Meerpersoonspraktijk	244
	Totaal	424
Totaal Nederland		454

Tabel 1.1 Onderzoekspopulatie eerstelijns verloskundigenpraktijken naar subpopulatie

Bij de vaststelling van de onderzoekspopulatie is gebruik gemaakt van de bij de KNOV geregistreerde eerstelijns verloskundigenpraktijken die in geheel 2007 als eerstelijns verloskundigenpraktijk actief waren. De indeling naar achterstandswijk heeft plaatsgevonden op basis van de cijfers van de postcode. Daarbij moet worden opgemerkt dat praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk niet alleen cliënten in een achterstandswijk hebben. Evenzo kunnen praktijken met een praktijkadres niet in een achterstandswijk ook cliënten uit een achterstandswijk hebben. Omdat de aangepaste vergoeding van toepassing is op basis van het woonadres van cliënten uit achterstandswijken, kan geen eenduidige conclusie worden getrokken voor dit aangepaste tarief op basis van inzichten over praktijken uit achterstandswijken. Door de relatie te onderzoeken tussen het aandeel cliënten uit achterstandswijken per praktijk en tariefsbepalende componenten voor die praktijk is getracht deze conclusie wel mogelijk te maken.

1.3 OnderzoeksvARIABLEN

In het kader van de onderzoeksdoelstelling is een vragenlijst opgesteld die in het 'Bijlagenboek Onderzoeksdocumentatie', dat bij deze rapportage behoort, is opgenomen. Voor een gedetailleerd inzicht in de vragen en de toelichting wordt verwezen naar dit bijlagenboek. In de vragenlijst zijn de volgende groepen gegevens aan de orde gesteld:

- Algemene kenmerken en samenstelling van de praktijk;
- Praktijkkosten;
- Productie en opbrengsten;
- Tijdsbesteding.

Deze gegevens vormen de basis voor de analyse en beantwoording van de onderzoeksvragen.

Bij de praktijkkosten is uitgegaan van de in de jaarrekening 2007 van de praktijk verantwoorde bedragen die gerubriceerd zijn naar een vaste kostenindeling. Deze informatie is aangevuld met gegevens uit de jaarstukken van de in de praktijk deelnemende verloskundigen. Als onderzoeksjaar is 2007 genomen, omdat de jaarrekeninggegevens over dat jaar, ten tijde van de onderzoeksuitvoering, verondersteld mocht worden beschikbaar te zijn en voor 2008 nog niet voor alle praktijken. Naast de in de jaarrekening verantwoorde praktijkkosten zijn de praktijkkosten 'in natura' apart gespecificeerd. Dit betreft bijvoorbeeld kosten voor huisvesting (zelf uitgevoerde schoonmaak), praktijkondersteuning, vervoerskosten (inzet privé-auto) en dergelijke. Deze kosten zijn door de verloskundige zelf ingeschat en niet op basis van een formele verslaglegging vastgesteld.

De opbrengsten zijn eveneens overgenomen uit de jaarrekening van de praktijk. De productie in zorgseenheden is afgeleid van de opbrengsten van de zorgdiensten exclusief de niet zorgseenheid gerelateerde diensten (abonnementen, echoscopie en overige niet-zorgseenheid gerelateerde diensten). Door deze te delen door het tarief per zorgseenheid (voor 2007: € 819,50) is de productie voor het aantal geleverde zorgseenheden vastgesteld. Op dezelfde wijze is ook naar de opbrengsten en productie voor 2008 gevraagd waarbij, als de jaarrekening van de praktijk nog niet beschikbaar was, de gegevens zijn gebaseerd op de in de administratie geregistreerde opbrengsten.

De tijdsbesteding is geïnventariseerd op basis van een schatting van de desbetreffende verloskundigen. Daarbij moet de kanttekening worden gemaakt dat deze schatting betrekking heeft op de gemiddelde inzet in een reguliere werkweek. Door de fluctuaties in werkdruk is het lastig een schatting voor het gemiddelde te geven, wat effecten heeft op de nauwkeurigheid van de uitkomsten. In de bedrijfsvoering worden geen gegevens over tijdsbesteding geregistreerd en daarom kan de analyse van de tijdsbesteding niet worden gebaseerd op vastgelegde informatie en moest om deze schatting worden gevraagd. De in de praktijk werkzame verloskundigen is gevraagd naar een schatting van het gemiddelde aantal uren per week dat deze aan die praktijk besteden. Daarbij is onderscheid gemaakt naar uren achterwacht, uren dienst en uren daadwerkelijk actief werkzaam. Voor de actief werkzame uren is gevraagd een verdeling aan te geven naar basistaken, aanvullende taken, bijzondere taken en overige niet-cliëntgebonden taken. Deze indeling stemt overeen met de indeling gehanteerd in het, in opdracht van het KNOV uitgevoerde, onderzoek naar het takenpakket van de eerstelijns verloskundige.

1.4 Steekproefopzet en -trekking

De steekproef is getrokken uit eerstelijns verloskundigenpraktijken die gedurende geheel 2007 actief waren. Praktijken die in 2007 zijn begonnen of beëindigd behoren daarmee niet tot de onderzoekspopulatie. Voor deze opzet is gekozen om vertekening in gegevens en de noodzaak tot geschatte correcties te voorkomen. De onderzoeksdoelen hebben geen betrekking op het totale volume voor Nederland, maar op de individuele praktijkkenmerken. Dat rechtvaardigt de gekozen opzet.

Om de nauwkeurigheid te verhogen van uitspraken over verloskundigenpraktijken gevestigd in achterstandswijken is voor een gestratificeerde steekproef gekozen. Er bestaan relatief weinig eerstelijns verloskundigenpraktijken in achterstandswijken (circa 30 van de totaal 454 praktijken in 2007). Een aselechte steekproef zou betekenen dat een zeer beperkt aantal praktijken in achterstandswijken in de steekproef voor analyse beschikbaar zou zijn, waardoor geen statistisch verantwoorde uitspraken over die groep mogelijk zijn. In onderstaande tabel is de steekproeftrekking in relatie tot de populatie weergegeven. Het doel van de steekproef was voor 60 praktijken gegevens te verzamelen, waarvan de helft bij eerstelijns verloskundigenpraktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk. Omdat in de steekproef uitval te verwachten is (bijvoorbeeld door administratieve belemmeringen) zijn 10 reservepraktijken getrokken, die ook zijn benaderd.

In onderstaande tabel is de samenstelling van de steekproef eerstelijns verloskundigenpraktijken in relatie tot de onderzoekspopulatie in beeld gebracht.

		Steekproef	Populatie in Nederland
Achterstandswijk	Solopraktijk	0	0
	Duopraktijk	3	3
	Meerpersoonspraktijk	27	27
	Totaal	30	30
Niet-achterstandswijk	Solopraktijk	11	77
	Duopraktijk	11	103
	Meerpersoonspraktijk	18	244
	Totaal	40	424
Totaal Nederland		70	454

Tabel 1.2 Samenstelling steekproef eerstelijns verloskundigenpraktijken

Vanwege de beperkte omvang van het aantal eerstelijns verloskundigenpraktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk is deze groep integraal in de steekproef opgenomen om het beoogde aantal van dertig te bereiken. De overige niet-achterstandswijkpraktijken zijn aselekt getrokken zonder rekening te houden met de verdeling naar praktijkvorm.

2 Representativiteit, weging, FTE-begrip en nauwkeurigheid

Dit hoofdstuk beschrijft de gerealiseerde respons in relatie tot de vraag in hoeverre de resultaten voldoende representatief zijn. Daarnaast wordt toegelicht hoe de weging is uitgevoerd en op welke wijze de resultaten per praktijk en per verloskundige zijn vastgesteld. Omdat bij resultaten per verloskundige het FTE-begrip essentieel is, wordt het in dit onderzoek daarvoor gehanteerde begrip nader toegelicht. Tot slot wordt ingegaan op de gerealiseerde statistische nauwkeurigheid in verband met de steekproefopzet van het onderzoek.

2.1 De gerealiseerde respons

De bereidheid tot medewerking en de respons in dit onderzoek zijn hoog. Dit hangt samen met het belang dat verloskundigen bij het onderzoek hebben en met de verplichting vanuit regelgeving om relevante gegevens aan de NZa te verstrekken. In een beperkt aantal gevallen (vier) is ontheffing verleend voor het verstrekken van gegevens, omdat de desbetreffende praktijk uiteindelijk toch niet tot de doelgroep behoorde of omdat er administratieve belemmeringen bestonden. Dit betekent dat voor 66 eerstelijnsverloskundigenpraktijken gegevens zijn verzameld en beschikbaar zijn.

		Responsoverzicht per subpopulatie				
		Populatie in Nederland	Bruto steekproef	NZA-uitval	Uitval op basis van praktijkstructuur	Netto steekproef
Achterstandswijk	Solopraktijk	0	0	0	0	0
	Duopraktijk	3	3	2	0	1
	Meerpersoonspraktijk	27	27	1	0	26
	Totaal	30	30	3	0	27
Niet-achterstandswijk	Solopraktijk	77	11	0	1	10
	Duopraktijk	103	11	0	0	11
	Meerpersoonspraktijk	244	18	1	0	17
	Totaal	424	40	1	1	38
Totaal Nederland		454	70	4	1	65

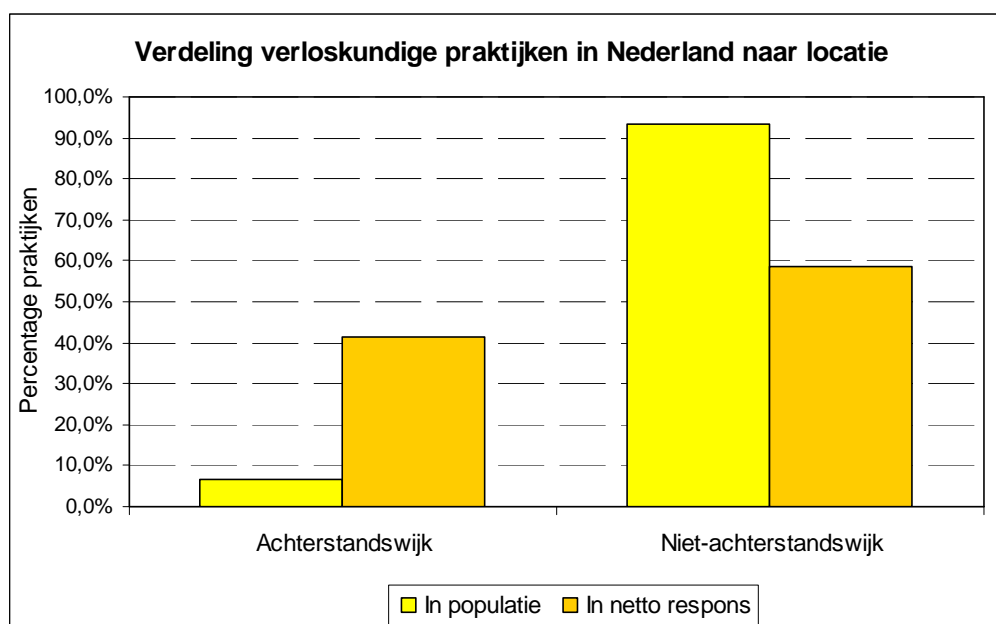
Tabel 2.1 Responsoverzicht per subpopulatie

In de kleine groep van drie duopraktijken met het praktijkadres in een achterstandswijk, zijn helaas twee praktijken uitgevallen. Omdat daarmee de resultaten betrekking hebben op één praktijk, is het statistisch niet verantwoord deze te presenteren. Daarnaast betekent dit dat gegevens over een individuele praktijk zouden worden gepresenteerd, wat conflicteert met het anonieme karakter van de rapportage. Om die reden wordt afgezien van rapportage van afzonderlijke cijfers voor de groep duopraktijken in achterstandswijken. De gegevens van de desbetreffende duopraktijk in een achterstandswijk worden wel meegenomen in de rapportages over het totaal.

Bij analyse van de resultaten bleek dat een solopraktijk in een niet-achterstandswijk een bijzonder groot aandeel betaalde waarneming (300 etmalen) voor derden heeft uitgevoerd in 2007. Uit de verzamelde gegevens bleek dat deze praktijk geheel 2007 bestond, maar in de startfase verkeerde waarbij het leeuwendeel van de activiteiten bestond uit waarneming voor andere praktijken. Dat betekent bijzondere karakteristieken voor aantal geleverde zorgeenheden per FTE en kosten en opbrengsten per FTE, die niet representatief zijn voor de populatie omdat een groot deel van de capaciteit niet in de eigen praktijk wordt ingezet. De praktijk is daarmee in 2007 meer te vergelijken met zelfstandige eerstelijns verloskundigen, die hun omzet genereren uit waarneming en behoort daarmee eigenlijk niet tot de feitelijke doelgroep van het onderzoek. Correctie voor de omvang van de waarnemingsactiviteiten om een juist beeld van de in de eigen praktijk ingezette FTE's te verwerven, bleek niet verantwoord mogelijk. De gegevens voor deze praktijk zijn daarom bij de analyses buiten beschouwing gelaten

2.2 Terugweging om de representativiteit te waarborgen

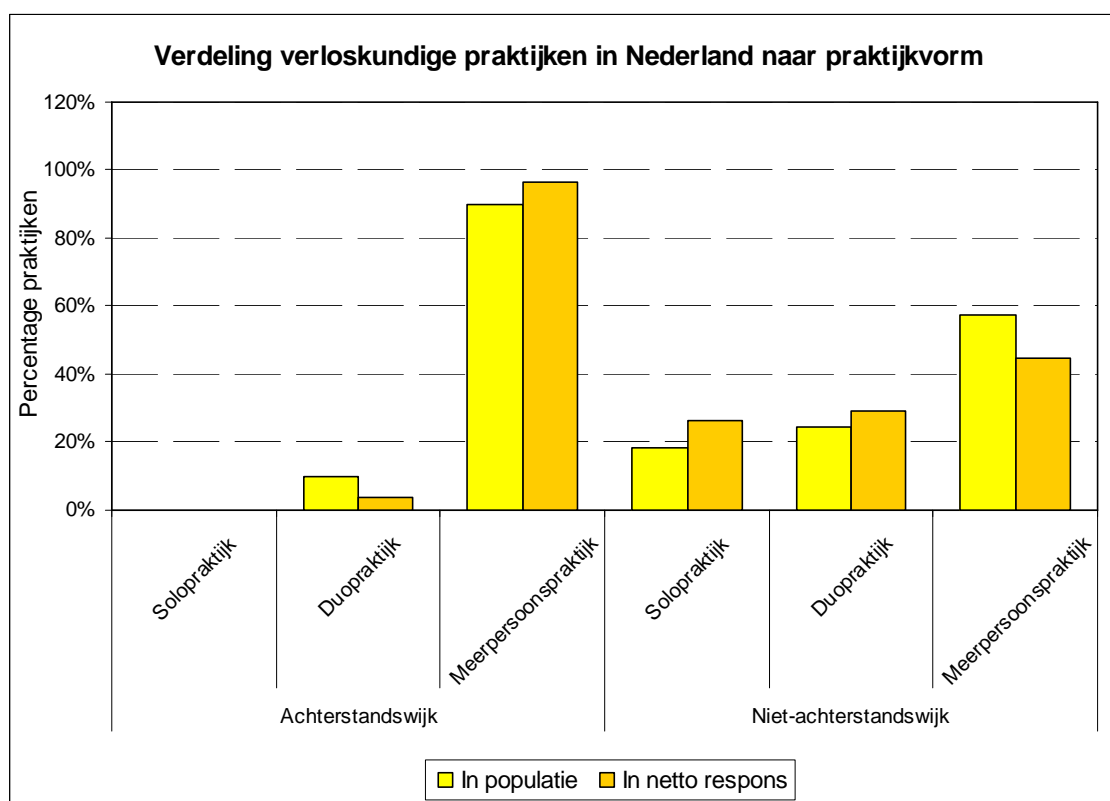
Omdat sprake is van een gestratificeerde steekproef moet bij de berekening van resultaten een weging worden toegepast. Deze weging corrigeert voor de gekozen verhouding in de steekproef praktijken in achterstandswijken en niet-achterstandswijken, die geen afspiegeling is van de verhouding in de totale populatie. In figuur 2.1 is die verhouding tussen steekproef en populatie in beeld gebracht. Het aandeel eerstelijns verloskundigenpraktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk bedraagt 6,6% terwijl het aandeel van deze praktijken in de respons 41,5% bedraagt. Evenzo is het aandeel praktijken in niet-achterstandswijken in de populatie 93,4%, terwijl in de respons het aandeel 58,5% bedraagt. In alle berekeningen wordt daarom een weging toegepast om deze verhouding te corrigeren.



Figuur 2.1 Vergelijking van de verdeling van de verloskundigenpraktijken in de populatie en in de respons.

Representativiteit van de respons

In de steekproef is binnen de twee strata aselekt getrokken. Omdat de respons zeer hoog is (bijna 93%) is het risico van vertekening door selectieve respons minimaal. De mogelijkheden om vast te stellen of specifieke groepen in de respons over- of ondervertegenwoordigd zijn, zijn overigens zeer beperkt. Naast de gehanteerde stratificatie is voor de populatie eerstelijns verloskundigenpraktijken alleen de praktijkvorm bekend (solo-, duo- of meerpersoonspraktijk), waarop de representativiteit kan worden getoetst. Daarnaast is nog een globale visuele toetsing van de geografische spreiding uitgevoerd.



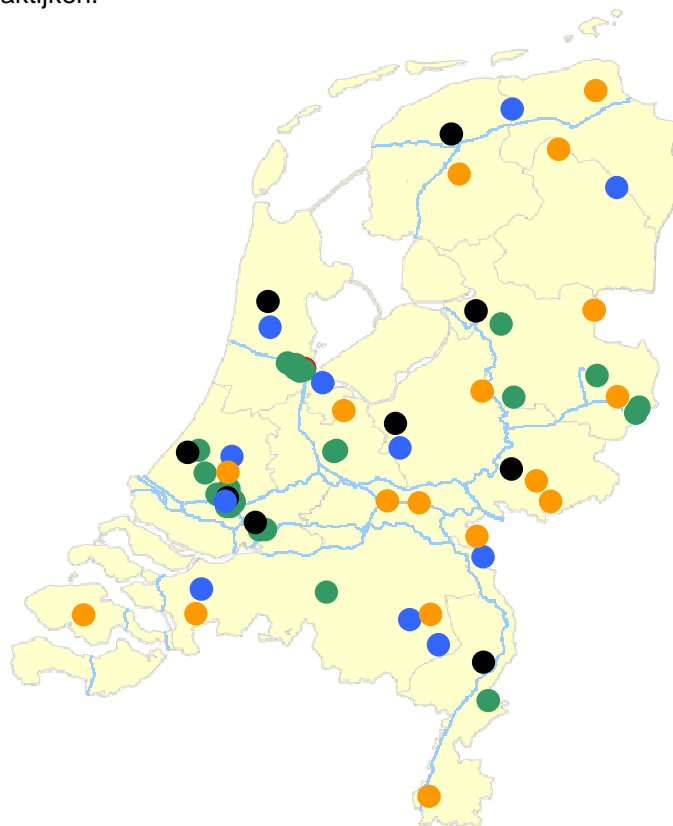
Figuur 2.2 Vergelijking van de verdeling van de verloskundigenpraktijken naar locatie en praktijkvorm in populatie en respons

In figuur 2.2 is per gecombineerd praktijkkenmerk (achterstandswijk x praktijkvorm) aangegeven hoe groot het aandeel van de praktijken in de populatie is en hoe groot het aandeel in de respons is. Daaruit blijkt dat voor alle klassen een vergelijkbare verhouding bestaat, waarbij de beperkte verschillen door statistische effecten in de trekking ontstaan. De respons mag daarom als representatief worden beschouwd en er is geen sprake van vertekening door selectieve respons.

In figuur 2.3 is de geografische spreiding van de respons weergegeven¹. Daaruit blijkt dat globaal alle gebieden in Nederland in de respons voorkomen. De concentratie van praktijken in bepaalde gebieden

¹ De rode punt voor de duo-praktijk in een achterstandswijk is niet zichtbaar, omdat deze door andere punten wordt overdekt

kan worden verklaard uit de concentratie van de bevolking en de daaraan gekoppelde concentratie van verloskundigenpraktijken.



● ASW duo ● ASW groeps ● NASW solo ● NASW duo ● NASW groeps

Figuur 2.3 Geografische spreiding van de verloskundigenpraktijken in de respons

2.3 Het FTE-begrip

Veel van de resultaten in dit onderzoek worden gepresenteerd op het niveau van de verloskundige. Er bestaat verscheidenheid in omvang van de inzet per verloskundige. Wanneer op basis van het onderzoek uitspraken moeten worden gedaan over praktijkkosten, -opbrengsten en werkinzet per verloskundige is het van belang een eenduidig begrip te introduceren over wat onder één volledig werkzame verloskundige wordt verstaan. Afspraken over verhoudingen in inzet van in de praktijk deelnemende verloskundigen en inzet op parttime basis voor verloskundigen in loondienst is geen bijzonder verschijnsel in de sector. Ook komt het voor dat structureel verloskundigen zonder dienstverband worden ingehuurd, die worden ingezet voor uitbreiding van de capaciteit van de praktijk en niet voor waarneming. Ook deze capaciteit moet eenduidig kunnen worden herleid op de omvang van de inzet.

Om die reden is het noodzakelijk een uniform FTE-begrip in te voeren voor een voltijds werkzame verloskundige. De resultaten worden daarmee herleid tot het niveau van een verloskundige die volledig als

verloskundige werkzaam is geweest in de onderzoeksperiode 2007. In de toelichting bij de vragenlijst, die is opgenomen in het bijlagenboek bij dit onderzoek, is aangegeven hoe het in een praktijk werkzame aantal FTE's is vastgesteld. Dit begrip wordt gebruikt om normatief een verhouding te kunnen vaststellen voor de inzet van een niet volledig voor de praktijk ingezette verloskundige ten opzichte van een wel volledig beschikbare verloskundige.

De belangrijke factoren die bepalend zijn bij het vaststellen van het aantal FTE-equivalenten dat in een verloskundigenpraktijk in het onderzoeksjaar in 2007 is ingezet, betreffen:

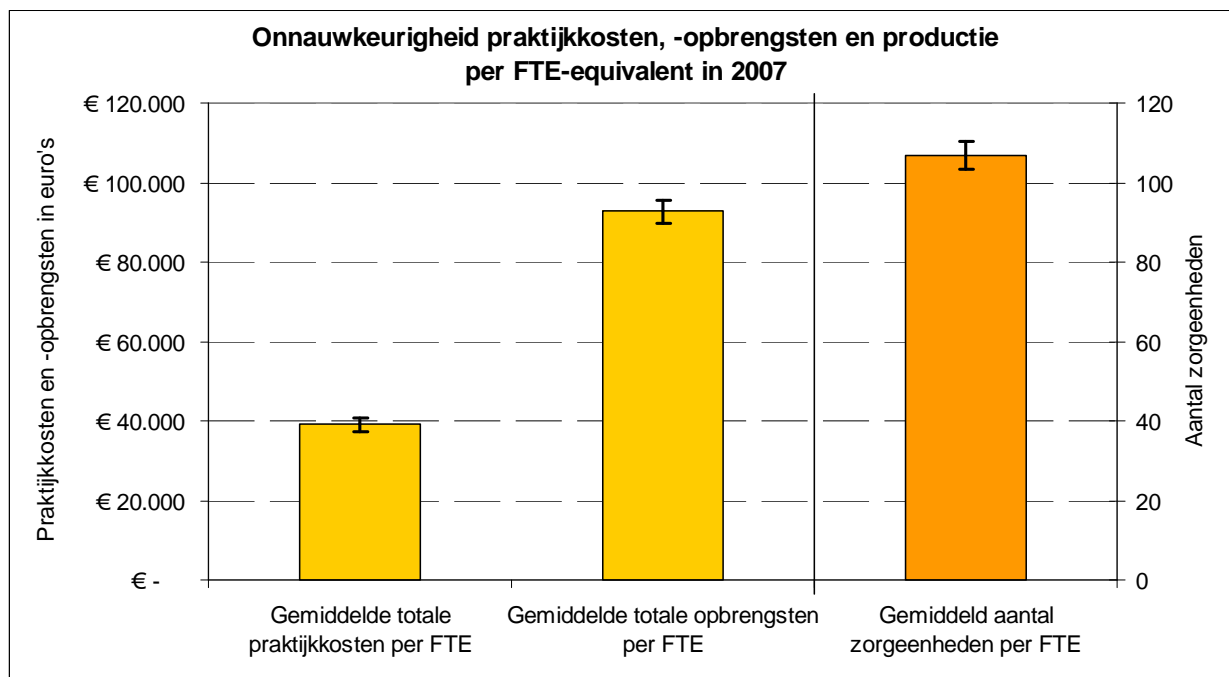
- De periode in 2007 gedurende welke de aan de praktijk verbonden verloskundige werkzaam is geweest. Wanneer een verloskundige slechts voor een deel van het jaar in de praktijk werkzaam is geweest wordt de inzet in FTE daarmee evenredig vastgesteld. Zo is een verloskundige die gedurende zes maanden voltijds beschikbaar was voor de praktijk als 0,5 FTE meegerekend;
- De aanstelling in loondienst in aantal dagen per maand (1 FTE = 21,5 dagen per maand). De onderliggende norm van 21,5 dagen per maand is afgeleid uit de in de praktijk voorkomende vorm van aanstellingen in loondienst die meestal in dagen per maand worden gekwantificeerd en waarbij gemiddeld vijf werkdagen per week (is 21,5 per maand) als voltijdaanstelling wordt beschouwd. Een voltijdaanstelling bedraagt dus 21,5 dagen per maand. De betrokken verloskundige in loondienst kan wel voor meer etmalen per maand voor diensten zijn ingeroosterd en over meer dagen per maand actief werkzaam zijn bij deze aanstelling, maar de formele aanstelling bedraagt 21,5 dag per maand. Deze norm is vooral gehanteerd om parttime werkzame verloskundigen in loondienst te kunnen vertalen naar een inzet in FTE;
- De inzet van de individuele deelnemers in de maatschap in aantal dagen per maand (1 FTE = 21,5 dagen per maand). In een maatschapcontract zijn veelal de aanspraken vastgelegd en niet de inzet. Daarom is analoog aan het begrip voor verloskundigen in loondienst, hier gekozen voor een norm op basis van dagen actieve inzet per maand. Ook hier geldt dat sprake is van een normatieve inzet ten behoeve van de vergelijkbaarheid, waarbij het feitelijk aantal ingeroosterde diensten per maand hoger kan liggen;
- Eventuele structurele inzet van zelfstandige verloskundigen die structureel, dus niet voor waarneming in verband met vakantie of ziekte, worden ingehuurd in dagen per jaar (1 FTE = 342 waarneemdagen per jaar). Het betreft hier inhuur in etmalen, waarbij de dienst gedurende dat etmaal wordt vervuld, maar niet noodzakelijkerwijs het hele etmaal wordt gewerkt. De capaciteit van een op deze wijze volledig ingezette verloskundige bedraagt 365 etmalen minus 23 etmalen vakantie is 342 etmalen. Deze inzet wordt gesaldeerd met de op dezelfde wijze berekende structurele inzet voor betaalde waarneming verleend aan andere praktijken;
- De inzet van één verloskundige is gemaximeerd op 1 FTE-equivalent; een verloskundige levert maximaal een FTE. De eventueel hoge werkintensiteit per FTE komt in deze rapportage tot uitdrukking in het aantal uren per FTE.

Op individuele basis is per ingezette verloskundige de omvang van het aantal FTE-equivalenten op deze wijze vastgesteld om vervolgens de totale inzet in de praktijk voor 2007 vast te stellen. De gepresenteerde berekeningen per FTE in deze rapportage zijn gebaseerd op de op deze wijze bepaalde FTE-equivalenten.

2.4 Nauwkeurigheden gemiddelde kosten en opbrengsten

De gepresenteerde resultaten zijn op grond van een steekproef vastgesteld, wat betekent dat deze een statistische afwijking kunnen hebben ten opzichte van de feitelijke waarde voor de gehele populatie. Deze statistische onnauwkeurigheid wordt bepaald door de omvang van de steekproef en de variatie in de grootte waarover wordt gerapporteerd. In de hiernavolgende figuur 2.4 en tabel 2.2 zijn de statistische onnauwkeurigheden voor de praktijkkosten, -opbrengsten en geproduceerde zorgeenheden per FTE-equivalent in 2007 weergegeven (bij een betrouwbaarheidsniveau van 90%).

In figuur 2.4 is voor een drietal belangrijke grootheden het nauwkeurighedsinterval grafisch weergegeven met het intervalletje boven aan de staaf die de waarde weergeeft, dat met zwarte lijntjes is gemarkeerd. Uit tabel 2.2 blijkt dat de beoogde maximale onnauwkeurigheid per subgroep (15%) en voor het totaal (10%) ruimschoots gehaald worden. De gunstige onnauwkeurigheden voor de praktijken in achterstandswijken, hangen samen met het feit dat vrijwel de volledige populatie daarvan in de respons is vertegenwoordigd. De resultaten voor de genoemde grootheden zijn daarmee voldoende nauwkeurig om statistisch verantwoorde conclusies te kunnen trekken.



Figuur 2.4: Onnauwkeurigheidsmarge voor de gemiddelde praktijkkosten, -opbrengsten en productie per FTE-equivalent

	Percentage onnauwkeurigheid		
	Gemiddelde totale praktijkkosten per FTE-equivalent	Gemiddelde totale praktijkopbrengsten per FTE-equivalent	Gemiddeld aantal zorgeenheden per FTE-equivalent
Achterstandswijken	3%	2%	2%
Niet-achterstandswijken	9%	7%	7%
Gehele populatie	8%	6%	7%

Tabel 2.2: Onnauwkeurigheid plus en min voor praktijkkosten,-opbrengsten en aantal zorgeenheden per FTE-equivalent

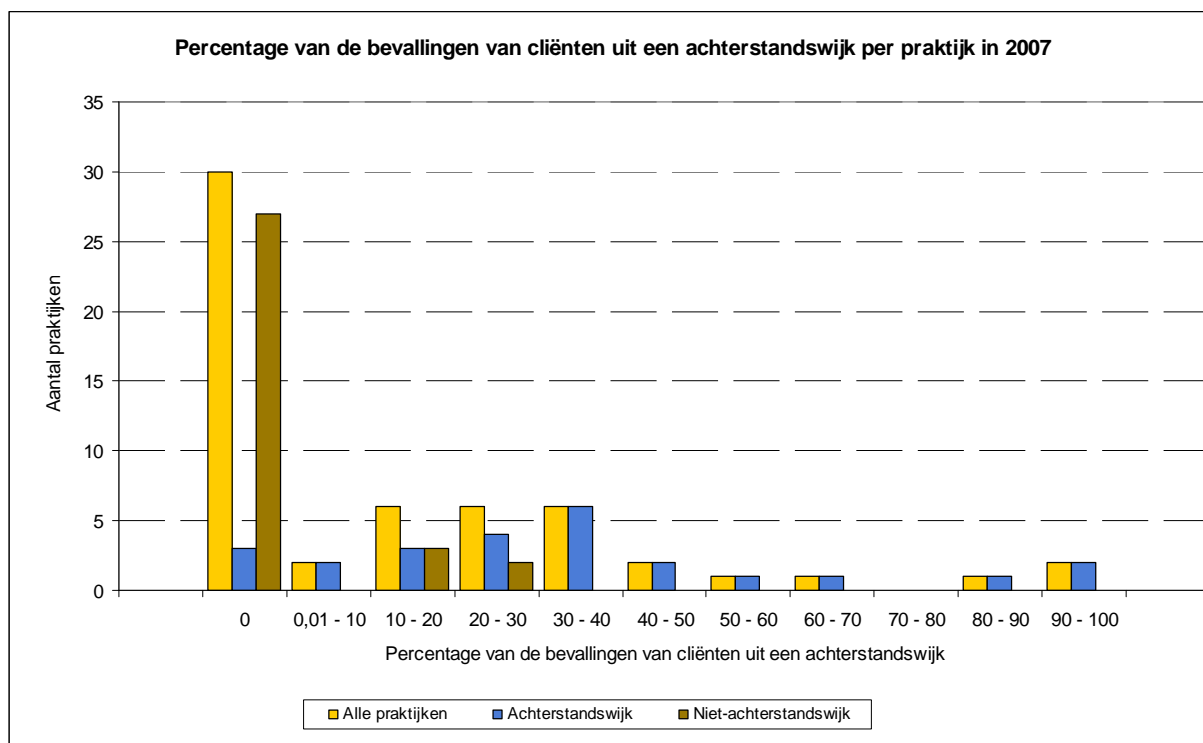
3 Kenmerken van de praktijken en productie

In dit hoofdstuk wordt een aantal karakteristieken van de in het onderzoek opgenomen praktijken gepresenteerd. Deze verschaffen inzicht in de populatie verloskundigenpraktijken.

3.1 Percentage cliënten uit achterstandswijken

In deze rapportage worden de resultaten zoveel mogelijk naar zorgeenheden gepresenteerd. In 2007 bestond nog geen toeslag op het tarief voor cliënten uit achterstandswijken, zodat de zorgeenheden voor deze cliënten ook niet apart zijn geregistreerd. Voor het aandeel cliënten uit achterstandswijken is daarom gebruikgemaakt van de gegevens uit de LVR-registratie, die betrekking hebben op bevallingen en niet op zorgeenheden.

In de steekproefopzet is onderscheid gemaakt naar eerstelijns verloskundigenpraktijken met een praktijkadres in achterstandswijken en met een praktijkadres in niet-achterstandswijken. In grafiek 3.1 wordt inzicht gegeven in de verdeling van het percentage cliënten uit achterstandswijken. Het betreft de registratie van bevallingen voor cliënten met een thuisadres in een achterstandswijk conform de LVR-registratie voor in totaal 57 praktijken waarvoor dit gegeven in de steekproef bekend is. De verdeling is weergegeven naar alle praktijken en voor de twee onderscheiden groepen praktijken met een praktijkadres wel of niet in een achterstandswijk.



Figuur 3.1: Percentage bevallingen per praktijk van cliënten uit een achterstandswijk 2007 naar praktijkadres

Praktijken met een praktijkadres in een niet-achterstandswijk hebben inderdaad relatief kleine aandelen cliënten uit een achterstandswijk; 27 van de 32 praktijken in deze groep hebben zelfs helemaal geen cliënten in achterstandswijken. Uit de verdeling is verder te zien dat zeer weinig praktijken grote aandelen cliënten uit achterstandswijken bezitten. In het totaal zijn er maar drie praktijken in de steekproef die meer dan 80% cliënten uit achterstandswijken hebben. Dit zijn zoals te verwachten inderdaad praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk. Deze verdeling geeft aan dat het niet goed mogelijk is conclusies te trekken over effecten van cliënten in achterstandswijken op basis van praktijkresultaten. Zelfs praktijken met een praktijkadres in achterstandswijken bezitten relatief grote aandelen cliënten uit niet-achterstandswijken. Bij het aanleggen van een grens voor praktijken van bijvoorbeeld 50% cliënten uit een achterstandswijk wordt maar voor een beperkt deel het effect gemeten van die cliënten uit een achterstandswijk, vanwege de 'verdunding' met cliënten uit niet-achterstandswijken. Daarbij leidt het dan resulterende geringe aantal (vijf) praktijken dat voor analyse beschikbaar is, tot statistisch onnauwkeurige resultaten.

Om die reden wordt afgezien van een aanvullend onderscheid in praktijken met het aandeel cliënten in achterstandswijken boven een bepaald percentage. Het onderscheid naar wel of geen praktijkadres in een achterstandswijk wordt in de tabellen en grafieken wel gepresenteerd, maar moet met het voorbehoud worden gezien dat praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk over het algemeen kleine aandelen cliënten uit een achterstandswijk bezitten.

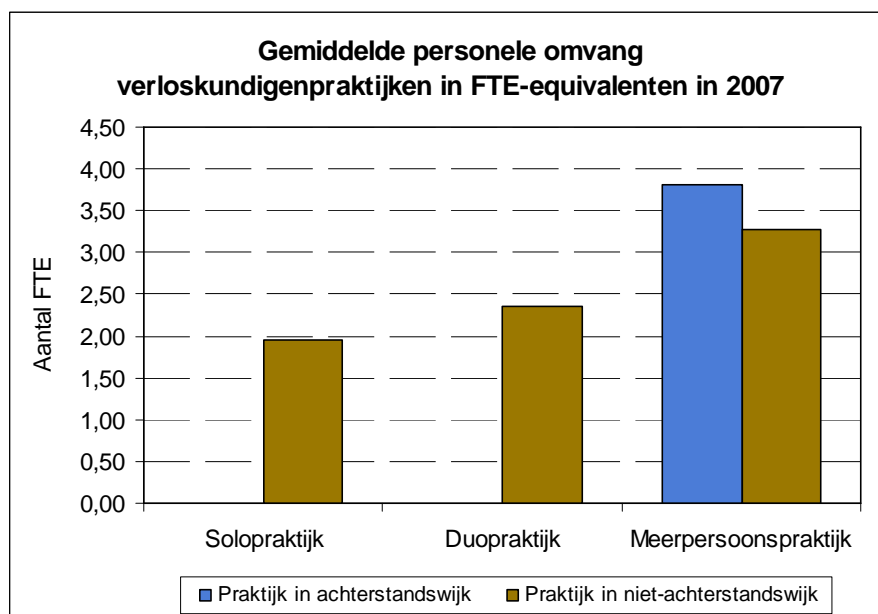
In tabel 3.1 is het aandeel bevallingen voor cliënten in achterstandswijken in beeld gebracht. Op landelijk niveau bedraagt het aandeel 7%. Voor de praktijken in achterstandswijken is dat percentage 34%. Daarom mag verwacht worden dat eventuele effecten van cliënten in achterstandswijken wel in deze groep zichtbaar worden.

	Totaal aantal bevallingen en bevallingen in achterstandswijken per praktijk								
	Totaal	Achterstandswijk				Niet-achterstandswijk			
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Totaal aantal bevallingen volgens LVR	211	311	-	-	311	204	170	171	247
Aantal bevallingen in achterstandswijken	15	105	-	-	105	9	13	6	8
Percentage bevallingen van cliënten in achterstandswijk	7%	34%	-	-	34%	4%	8%	3%	3%

Tabel 3.1 Aandeel bevallingen in achterstandswijken naar achterstandswijkindeling en praktijksoort

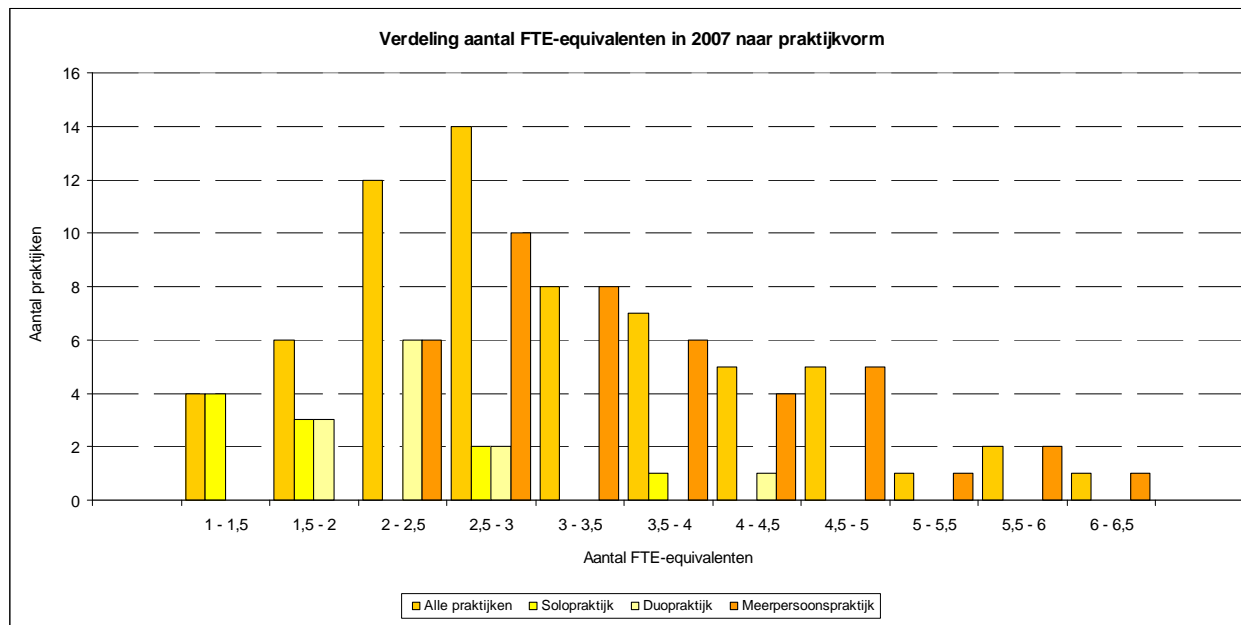
Het onderscheid naar achterstandswijken is vooral relevant in de analyses rond de tijdsbesteding per cliënt en het aantal zorgseenheden per cliënt uit een achterstandswijk in verhouding tot een cliënt uit een niet-achterstandswijk. Voor deze doelstelling worden in het vervolg van dit rapport analyses gemaakt op basis van regressies. Daarbij wordt het effect getoetst van het aandeel cliënten uit een achterstandswijk getoetst op de tijdsbesteding per zorgseenheid en de geproduceerde zorgseenheden per FTE-equivalent.

3.2 Personele omvang naar praktijksoort en praktijkadres



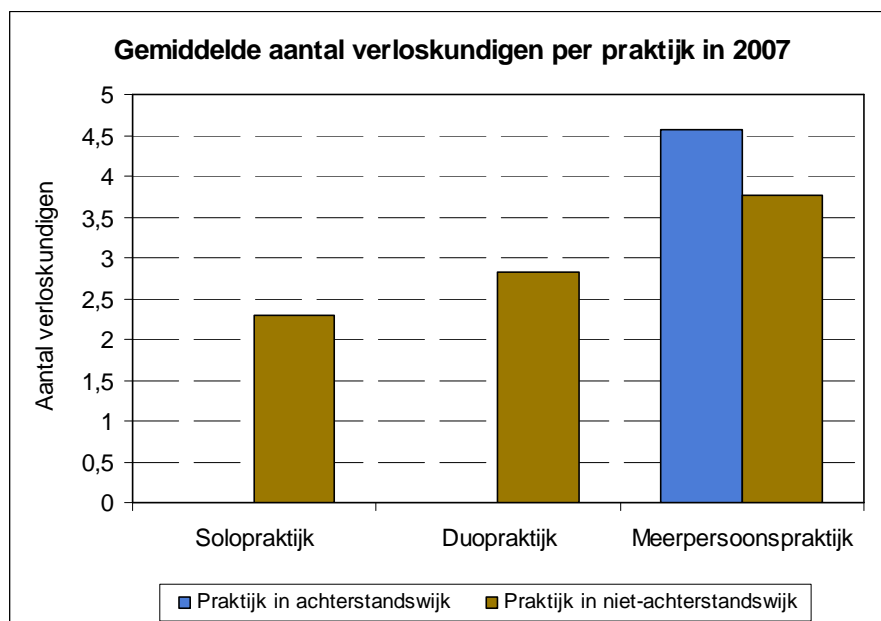
Figuur 3.2: Gemiddelde personele omvang verloskundigenpraktijken in FTE-equivalenten in 2007.

Het gemiddeld aantal FTE-equivalenten per solopraktijk is bijna 2, wat verklaard wordt door solopraktijken die medewerkers in loondienst hebben. Voor duopraktijken bedraagt het gemiddeld aantal FTE-equivalenten bijna 2,4 en ook daar komen medewerkers in loondienst voor. Het gewogen gemiddelde aantal FTE-equivalenten voor meerpersoonspraktijken ligt voor alle praktijken rond 3,6 (respectievelijk 3,8 in achterstandswijken en 3,3 in niet-achterstandswijken). Dit lijkt verrassend, omdat meerpersoonspraktijken minimaal uit drie deelnemers bestaan en de gemiddelde bezetting in FTE relatief dicht bij dit minimum ligt. Dit kan voor een deel worden verklaard uit de parttime-inzet van de in deze praktijk deelnemende verloskundigen, maar ook uit de verdeling naar praktijkgrootte in FTE, zichtbaar in figuur 3.3, waaruit blijkt dat grote meerpersoonspraktijken niet veel voorkomen. Er bestaat geen solopraktijk in een achterstandswijk en in de steekproef bevindt zich één duopraktijk in een achterstandswijk, waarover om privacyredenen niet wordt gerapporteerd.



Figuur 3.3 Verdeling van het aantal werkzame FTE-equivalenten naar praktijkvorm

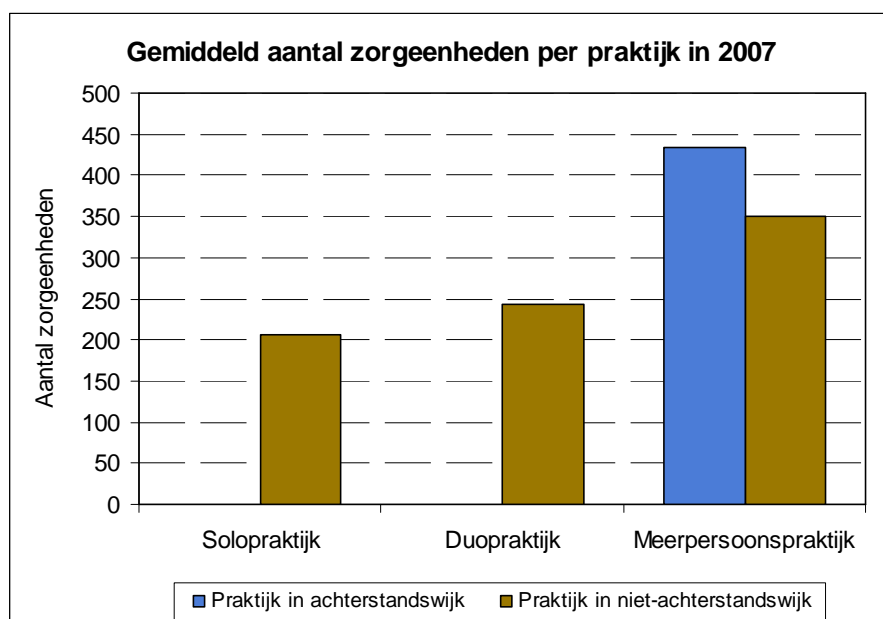
Overigens blijkt uit figuur 3.3 dat er een behoorlijke spreiding bestaat in het aantal werkzame FTE-equivalenten voor solo- en duopraktijken. Voor de solopraktijken blijkt 80% een bezetting te hebben van tussen de 1 en 3,9 FTE, voor duopraktijken heeft 80% een bezetting tussen de 1,68 en 3,79 FTE.



Figuur 3.4: Gemiddelde aantal verloskundigen per praktijk in 2007

In figuur 3.4 is het gemiddeld aantal in de praktijken werkzame verloskundigen weergegeven. Daaruit blijken dezelfde karakteristieken als uit dezelfde figuur per FTE-equivalent. Het aantal verloskundigen ligt iets hoger dan het aantal FTE door verloskundigen die parttime werken.

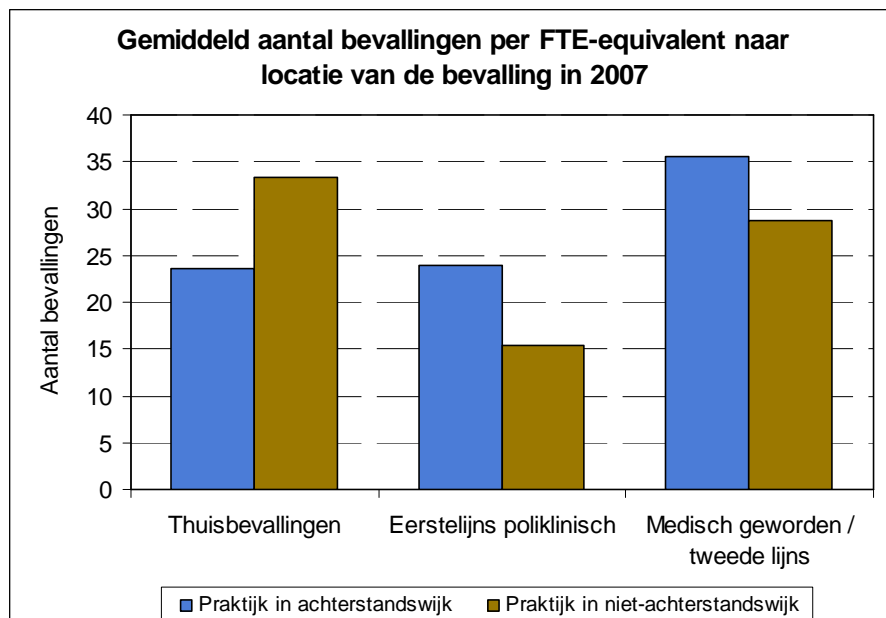
3.3 Aantal zorgeenheden naar praktijkvorm



Figuur 3.5: Gemiddeld aantal zorgeenheden per praktijk per jaar naar praktijkvorm

In figuur 3.5 is het aantal geproduceerde zorgeenheden per praktijk weergegeven voor de verschillende praktijkvormen. Praktijkvormen met meer deelnemers hebben, conform verwachting, een grotere productie. De meerpersoonspraktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk hebben gemiddeld een hogere productie dan die in niet-achterstandswijken die samenhangt met het grotere aantal werkzame FTE-equivalenten in die groep.

3.4 Bevallingen per FTE naar locatie



Figuur 3.6: Gemiddeld aantal bevallingen per FTE in 2007 naar locatie van de bevalling

In figuur 3.6 is het aantal bevallingen naar locatie (thuis, poliklinisch of medisch geworden tweede lijnszorg) per FTE weergegeven. Dit overzicht is gebaseerd op de LVR-registratie en heeft daarom betrekking op bevallingen en niet op zorgeenheden. In figuur 3.6 wordt onderscheid gemaakt in door de eerstelijns verloskundige begeleide thuisbevallingen, poliklinische bevallingen en door de verloskundige om medische redenen aan de tweede lijn overgedragen cliënten. Het aandeel thuisbevallingen per FTE is voor praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk substantieel kleiner dan voor praktijken niet gevestigd in een achterstandswijk. In achterstandswijken worden daartegenover relatief meer poliklinische bevallingen begeleid en is het aantal doorverwijzingen om medische redenen groter. De conclusie is dat cliënten uit achterstandswijken vaker poliklinisch bevallen en ook vaker in de tweede lijnszorg terecht komen. Hierbij is wel de in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk gemaakte kanttekening op zijn plaats dat praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk maar beperkte aandelen cliënten uit achterstandswijken hebben.

Voor cliënten die na de 29^e week zwangerschap om medische redenen worden overgedragen aan de tweede lijn geldt een vergoeding van 115% van het prenatale deel van de zorgeenheid. Het hoge aandeel overgedragen cliënten aan de tweede lijn voor praktijken in achterstandswijken kan daarom effecten hebben op het aantal geproduceerde zorgeenheden per FTE voor deze praktijken. De mate waarin de toeslag van 15% overeenkomt met de feitelijke extra inzet in verband met overdracht gedurende de prenatale fase voor de desbetreffende cliënten, bepaalt het effect op de productiviteit. Dit effect wordt als gering ingeschat, omdat het alleen de vergoeding voor het prenatale deel van de zorg betreft voor de cliënten die na de 29^e week worden overgedragen aan de tweede lijn.

4 Praktijkkosten en -opbrengsten in 2007

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven met betrekking tot de praktijkkosten en opbrengsten. Resultaten worden gepresenteerd per praktijk en per FTE-equivalent. De grootheden per praktijk geven minder inzicht ten behoeve van het beantwoorden van de actuele beleidsvragen. De resultaten per FTE-equivalent bieden meer relevante inzichten en onderbouwen de berekening van het inkomen per verloskundige wat in hoofdstuk 6 aan de orde komt.

4.1 Gemiddelde praktijkkosten 2007 uit de jaarrekening

	Gemiddelde praktijkkosten per praktijk 2007								
	Totaal	Achterstandswijk				Niet-achterstandswijk			
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Praktijkassistentie	€ 9.218	€ 18.588	-	-	€ 18.542	€ 8.555	€ 5.769	€ 10.624	€ 8.855
Waarnemingskosten	€ 28.650	€ 37.687	-	-	€ 36.897	€ 28.011	€ 21.166	€ 24.130	€ 34.548
Huisvestingskosten	€ 15.267	€ 21.096	-	-	€ 20.671	€ 14.855	€ 17.351	€ 14.228	€ 13.792
Inrichting praktijk	€ 1.879	€ 2.804	-	-	€ 2.730	€ 1.814	€ 2.532	€ 1.514	€ 1.586
Instrumentarium	€ 2.420	€ 2.726	-	-	€ 2.794	€ 2.398	€ 1.114	€ 1.700	€ 3.605
Medicamenten	€ 3.171	€ 4.380	-	-	€ 4.426	€ 3.086	€ 2.825	€ 2.132	€ 3.856
Vervoerskosten	€ 12.261	€ 19.772	-	-	€ 20.171	€ 11.729	€ 4.982	€ 9.569	€ 17.096
Contributies en afdrachten	€ 5.147	€ 7.495	-	-	€ 7.496	€ 4.981	€ 3.730	€ 4.180	€ 6.235
Algemene kosten	€ 27.297	€ 50.732	-	-	€ 51.163	€ 25.639	€ 14.380	€ 21.569	€ 34.895
Betaalde rente VV	€ 1.256	€ 1.222	-	-	€ 1.265	€ 1.258	€ 1.552	€ 1.534	€ 906
Totaal	€ 106.566	€ 166.501	-	-	€ 166.155	€ 102.325	€ 75.401	€ 91.181	€ 125.374

Tabel 4.1: Praktijkkosten per praktijk 2007

In tabel 4.1 zijn de gemiddelde kosten per praktijk weergegeven. Daarbij is onderscheid gemaakt naar praktijken met een praktijkadres in achterstandswijken en praktijken in niet-achterstandswijken. Hierbij zijn alleen de in de jaarrekening van de praktijk verantwoorde praktijkkosten opgenomen. In de kolom totaal achterstandswijk zijn de gegevens wel meeberekend voor de enige duopraktijk in een achterstandswijk, die om reden van privacy niet afzonderlijk in de desbetreffende kolom is gespecificeerd (dit verklaart het verschil tussen de kolom 'Meerpersoons' en 'Totaal' voor achterstandswijken). De gemiddelde totale praktijkkosten per praktijk bedragen € 106.566 per jaar. Het verschil in praktijkkosten tussen solo-, duo- en meerpersoonspraktijken is in belangrijke mate te verklaren uit de omvang van deze praktijkvormen. In het verlengde daarvan kan ook het verschil tussen praktijken in achterstandswijken, die gemiddeld groter zijn, en niet-achterstandswijken worden verklaard. Uit tabel 4.2 blijkt dat ook de kosten per FTE voor meerpersoonspraktijken in achterstandswijken en bijdrage aan het verschil leveren.

De grootste kostenpost voor de hele populatie zijn de waarnemingskosten op de voet gevolgd door de algemene kosten. Andere grotere kostenposten zijn huisvestings- en vervoerskosten, maar deze zijn beduidend lager dan de waarnemings- en algemene kosten.

Gegevens per praktijk zijn niet indicatief ter onderbouwing van het tarief. Een goed inzicht moet worden gebaseerd op de verdeling van de kosten per FTE-equivalent en niet op de kosten per praktijk. In tabel 4.2 zijn deze resultaten opgenomen.

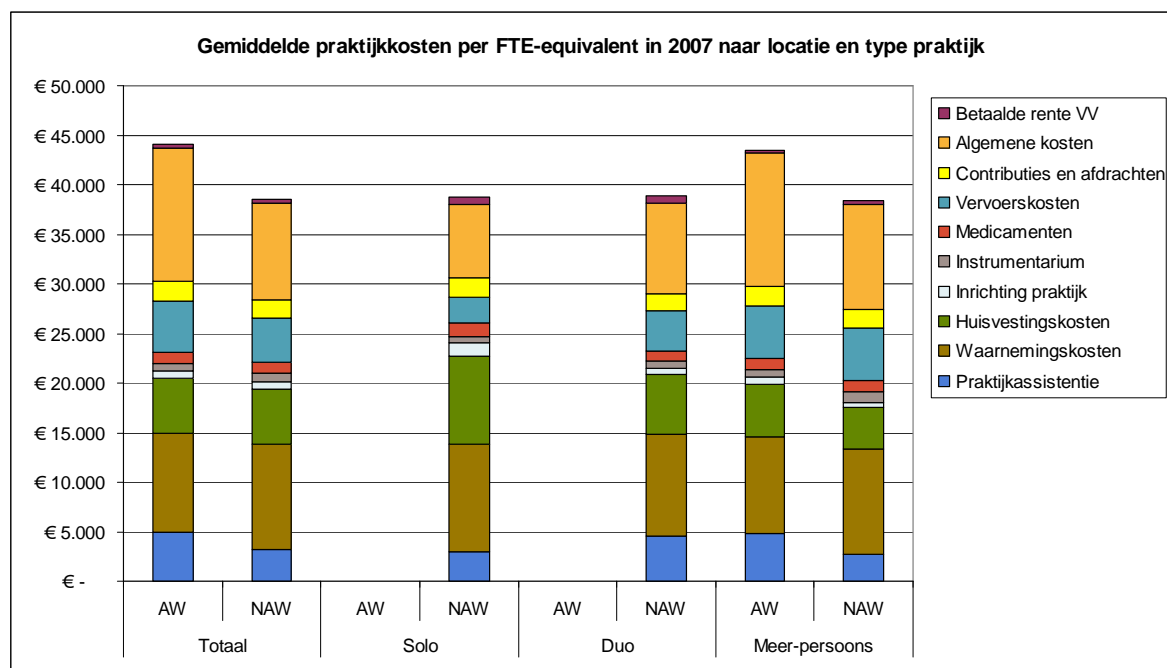
	Gemiddelde praktijkkosten per FTE-equivalent 2007								
	Totaal	Achterstandswijk				Niet-achterstandswijk			
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Praktijkassistentie	€ 3.380	€ 4.918	-	-	€ 4.854	€ 3.224	€ 2.967	€ 4.527	€ 2.709
Waarnemingskosten	€ 10.504	€ 9.971	-	-	€ 9.659	€ 10.558	€ 10.886	€ 10.282	€ 10.571
Huisvestingskosten	€ 5.597	€ 5.581	-	-	€ 5.411	€ 5.599	€ 8.924	€ 6.063	€ 4.220
Inrichting praktijk	€ 689	€ 742	-	-	€ 715	€ 684	€ 1.302	€ 645	€ 485
Instrumentarium	€ 887	€ 721	-	-	€ 731	€ 904	€ 573	€ 724	€ 1.103
Medicamenten	€ 1.163	€ 1.159	-	-	€ 1.159	€ 1.163	€ 1.453	€ 909	€ 1.180
Vervoerskosten	€ 4.495	€ 5.231	-	-	€ 5.280	€ 4.421	€ 2.562	€ 4.077	€ 5.231
Contributies en afdrachten	€ 1.887	€ 1.983	-	-	€ 1.962	€ 1.877	€ 1.919	€ 1.781	€ 1.908
Algemene kosten	€ 10.008	€ 13.422	-	-	€ 13.393	€ 9.664	€ 7.396	€ 9.191	€ 10.677
Betaalde rente VV	€ 460	€ 323	-	-	€ 331	€ 474	€ 798	€ 654	€ 277
Totaal	€ 39.070	€ 44.050	-	-	€ 43.496	€ 38.568	€ 38.780	€ 38.853	€ 38.361

Tabel 4.2: Praktijkkosten per FTE-equivalent 2007

In deze tabel is de invloed van de praktijkgrootte geëlimineerd. De praktijkkosten per FTE-equivalent naar praktijksoort en praktijk wel of niet in achterstandswijk, geven daarmee een beter te interpreteren beeld. De waarnemings- en algemene kosten blijven de grootste kostenposten, gevolgd door huisvestings- en vervoerskosten. De kosten voor praktijken in achterstandswijken zijn nog iets hoger, wat vooral veroorzaakt wordt door de algemene kosten. Deze kosten omvatten onder meer de kosten voor bereikbaarheid en oriëntering en scholing.

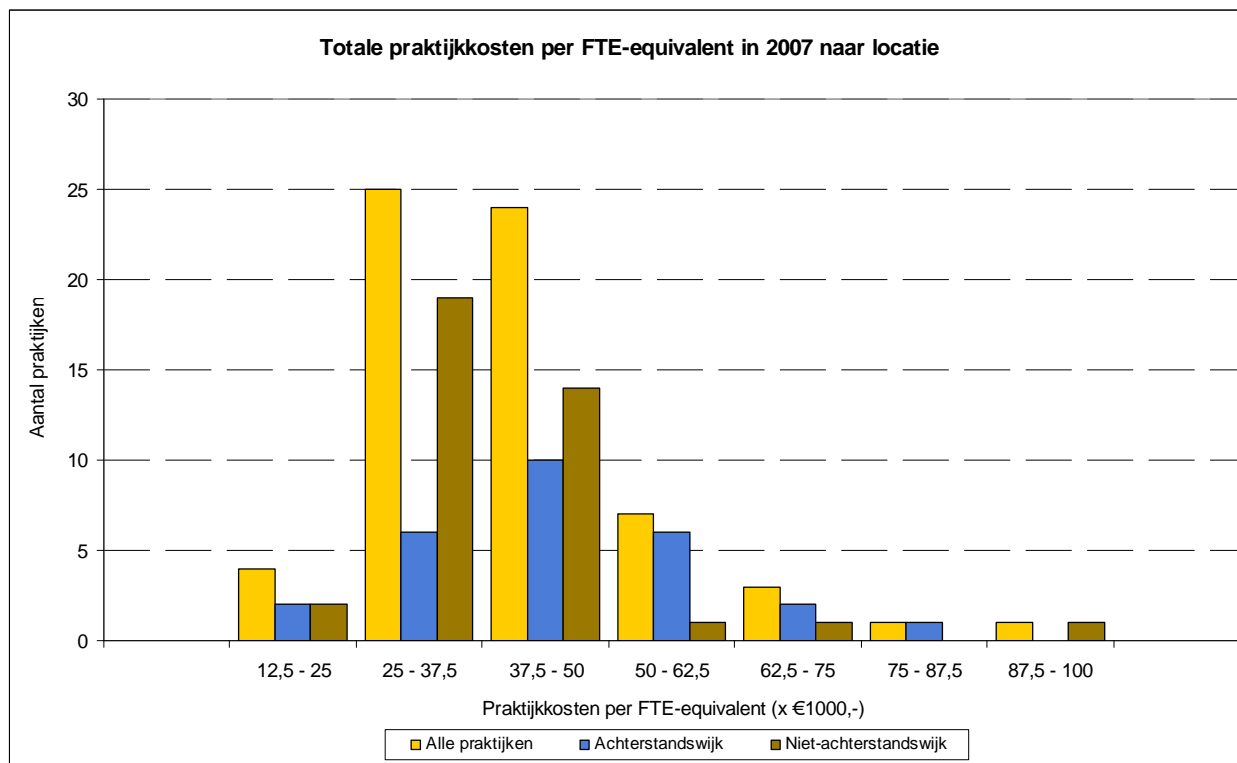
Vanwege schaalvoordelen zouden gemiddeld lagere kosten kunnen worden verwacht bij meerpersoonspraktijken. De kosten voor praktijkassistentie zijn bij meerpersoonspraktijken in niet-achterstandswijken met € 2.709 per FTE per jaar wel een fractie lager dan voor alle praktijkvormen in die groep; € 3.224 per jaar, maar dit is marginaal. Bij deze kostensoort bestaat wel een invloed van de door de verloskundige zelf tijdens werktijd uitgevoerde werkzaamheden voor praktijkassistentie, waarvoor geen kosten uit de jaarrekening blijken. Het verschil in totale praktijkkosten per FTE-equivalent voor meerpersoonspraktijken ten opzichte van de andere praktijken is echter verwaarloosbaar en veel kleiner dan het verschil met praktijken in achterstandswijken. Uit deze tabel blijkt dat op kostenniveau geen efficiencyvoordelen uit praktijkgrootte worden behaald.

Bij de waarnemingskosten is niet alleen de vervanging voor afwezigheid wegens vakantie, ziekte en dergelijke verantwoord, maar ook de extra inzet van structurele capaciteit. Op basis van de opgegeven aantallen betaalde, extern betrokken, waarnemingdagen blijkt circa 41% van de waarnemingskosten betrekking te hebben op structurele uitbreiding. De waarnemingskosten per FTE voor de totale populatie wegens vakantie, ziekte en dergelijke worden daarmee geschat op € 6.197,- per FTE per jaar. De resultaten van tabel 4.2 zijn in figuur 4.1 nogmaals grafisch in beeld gebracht.



Figuur 4.1: Gemiddelde totale praktijkkosten per FTE-equivalent, onderverdeeld naar kostencomponenten

De gemiddelde totale praktijkkosten per FTE vertonen een consistent beeld voor de verschillende praktijkvormen en voor praktijken met wel of geen praktijkkaders in een achterstandswijk. Dit betekent niet dat er geen of een kleine spreiding bestaat in de praktijkkosten per FTE over de praktijken. In figuur 4.2 is de verdeling voor de praktijken weergegeven van de praktijkkosten per FTE, waarbij naast het beeld voor de totale populatie ook het beeld is weergegeven voor de praktijken met wel of geen praktijkkaders in een achterstandswijk. Opvallend is dat waarden van praktijkkosten per FTE voorkomen tussen de € 14.800 en € 87.800 per jaar. De uitschieter aan de bovenkant betreft een solopraktijk met € 87.800 praktijkkosten per FTE, waarvoor 107 dagen waarneming in verband met arbeidsongeschiktheid leiden tot hoge waarnemingskosten. De verdeling concentreert zich wel rond het gemiddelde van € 39.000, maar kent uitlopers, vooral naar de hogere waarden. De verdelingskarakteristiek voor praktijken met een praktijkkader wel of niet in een achterstandswijk vertonen sterke gelijkenis.



Figuur 4.2: Verdeling gemiddelde praktijkkosten per FTE voor alle praktijken en naar locatie praktijkadres

4.2 Overige niet uit de jaarrekening blijvende kosten 2007

De in paragraaf 4.1 opgenomen overzichten van de praktijkkosten zijn gebaseerd op de in de jaarekening van de praktijk verantwoorde bedragen. In het vragenformulier bestond de mogelijkheid daarnaast kosten te verantwoorden die niet in de jaarrekening zijn opgenomen, bijvoorbeeld voor eigen diensten waar geen vergoeding tegenover staat of gebruik van privé vervoersmiddelen. De waardering van deze kosten is gebaseerd op een inschatting van de betrokken verloskundige, omdat er geen feitelijke uitgaven aan ten grondslag liggen. In tabel 4.3 zijn de, niet uit de jaarrekening blijvende, gemiddelde praktijkkosten per FTE-equivalent opgenomen. Daaruit blijkt dat voor deze kosten een toename met circa 10% ten opzichte van de in de jaarekening verantwoorde kosten door de verloskundigen worden geschat.

	Gemiddelde praktijkkosten per FTE								
	Totaal	Achterstandswijk			Niet-achterstandswijk				
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Praktijkkosten niet blijvend uit de jaarrekening	€ 3.516	€ 1.340	-	-	€ 1.377	€ 3.735	€ 4.512	€ 2.907	€ 3.848

Tabel 4.3: Overzicht van de totale kosten per FTE-equivalent inclusief kosten die niet uit de jaarrekening blijken

De uitsplitsing van deze kosten is opgenomen in tabel 4.4, waarbij naar de populatie is teruggewogen om het aantal praktijken, dat deze kosten heeft opgevoerd, herkenbaar te maken. De grootste post wordt gevormd door de door verloskundigen zelf uitgevoerde praktijkondersteuning. Een kapitaalvergoeding op de inbreng van eigen vermogen is buiten de scope van het onderzoek gelaten en dus ook niet in de resultaten verwerkt.

	Gemiddelde niet uit de jaarrekening blijvende praktijkkosten per FTE-equivalent 2007	
	Gewogen gemiddelde kosten	Aantal praktijken dat de desbetreffende kostenpost opvoerde
Huisvestingskosten	€ 338	7
Praktijkondersteuning	€ 1.766	13
Vervoerskosten	€ 159	4
Waarnemingen	€ 396	5
Overige kosten	€ 858	24

Tabel 4.4 Niet uit de jaarrekening blijvende praktijkkosten per FTE-equivalent 2007

Huisvestingskosten, vervoerskosten en overige kosten hebben betrekking op een financiële waardering van inbreng in natura. De kosten voor praktijkondersteuning en waarneming betreffen de inzet van de verloskundige in de eigen praktijk, die ook in de ureninzet is meegeteld. Daarom is het relevant vast te stellen op hoeveel uren inzet per week dit betrekking heeft. In tabel 4.5 is dit overzicht gegeven. In de opmerkingen bij de ingevulde vragenlijsten is aangegeven hoe de opgegeven niet uit de jaarrekening blijvende kosten zijn berekend. Daarmee kon worden vastgesteld welk gemiddeld uurtarief werd toegepast om deze kosten op basis van een geschat aantal uren uit te rekenen. De kosten uit tabel 4.4 zijn met dit gemiddelde uurtarief per kostensoort omgerekend naar een aantal uren per week per FTE, zoals in tabel 4.5. weergegeven.

	Uren besteed per FTE-equivalent in verband met niet uit de jaarrekening blijvende kosten
Praktijkondersteuning	1,0
Waarnemingen	0,2

Tabel 4.5 Werkinzet in uren per FTE per week gerelateerd aan niet uit de jaarrekening blijvende kosten

4.3 Gemiddelde praktijkopbrengsten 2007

	Gemiddelde praktijkopbrengsten per praktijk 2007								
	Totaal	Achterstandswijk				Niet-achterstandswijk			
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Zorgeneid gerelateerde opbrengsten	€ 238.701	€ 354.229	-	-	€ 355.478	€ 230.527	€ 168.884	€ 199.760	€ 286.696
Abonnementsopbrengsten inclusief echoscopisch onderzoek	€ 8.928	€ 16.284	-	-	€ 16.455	€ 8.408	€ 3.480	€ 7.482	€ 11.906
Niet zorgeneid gerelateerde declaraties	€ 5.133	€ 8.488	-	-	€ 8.814	€ 4.896	€ 4.952	€ 1.430	€ 7.105
Totaal opbrengsten (waarde geleverde zorgdiensten)	€ 252.763	€ 379.000	-	-	€ 380.747	€ 243.831	€ 177.316	€ 208.672	€ 305.707

Tabel 4.6: Praktijkopbrengsten per praktijk in 2007

In tabel 4.6 is een overzicht gegeven van de gemiddelde praktijkopbrengsten per praktijk voor 2007. Daarbij is onderscheid gemaakt naar de direct zorgeneid gerelateerde opbrengsten, de opbrengsten voor abonnementen en echoscopisch onderzoek en de overige niet-zorgeneid gerelateerde opbrengsten, zoals voor counseling en NT-meting. Ook in deze tabel is de invloed van de praktijkomvang goed zichtbaar waardoor de gegevens per praktijksoort niet goed vergelijkbaar zijn. In tabel 4.7 zijn daarom de praktijkopbrengsten per FTE-equivalent weergegeven.

	Gemiddelde praktijkopbrengsten per FTE-equivalent 2007								
	Totaal	Achterstandswijk				Niet-achterstandswijk			
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Zorgeneid gerelateerde opbrengsten	€ 87.514	€ 93.717	-	-	€ 93.057	€ 86.889	€ 86.860	€ 85.121	€ 87.720
Abonnementsopbrengsten inclusief echoscopisch onderzoek	€ 3.273	€ 4.308	-	-	€ 4.308	€ 3.169	€ 1.790	€ 3.188	€ 3.643
Niet zorgeneid gerelateerde declaraties	€ 1.882	€ 2.246	-	-	€ 2.307	€ 1.845	€ 2.547	€ 609	€ 2.174
Totaal opbrengsten (waarde geleverde zorgdiensten)	€ 92.669	€ 100.270	-	-	€ 99.672	€ 91.903	€ 91.197	€ 88.918	€ 93.537

Tabel 4.7: Praktijkopbrengsten per FTE

De gemiddelde opbrengsten per FTE-equivalent bedragen in totaal € 92.669 over alle praktijken bezien, waarvan € 87.514 bestaat uit zorgeneid gerelateerde opbrengsten. Opvallend is dat deze bedragen voor praktijken in achterstandswijken substantieel hoger liggen, terwijl in 2007 het aangepaste tarief voor cliënten uit achterstandswijken nog niet van toepassing was. Het grootste verschil ligt bij de zorgeneid gerelateerde opbrengsten waarvoor praktijken uit achterstandswijken gemiddeld € 6.000 hogere inkomsten per FTE hebben. Met betrekking tot het inkomen moet dit worden bezien in relatie met de praktijkkosten per FTE die voor praktijken uit achterstandswijken ongeveer € 5.000 hoger liggen dan het gemiddelde.

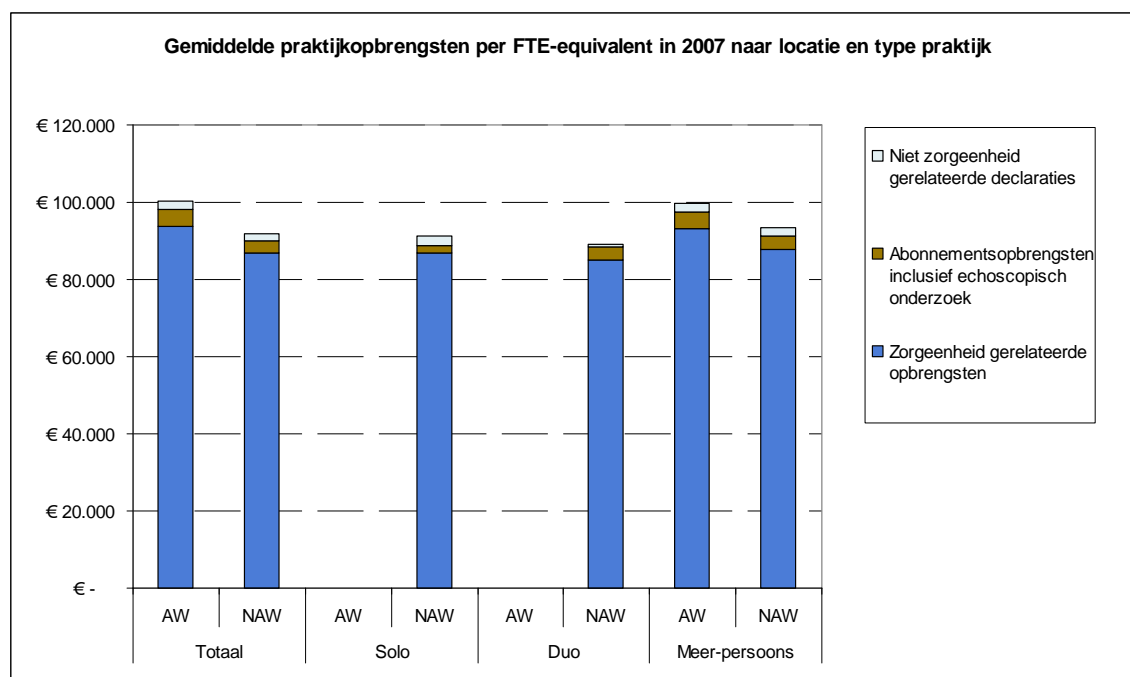
De verschillen in zorgeneid gerelateerde opbrengsten per FTE naar praktijkvorm zijn marginaal. Er bestaat dus geen invloed van de praktijkomvang op de totale gemiddelde praktijkopbrengsten per FTE.

De opbrengsten voor abonnementen en echoscopisch onderzoek liggen voor duopraktijken en meerpersoonspraktijken hoger dan voor solopraktijken, wat mogelijk verklaard kan worden doordat dergelijke praktijken vaker over voorzieningen voor die dienstverlening beschikken. Uit tabel 4.8 is herkenbaar dat ook onder de meerpersoonspraktijken een groep van zeven praktijken bestaat die in 2007 geen opbrengsten uit abonnementen of echoscopisch onderzoek hadden. De cijfers in deze tabel zijn ongewogen en hebben alleen betrekking op de in de respons voorkomende gegevens.

Gemiddelde overige opbrengsten voor praktijken die deze opbrengsten daadwerkelijk gegenereerd hebben in 2007					
	Aantal praktijken met €0,- opbrengsten	Aantal praktijken met opbrengsten groter dan €0,-	Gemiddelde opbrengsten per praktijk van praktijken met positieve opbrengsten (ongewogen)	Gemiddeld aantal FTE van praktijken met positieve opbrengsten (ongewogen)	Gemiddelde opbrengsten per FTE-eq van praktijken met positieve opbrengsten
Abonnementsopbrengsten inclusief echoscopisch onderzoek	7	58	€ 13.089	3,3	€ 4.012
Niet-zorgeneid gerelateerde declaraties	21	44	€ 9.436	3,2	€ 2.937

Tabel 4.8: Abonnementsopbrengsten, echoscopisch onderzoek en overige declaraties 2007

In figuur 4.3 zijn de opbrengsten per FTE-equivalent naar praktijkvorm en naar de locatie van het praktijkadres grafisch in beeld gebracht. Daaruit is het betrekkelijk lage aandeel niet-zorgeneid gerelateerde opbrengsten duidelijk herkenbaar.



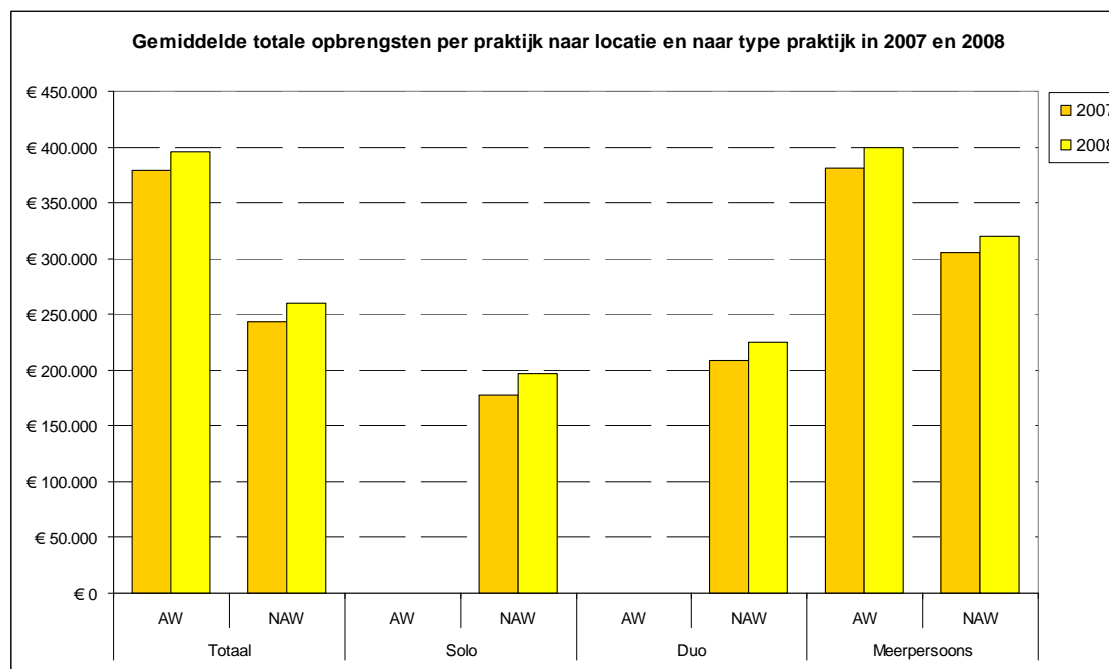
Figuur 4.3: Gemiddelde totale praktijkopbrengsten per FTE-equivalent, onderverdeeld naar soort opbrengsten

4.4 Vergelijking met gemiddelde praktijkopbrengsten per praktijk in 2008

	Gemiddelde praktijkopbrengsten per praktijk 2008								
	Totaal	Achterstandswijk			Niet-achterstandswijk				
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Zorgeneid gerelateerde opbrengsten	€ 253.823	€ 365.658	-	-	€ 368.584	€ 245.910	€ 189.560	€ 213.173	€ 300.240
Abonnementsopbrengsten	€ 7.041	€ 16.878	-	-	€ 17.119	€ 6.345	€ 3.133	€ 6.010	€ 8.451
Echoscopisch onderzoek	€ 4.409	€ 4.671	-	-	€ 4.858	€ 4.390	€ 611	€ 4.367	€ 6.628
Niet zorgeneid gerelateerde declaraties	€ 3.690	€ 8.506	-	-	€ 8.847	€ 3.350	€ 3.808	€ 1.276	€ 4.422
Totaal opbrengsten (Waarde geleverde zorgdiensten)	€ 268.963	€ 395.713	-	-	€ 399.408	€ 259.995	€ 197.112	€ 224.826	€ 319.742

Tabel 4.9: Praktijkopbrengsten per praktijk in 2008

In tabel 4.9 is het overzicht van de praktijkopbrengsten per praktijk voor 2008 weergegeven. Omdat voor 2008 geen gegevens over de praktijkbezetting in FTE-equivalenten beschikbaar is, wordt de vergelijking met 2007 op het niveau van opbrengsten per praktijk gemaakt. Omdat de gegevens voor beide jaren dezelfde praktijken betreffen, kan een goede longitudinale vergelijking worden gemaakt die in figuur 4.4 grafisch in beeld is gebracht.



Figuur 4.4: Vergelijking van de gemiddelde totale opbrengsten tussen 2007 en 2008

Uit de tabel blijkt dat de opbrengsten voor alle groepen praktijken met ongeveer eenzelfde aandeel gestegen zijn. De stijging van het tarief 2008 (€ 826,50) ten opzichte van 2007 (€ 819,50) bedroeg 0,9%. De stijging in opbrengsten per praktijk bedroeg voor de praktijken in achterstandswijken circa 4,4% en voor niet-achterstandswijken 6,6%. De stijging van de opbrengsten per praktijk hangt dus zeker ook samen met groei van de dienstverlening per praktijk.

In tabel 4.10 kan de ontwikkeling van de niet-zorgeenheid gerelateerde opbrengsten worden afgelezen. De gemiddelde opbrengsten uit abonnementen en echoscopisch onderzoek per praktijk voor de 58 praktijken met dergelijke inkomsten bedraagt € 16.693 per jaar (dit is niet direct uit de tabel af te leiden, maar aanvullend uitgerekend). Het aantal praktijken met dergelijke inkomsten is gelijk gebleven, maar de gemiddelde omvang van de inkomsten per praktijk is met ruim € 3.500 gestegen in 2008. De gegevens in tabel 4.10 hebben betrekking op 64 praktijken; één praktijk minder dan in 2007, omdat voor die praktijk ontheffing is verleend voor het verstrekken van de gegevens over 2008 op administratieve gronden.

	Aantal praktijken met €0,- opbrengsten	Aantal praktijken met opbrengsten groter dan €0,-	Gemiddelde opbrengsten per praktijk van praktijken met positieve opbrengsten (ongewogen)
Abonnementsopbrengsten	8	56	€ 12.142
Echoscopisch onderzoek	48	16	€ 18.016
Niet-zorgeenheid gerelateerde declaraties	26	38	€ 9.170

Tabel 4.10: Opbrengsten van abonnementen, echoscopisch onderzoek en overige declaraties 2008

4.5 Waarneming per praktijk

Collegiale waarnemingen zonder verrekening kunnen binnen en tussen praktijken plaatsvinden, waarbij verloskundigen elkaar vervangen met gesloten beurzen. De omvang van de geleverde en betrokken collegiale waarneming is in principe ongeveer gelijk, omdat geen verrekening plaatsvindt. Zou daarbij een structureel verschil in inzet bestaan dan is te verwachten dat het verschil verrekend wordt waarbij voor dat verschil niet meer sprake is van collegiale waarneming.

Daarnaast bestaat betaalde waarneming. Sommige als zelfstandige werkzame verloskundigen verwerven een substantieel deel van hun inkomen uit het doen van die waarnemingen. Daarom is te verwachten dat de omvang van de door de praktijk betrokken betaalde waarnemingen groter is dan door de praktijk geleverde betaalde waarnemingen. Daarnaast is, zoals eerder genoemd in deze rapportage, uit de steekproef gebleken dat een aantal praktijken substantieel extra capaciteit inzet met verloskundigen die geen deelnemer in de praktijk zijn en ook geen loondienstverband bij die praktijk hebben. Deze inzet is onder overige waarneming verantwoord. Deze specifieke inzet betekent een extra structurele inzet in de capaciteit van de praktijk en is daarom meegenomen in de vaststelling van het aantal FTE-equivalenten van de praktijk.

	Gemiddeld aantal betaalde waarnemingen per praktijk in etmalen	
	Extern betaald betrokken	Extern betaald geleverd
Solopraktijk	120	0
Duo-praktijk	91	0
Meerpersoonspraktijk	93	0
Praktijken in achterstandswijken	117	1
Praktijken in niet achterstandswijk	98	0
Alle praktijken	99	0

Tabel 4.11: Gemiddeld aantal waarnemingen in etmalen per praktijk

In tabel 4.11 en 4.12 is een overzicht gegeven van de extern betrokken en extern geleverde capaciteit voor waarneming. In tabel 4.11 is het aantal etmalen waarneming per praktijk gepresenteerd. Daarbij valt op dat er nauwelijks sprake is van extern geleverde betaalde waarnemingscapaciteit. Dit is in lijn met het te verwachten effect van de zelfstandige verloskundigen die zich specifiek toeleggen op waarneming. De zeer beperkte omvang van de extern geleverde betaalde waarnemingscapaciteit doet vermoeden dat bij externe waarneming ook collegiaal voorkomt (dus niet betaald).

	Gemiddeld aantal betaalde waarnemingen per FTE-equivalent in etmalen	
	Extern betaald betrokken	Extern betaald geleverd
Solopraktijk	62	0
Duo-praktijk	39	0
Meerpersoonspraktijk	28	0
Praktijken in achterstandswijken	31	0
Praktijken in niet-achterstandswijk	37	0
Alle praktijken	36	0

Tabel 4.12 Gemiddeld aantal waarnemingen in etmalen per FTE-equivalent

Uit tabel 4.12 blijkt dat het aantal extern betrokken betaalde waarnemingen per FTE-equivalent voor meerpersoonspraktijken het laagst is en voor solopraktijken het hoogst. Dit is in lijn met de veronderstelling dat naarmate meer verloskundigen in een praktijk werkzaam zijn, ook meer mogelijkheden voor onderlinge waarneming bestaan. Praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk blijken in totaal relatief iets minder waarnemingen per FTE-equivalent extern te betrekken dan praktijken in niet-achterstandswijken (31 ten opzichte van 37). Dit hangt samen met de gemiddeld grotere praktijken in achterstandswijken.

	Gemiddeld aantal waarnemingen naar oorzaak in etmalen per FTE-equivalent	
	Extern betaald betrokken	Extern betaald geleverd
Vakantie	8 (21%)	0
Ziekte	3 (9%)	0
Zwangerschap	5 (13%)	0
Overige	15 (41%)	0
Arbeidsongeschiktheid	6 (16%)	0
Totaal aantal waarnemingsdagen	36	0

Tabel 4.13: Gemiddeld aantal waarnemingen voor alle praktijken naar oorzaak in etmalen per FTE-equivalent

In tabel 4.13 is de gemiddelde waarneming per FTE-equivalent naar oorzaak weergegeven. Daaruit springt meteen in het oog het grote aandeel waarnemingsdagen 'overige' (41%), gerelateerd aan de structurele extra inzet. Waarneming wegens vakantie is de tweede waarnemingsoorzaak in omvang (21%), maar ook waarneming wegens arbeidsongeschiktheid is substantieel (16%).

5 Werkbelasting en productie in 2007

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd over de werkbelasting van de eerstelijns verloskundigen in 2007. De resultaten zijn gebaseerd op schattingen van de in de onderzochte praktijken werkzame verloskundigen over hun inzet in een reguliere week. Er bestaan geen registraties van feitelijk gewerkte uren en vanwege de fluctuaties in werkdruk is inschatting van het gemiddelde lastig. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid van de uitkomsten en daarom mogen deze cijfers niet als absolute uitkomsten worden beschouwd, maar wel als een relevante indicatie. Naast de werkbelasting is ook een analyse gemaakt van het aantal geproduceerde zorgeenheden per FTE-equivalent.

5.1 Werkbelasting en verdeling naar activiteit per FTE in uren per week

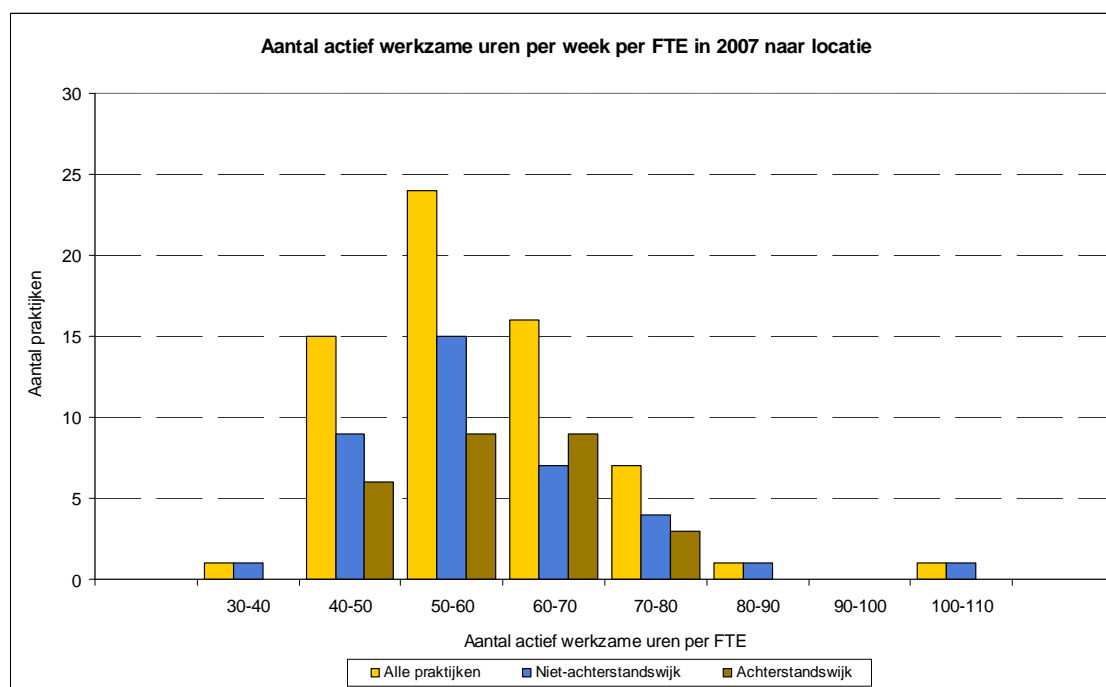
	Gemiddeld aantal uren actief werkzaam per week per FTE 2007								
	Totaal	Achterstandswijk				Niet-achterstandswijk			
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Cliëntgebonden werkzaamheden	46 (79%)	44,8 (77%)	-	-	44,8	46,1 (79%)	47,4	45,1	46,1
Basistaken	41,7 (72%)	37,9 (65%)	-	-	37,8	42 (72%)	44,7	40,4	41,9
Aanvullende taken	2,2 (4%)	4,5 (8%)	-	-	4,6	1,9 (3%)	1,4	2,8	1,7
Bijzondere taken	2,2 (4%)	2,4 (4%)	-	-	2,4	2,1 (4%)	1,3	1,9	2,5
Niet-cliëntgebonden werkzaamheden	12,3 (21%)	13,7 (23%)	-	-	14,0	12,1 (21%)	8,9	11,0	13,9
Totaal	58,2 (100%)	58,5 (100%)	-	-	58,8	58,2 (100%)	56,3	56,0	59,9

Tabel 5.1: Gemiddelde werkbelasting in uren per FTE per week naar achterstandswijk & praktijkvorm

Uit de tijdbestedinginventarisatie blijkt dat een voltijds werkzame eerstelijns verloskundige gemiddeld ruim 58 uur per week actief werkzaam is. Dit is gebaseerd op een reguliere week en niet op jaarbasis, waarbij rekening zou moeten worden gehouden met vakantie, ziekte en andere afwezigheid. Bij de berekeningen over het inkomen per FTE wordt rekening gehouden met vakantie, ziekte en overige afwezigheid, door in de praktijkkosten en -opbrengsten ook de waarneming in de berekening te betrekken. Het grootste deel (79%) van de tijd wordt besteed aan de basistaken (prenatale, natale en postnatale zorg). De aanvullende taken (waaronder begeleiding miskraam en zwangerschapsafbreking, zorg aan zwangeren met een lage sociaal economische status, zorg bij vrouwenbesnijdenis en vroegsignalering huiselijk geweld) omvatten per voltijds werkzame verloskundige gemiddeld 2,2 uur per week. Hier komt een duidelijk verschil met de praktijken in achterstandswijken naar voren, waarvoor dit gemiddelde 4,5 uur per week bedraagt, terwijl voor niet-achterstandswijken 1,9 uur per week gemiddeld hieraan wordt besteed. Daartegenover blijkt dat de inzet per FTE in meerpersoonspraktijken in achterstandswijken voor basistaken (37,8 uur) gemiddeld 4,1 uur lager is dan voor diezelfde praktijken in niet-achterstandswijken (41,9 uur). Door deze elkaar opheffende verschillen, blijkt dat het aantal uren per FTE voor de verschillende praktijkvormen sterk vergelijkbaar is en er ook nauwelijks verschillen bestaan tussen praktijken gevestigd in achterstandswijken en niet-achterstandswijken.

Een tweede opvallend verschijnsel in de tijdsbesteding doet zich voor bij de niet-cliëntgebonden werkzaamheden ruim 20% van de bestede tijd. De niet cliëntgebonden werkzaamheden omvatten onder meer administratie, facilitaire zaken en stakeholdermanagement. Bij deze activiteiten zou voor grotere praktijken een efficiency voordeel mogen worden verwacht. Dit blijkt niet uit de tijdsbesteding. Een voltijds werkzame verloskundige besteedt in een meerpersoonspraktijk gemiddeld 14 uur aan deze taken, terwijl voor een solopraktijk en duopraktijk dit respectievelijk 9 en 11 uur bedraagt. Een eenduidige verklaring is hiervoor niet vast te stellen. Mogelijk wordt in een meerpersoonspraktijk meer tijd besteed aan onderling overleg en worden meer studenten begeleid. Van duidelijke efficiency voordelen bij deze praktijkvorm is in ieder geval geen sprake.

In figuur 5.1 is de verdeling van het aantal actieve uren per FTE-equivalent per praktijk in beeld gebracht. Daaruit blijkt dat voor individuele praktijken forse afwijkingen ten opzichte van de gemiddelde tijdsbesteding bestaan. De uitschieter in de klasse tussen 30-40 uren per week wordt veroorzaakt door een startende solopraktijk, die naast de werkzaamheden in de eigen praktijk ook structureel waarnemingen voor andere praktijken verricht. Verder is ook hier weer sprake van een forse spreiding, die zeer opvallend is voor een grootheid als het gemiddelde aantal uren per week per FTE-equivalent. De uitschieter van een praktijk in de categorie 100-110 uur wordt veroorzaakt door een meerpersoonspraktijk waarin drie verloskundigen ieder voor 0,7 FTE werkzaam zijn, die aangeven ieder 70 uur per week actief te werken. Het gemiddeld aantal geproduceerde zorgeenheden per FTE voor deze praktijk bedroeg toch maar 118, waaruit de hoge ureninzet niet verklaard kan worden.



Figuur 5.1 Spreiding van in het aantal actief werkzame uren per week per FTE-equivalent over de praktijken

5.2 Inzet in beschikbaarheid per FTE in uren per week

	Gemiddeld aantal uren beschikbaar voor de praktijk per week per FTE 2007								
	Totaal	Achterstandswijk			Niet-achterstandswijk				
		Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons	Totaal	Solo	Duo	Meer-persoons
Diensturen	62	46	-	-	46	63	81	71	53
Gemiddeld aantal uren achterwacht per verloskundige	41	32	-	-	33	42	36	49	40

Tabel 5.2: Gemiddeld aantal uren beschikbaar voor de praktijk per FTE

Naast de actieve werkzaamheden dient de eerstelijns verloskundige zich ook gedurende bepaalde uren beschikbaar te houden voor het begeleiden van bevallingen of verlenen van acute zorg. In tabel 5.2 is het gemiddeld aantal uren dienst en het gemiddeld aantal uren achterwacht per week weergegeven. Ook dit betreft weer een geschat gemiddelde voor een reguliere week, waarbij geen rekening wordt gehouden met vakantie en ziekte. De diensturen hebben betrekking op de uren waarop de desbetreffende verloskundige is ingeroosterd als dienst. In deze tijd worden alle werkzaamheden als verloskundige uitgevoerd, maar er hoeft in deze dienstperiode niet altijd actief gewerkt te worden. Onder deze tijd valt dus bijvoorbeeld ook het direct beschikbaar zijn voor zorg bij een bevalling tijdens de nachtrust. Bij achterwacht heeft de verloskundige formeel geen dienst, maar moet wel bereikbaar zijn in het geval een collega die dienst heeft niet in staat is direct noodzakelijke werkzaamheden te verrichten (bijvoorbeeld wanneer twee cliënten gelijktijdig bevallen). In principe werkt een verloskundige niet tijdens de achterwacht, maar dient wel bereikbaar en beschikbaar te zijn. In het tarief is door middel van een inconveniënten-toeslag op het norminkomen een vergoeding opgenomen voor de uren beschikbaarheid tijdens diensten en achterwacht en een onregelmatigheidstoeslag.

Uit tabel 5.2 blijkt dat de verloskundige per week gemiddeld 62 uren dienst heeft en 41 uren achterwacht. Voor solo- en duopraktijken is de beschikbaarheid voor diensten per week aanzienlijk hoger dan voor meerpersoonspraktijken (respectievelijk 28 en 18 uur). Hier wordt mogelijk het effect zichtbaar van schaalvoordelen doordat in een meerpersoonspraktijk één verloskundige voor de cliënten van meer collega's de dienst uitvoert gedurende de nachtelijke uren. Meerpersoonspraktijken blijken gemiddeld meer actieve uren dan diensturen op te geven. Daaruit moet worden afgeleid dat bij de beantwoording van deze vraag mogelijk niet consequent de juiste in de vragenlijst beoogde interpretatie is toegepast. Onder diensturen vallen minimaal de actief gewerkte uren en daarnaast de uren dat een verloskundige zich beschikbaar moet houden voor een bevalling of acute zorg, maar niet actief werkzaam is.

5.3 Inzet zelfstandige verloskundigen en verloskundigen in loondienst

Het onderzoek biedt ook inzicht in de tijdsbesteding van verloskundigen in loondienst in verhouding tot de verloskundigen die deelnemen in een praktijk. Daarbij wordt, ter validatie van de uitkomsten, nagegaan of de gemiddelde tijdsbesteding in uren per week voor beide groepen ook rond de 58 uur ligt. Daarnaast wordt de veronderstelling getoetst dat in de praktijk deelnemende verloskundigen relatief meer tijd besteden aan niet-cliëntgebonden activiteiten.

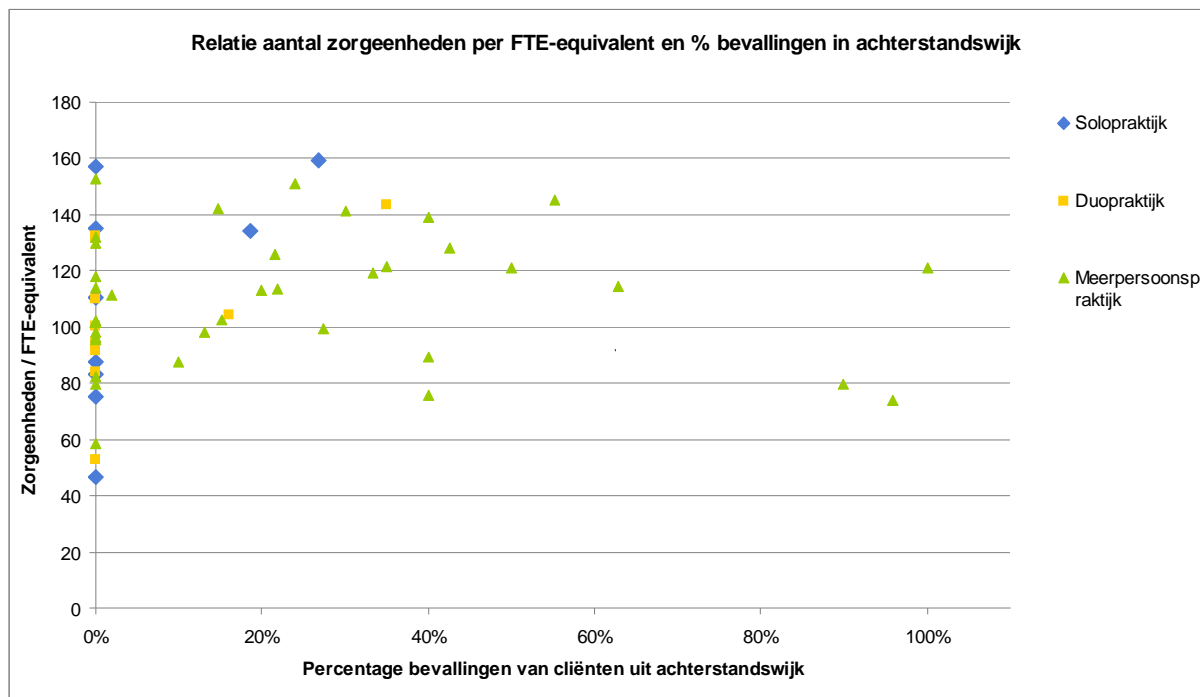
In tabel 5.3 is deze vergelijking weergegeven. Daaruit blijkt dat de inzet per FTE voor de totale populatie dicht bij 58 uur ligt en dat deelnemende verloskundigen in praktijken ruim twee keer zoveel tijd besteden aan niet-cliëntgebonden werkzaamheden als verloskundigen in loondienst.

	Gemiddelde werkbelasting in uren per FTE per week naar deelnamevorm		
	Zelfstandige	Verloskundige in loondienst	Totaal (ongewogen gemiddelde)
Aantal in steekproef	207	34	241
Cliëntgebonden werkzaamheden	45	50	45
<i>Basistaken</i>	39	46	40
<i>Aanvullende taken</i>	3	2	3
<i>Bijzondere taken</i>	2	2	2
Niet-cliëntgebonden werkzaamheden	14	6	13
Totaal actief werkzaam	59	56	58

Tabel 5.3: Gemiddelde inzet in uren per FTE per week naar activiteit en beschikbaarheid en aanstelling in 2007

5.4 Relatie inzet en productie naar achterstandswijken

In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat uit het aantal verleende zorgeenheden per FTE op praktijkniveau geen inzichten kunnen worden ontleend over de extra noodzakelijke inzet bij cliënten uit achterstandswijken. Dit hangt samen met het eerder genoemde lage aandeel cliënten uit achterstandswijken per praktijk, zelfs voor de praktijken met een praktijkadres in een achterstandswijk. Daarom is een analyse uitgevoerd op de relatie tussen het aandeel cliënten van de praktijk in een achterstandswijk en het aantal geproduceerde zorgeenheden per FTE-equivalent. In figuur 5.2 is die relatie grafisch in beeld gebracht.

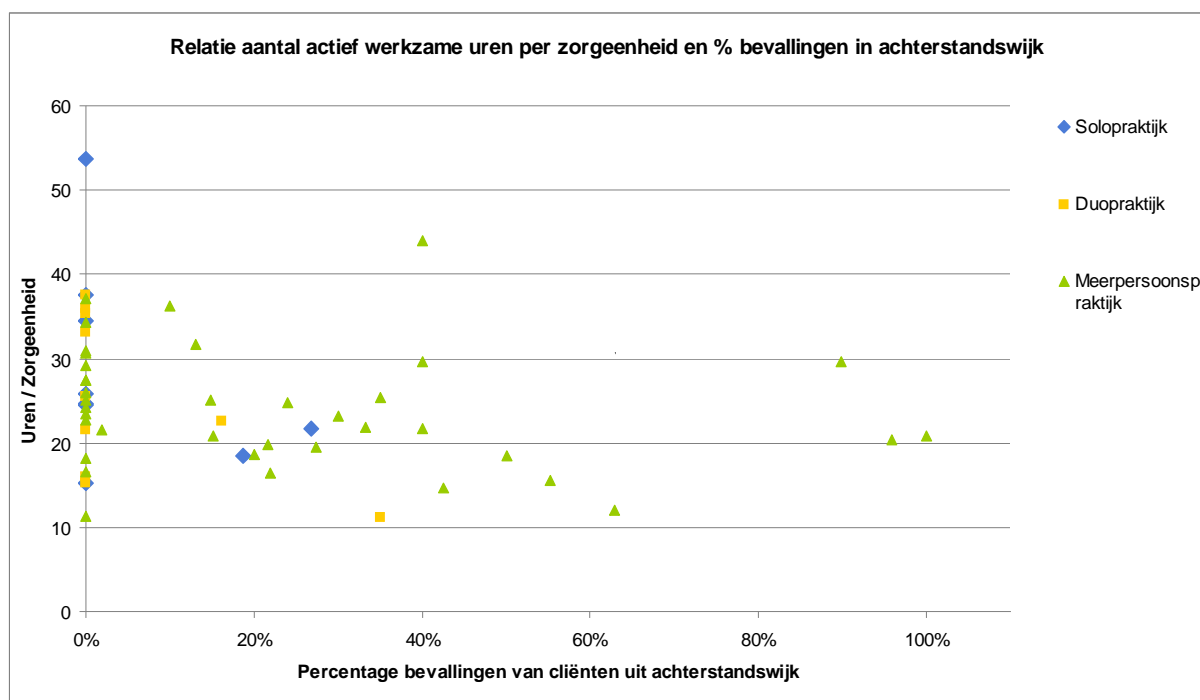


Figuur 5.2: Relatie aantal zorgseenheden per FTE en % cliënten in achterstandswijken

In figuur 5.2 is voor iedere praktijk in de steekproef een punt weergegeven met hun relatieve aandeel cliënten uit achterstandswijken en het aantal zorgseenheden per FTE-equivalent. Allereerst valt het grote aantal (30) praktijken op dat in het geheel geen cliënten in achterstandswijken heeft (zie ook paragraaf 3.1). Daarnaast blijkt de spreiding in het aantal zorgseenheden per FTE-equivalent bijzonder groot (47 tot 163 zorgseenheden per FTE-equivalent). Deze spreiding is ook herkenbaar bij een gegeven niveau van een bepaald aandeel cliënten in achterstandswijken. Zo varieert het aantal zorgseenheden per FTE-equivalent voor de drie meerpersoonspraktijken met circa 40% cliënten uit achterstandswijken tussen de 76 en 139 zorgseenheden.

Wat verder opvalt, is dat uit deze scatterplot blijkt dat de te verwachten dalende tendens niet aanwezig is van het aantal zorgseenheden per FTE-equivalent bij toename van het aandeel cliënten uit achterstandswijken. Een statistische analyse op basis van regressierekening bevestigt dit met een correlatiecoëfficiënt (R^2) van 0,01, hetgeen betekent dat er in het geheel geen relatie tussen het aandeel cliënten uit een achterstandswijk en het aantal zorgseenheden per FTE-equivalent kan worden geconstateerd.

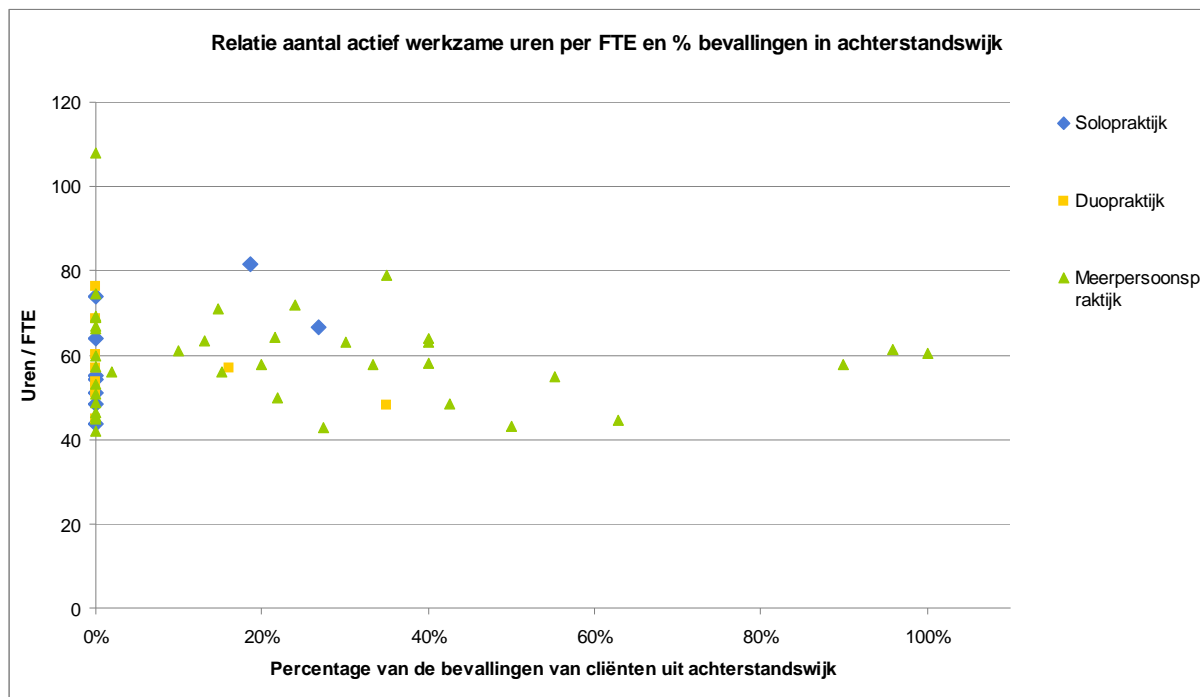
Dit betekent niet dat met zekerheid deze relatie niet bestaat, In tabel 5.1 is bijvoorbeeld af te lezen, dat voor praktijken in achterstandswijken een grotere inzet voor aanvullende taken wordt besteed (4,5 uur per week per FTE voor achterstandswijken en 1,9 uur per week voor niet-achterstandswijken. De oorzaak voor het niet kunnen vaststellen van deze relatie, zou kunnen worden gezocht in het groter aantal uren dat wordt ingezet per FTE bij praktijken in achterstandswijken. De vergelijkbare productie per FTE in achterstandswijken, wordt dan verklaard door de inzet van meer uren per FTE. Daarom is in figuur 5.3 de relatie tussen het aantal uren per zorgeenheid en het aandeel cliënten in achterstandswijken onderzocht.



Figuur 5.3: Relatie aantal ingezette actief werkzame uren per zorgeenheid en het % cliënten in achterstandswijken

De grote spreiding in het bestede aantal uren per zorgeenheid blijft bestaan en varieert tussen de circa 10 en 40 uur per zorgeenheid. Ook hier is geen duidelijk herkenbaar effect aanwezig van het aandeel cliënten in achterstandswijken op het aantal uren per zorgeenheid. Ook statistisch kan deze relatie niet worden aangetoond ($R^2=0,06$).

Dat een analyse op basis van de uren per zorgeenheid geen ander beeld verschaft, is in lijn met de betrekkelijk geringe inzetverschillen in actief werkzame uren per FTE voor praktijken in achterstandswijken en niet-achterstandswijken in tabel 5.1. Ook de diepteanalyse bevestigt dit en is in beeld gebracht in figuur 5.4 waarin de relatie wordt weergegeven tussen het aantal ingezette actieve uren per week ten opzichte van het aandeel cliënten in achterstandswijken. Er is geen relatie te constateren tussen de ingezette actieve uren per FTE en het aandeel cliënten in achterstandswijken ($R^2=0,02$). Het aantal actief ingezette uren per FTE varieert tussen de 40 en 80 (uitschieters uitgesloten) en varieert niet aantoonbaar met het aandeel cliënten in achterstandswijken.



Figuur 5.4: Relatie aantal uren per FTE en het % cliënten in achterstandswijken

De extra werkbelasting in verband met cliënten uit achterstandswijken kan op basis van deze gegevens dus niet worden aangetoond. Uit de grote spreiding van inzet in uren per FTE, bij eenzelfde aandeel cliënten uit achterstandswijken is af te leiden dat andere factoren een veel grotere invloed hebben op de productiviteit, waardoor het effect van cliënten uit achterstandswijken niet meer meetbaar is.

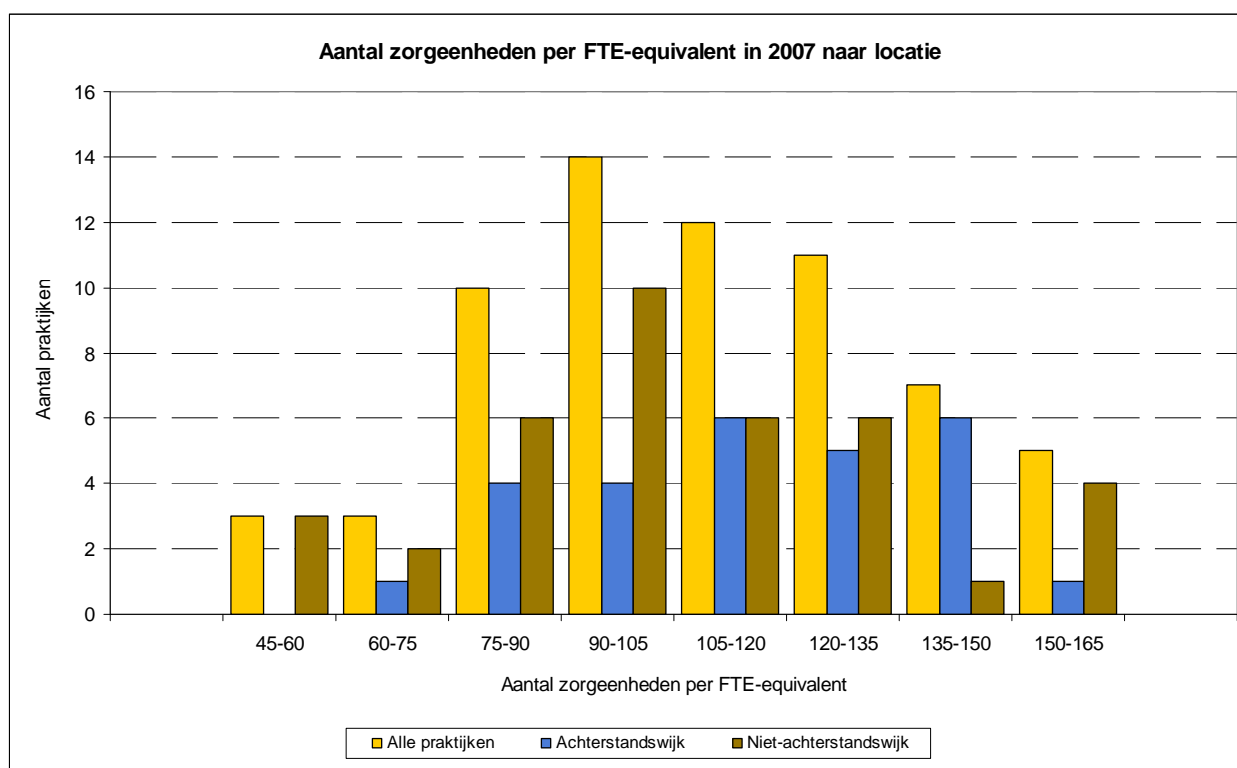
5.5 Productie per ingezette FTE

Een belangrijke factor voor de tariefsbepaling per zorgseenheid is de normpraktijk; het aantal zorgseenheden per FTE. In tabel 5.4 is het uit het onderzoek gemiddeld aantal zorgseenheden per FTE per jaar weergegeven voor de verschillende praktijkvormen.

	Aantal zorgseenheden per jaar per FTE
Solopraktijk	106
Duo-praktijk	105
Meerpersoonspraktijk	108
Alle praktijken	107

Tabel 5.4: Gemiddeld aantal geproduceerde zorgseenheden per FTE in 2007

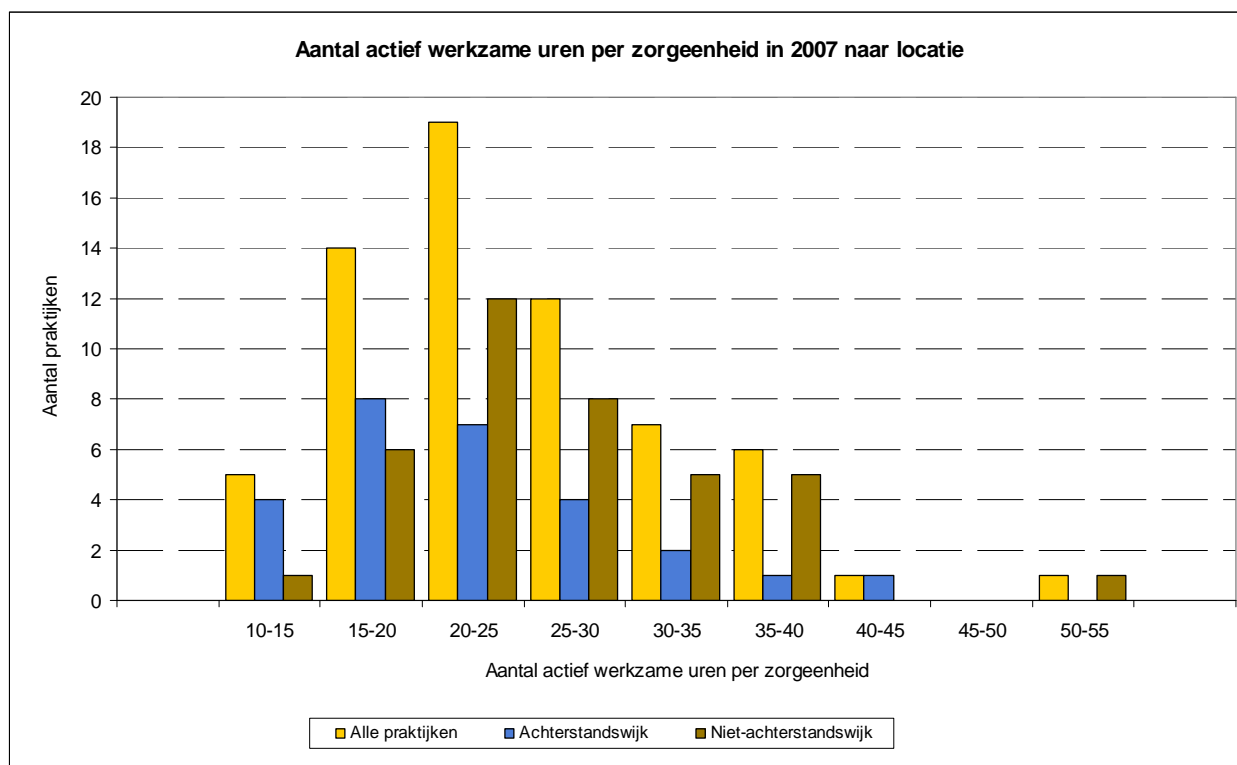
De gemiddelde productie in aantal zorgeenheden per FTE verschilt nauwelijks per praktijkvorm en bedraagt gemiddeld 107 zorgeenheden per FTE. Wanneer de verdeling van de geproduceerde zorgeenheden over de praktijken in beeld wordt gebracht, zoals in figuur 5.5, blijkt daaruit wederom een stevige spreiding. De verdeling concentreert zich inderdaad rond het gemiddelde van 107, maar de optredende waarden voor 80 % van de praktijken variëren tussen de 75 en 147 zorgeenheden per FTE. Deze spreiding wordt niet veroorzaakt door het aandeel van de cliënten in achterstandswijken of verschillen in praktijkvorm of ingezette uren per FTE, zoals hiervoor duidelijk is aangetoond.



Figuur 5.5: Verdeling van de praktijken m.b.t. het aantal zorgeenheden per FTE-equivalent in 2007

Indien de capaciteit in alle praktijken effectief zou worden ingezet mag bij voldoende grote vraag naar verloskundige zorgdiensten een veel kleinere spreiding worden verwacht. De spreiding is mogelijk toe te schrijven aan autonome effecten in de vraag naar diensten van verloskundigen. Het aantal zwangerschappen in het gebied waar een praktijk actief is, verschilt en daarmee ook de vraag naar diensten van verloskundigen. Daarnaast kunnen ook longitudinale veranderingen optreden, bijvoorbeeld door vergrijzing van wijken. Voor verloskundigenpraktijken is net als bij ziekenhuizen sprake van een adherentiegebied, dat in het geval van verloskundigen met meer praktijken gedeeld wordt.

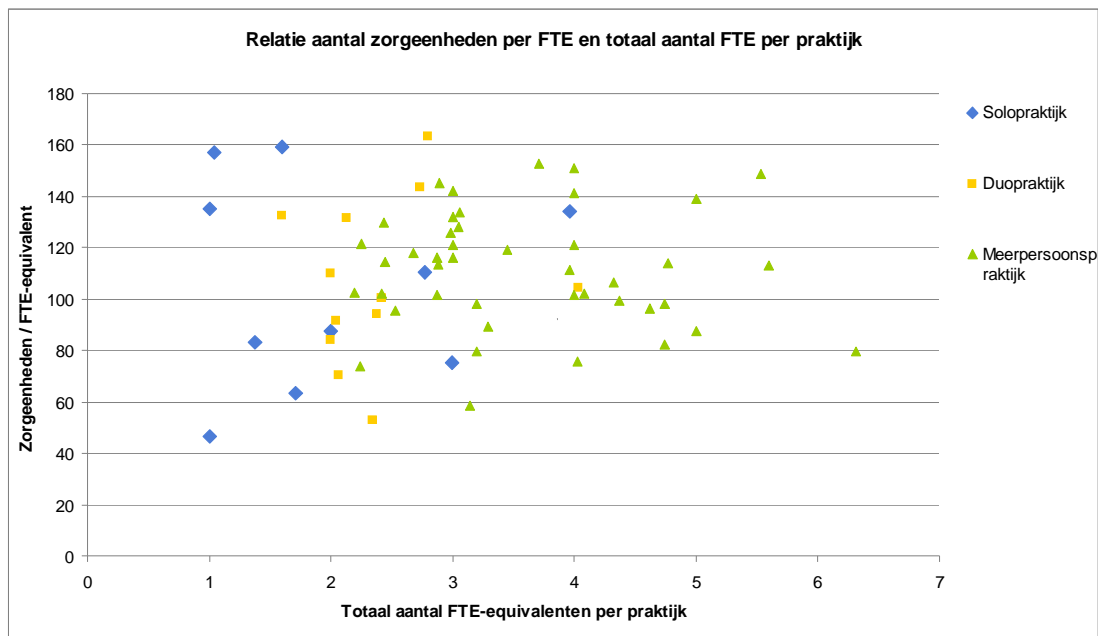
Een oorzaak voor het verschil in aantallen zorgeenheden per FTE, kan liggen in de verschillen in het aantal ingezette uren per zorgeenheid. Daarom is in figuur 5.6 die verdeling in beeld gebracht.



Figuur 5.6: Verdeling van de praktijken m.b.t. het aantal actief werkzame uren per FTE-equivalent in 2007

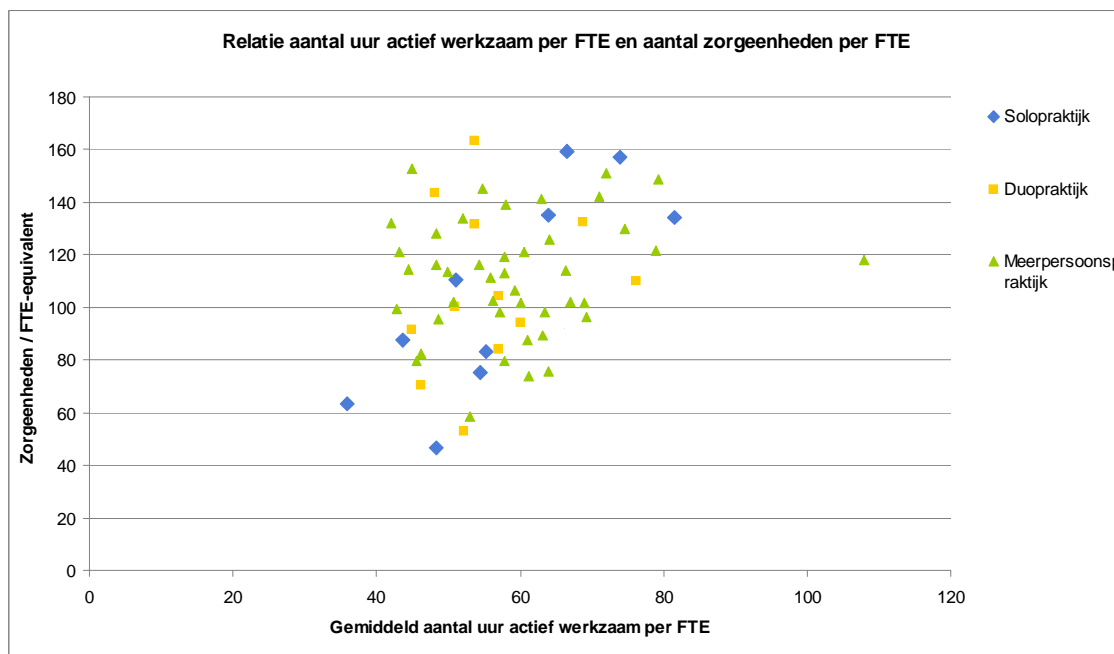
Uit figuur 5.6 komt opnieuw een grote spreiding van de gemiddeld bestede actief werkzame uren per zorgeenheid per praktijk naar voren. Deze spreiding wordt niet veroorzaakt door individuele cliënten, omdat het hier het gemiddelde per praktijk betreft, waarin al een verevening tussen cliënten wordt meegecalculeerd. Het aantal aan een zorgeenheid bestede uren varieert dus evenzeer, maar of dit de verklaring is van de variatie in het aantal zorgeenheden per FTE, of dat hier eenzelfde oorzaak aan ten grondslag ligt is niet duidelijk. Dit effect kan voor een deel worden toegeschreven aan een vergroting van de tijdsbesteding aan een cliënt wegens de lagere werkdruk die weer samenhangt met minder vraag naar verloskundige diensten bij de desbetreffende praktijk.

Het aantal geproduceerde zorgeenheden per FTE verschilt niet noemenswaardig per praktijksoort. Binnen de meerpersoonspraktijken zou echter nog een positieve relatie kunnen bestaan tussen praktijkomvang en aantal zorgeenheden per FTE. Daarom is voor de hele steekproefpopulatie in figuur 5.7 deze relatie onderzocht.



Figuur 5.7: Relatie tussen praktijkomvang in FTE en het aantal zorgeenheden per FTE in 2007

Uit figuur 5.8 blijkt de al eerder geconstateerde grote spreiding in geproduceerde zorgeenheden per FTE bij eenzelfde praktijkomvang. De relatie tussen praktijkomvang (in FTE) en productiviteit (aantal zorgeenheden per FTE) is niet herkenbaar en ook statistisch niet aan te tonen ($R^2=0,02$). Dit is in lijn met het eerder ook al geconstateerde ontbreken van synergievoordelen in ureninzet bij meerpersoonspraktijken



Figuur 5.8: Relatie tussen uren actieve inzet per FTE en het aantal zorgeenheden per FTE in 2007

Als laatste is de relatie tussen het aantal uren actieve inzet per FTE en het aantal zorgeenheden per FTE in figuur 5.8 onderzocht. Ook hier is geen sprake van een duidelijke correlatie. Een globale beoordeling geeft wel een lichte samenhang tussen het aantal uren per FTE en het aantal zorgeenheden per FTE ($R^2=0,1$), maar deze is volstrekt onvoldoende om de gevonden verschillen in het aantal geproduceerde zorgeenheden per FTE te verklaren.

5.6 Vergelijking tijdsbesteding uit onderzoek Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007

In opdracht van het KNOV heeft het onderzoeksbureau C3 een onderzoek uitgevoerd naar het takenpakket eerstelijns verloskunde. Dit betreft een uitgebreid onderzoek dat zich primair richtte op het vaststellen van het takenpakket en de daarbinnen vallende activiteiten en dat heeft geleid tot een indeling in taken die ook in ons onderzoek is gehanteerd. Het onderzoek geeft een goed overzicht van het takenpakket van de verloskundigen en besteedt daarbij ook aandacht aan de niet-cliëntgebonden taken en de niet tot de basistaken behorende cliëntgebonden taken. Het onderzoek is uitgevoerd met intensieve inzet van een 'Raad & Daad team, dat bestond uit deskundigen met praktijkinzichten en -ervaring.

Een deel van het onderzoek heeft betrekking op de raming van de tijdsbesteding van de verloskundigen. Uitgangspunt is daarbij het door het Nivel in 2004 op basis van tijdschrijven uitgevoerde onderzoek naar tijdsbesteding aan de cliëntgebonden basistaken. Voor bepaalde onderdelen is een digitale enquête onder 300 eerstelijns verloskundigen uitgevoerd, waarbij 151 verloskundigen een volledig ingevulde vragenlijst hebben geretourneerd. Een verdere beschrijving van dat onderzoek en vergelijking met de onderhavige onderzoeksaanpak is opgenomen in bijlage 2.

In de enquête is door C3 gevraagd naar de gemiddelde geschatte tijd voor specifieke activiteiten per cliënt, voor een deel van de activiteiten. Daarbij zijn die activiteiten onderzocht waarvoor er aanleiding bestond te veronderstellen dat er verschillen bestaan tussen de Nivel-meting in 2003 en de praktijk in 2007. Daarnaast is door C3 gevraagd naar een schatting van de ingezette tijd op jaarbasis per verloskundige voor niet-cliëntgebonden activiteiten bij een fictieve praktijkomvang van 360 zorgeenheden. Deze twee grootheden zijn ook in het onderhavige onderzoek bepaald en worden in deze paragraaf vergeleken.

De aangepaste schattingen voor de cliëntgebonden activiteiten leverden in het totaal een toename van de cliëntgebonden bestede tijd ten opzichte van de uitkomst van het Nivel-onderzoek dat vier jaar daarvoor heeft plaatsgevonden. In tabel 5.5 is de uit het C3 onderzoek resulterende tijdsbesteding per zorggeval in de huidige (2007) situatie weergegeven voor de basistaken. Het C3-onderzoek gaat bij de tijdsbesteding uit van een zorggeval wat bij het uitvoeren van de volledige basistaken vergelijkbaar is met een zorg eenheid. Uit ons onderzoek is een vergelijkbare grootheid vast te stellen uit het gemiddeld aantal uren besteed per FTE aan deze basistaken. Uit tabel 5.1 is af te lezen dat gemiddeld 41,7 uur per week per FTE aan deze basistaken wordt besteed. Uitgaande van een productie van 107 zorg eenheden per FTE bij een inzet van 52,2 weken per jaar (rekening houdend met waarneming tijdens afwezigheid) is een vergelijkbare grootheid te berekenen: de tijdsbesteding in minuten per zorg eenheid, die 1.218 minuten bedraagt.

	Tijd per zorggeval C3	Onderzoek ConQuaestor Significant
Prenatale zorg	380	
Natale zorg	390	
Postnatale zorg	285	
Totaal	1055	1218

Tabel 5.5: Gemiddeld tijdsbesteding per zorggeval basistaken in minuten volgens C3 onderzoek situatie 2007

De gegevens in tabel 5.5 hebben alleen betrekking op basistaken. In ons onderzoek worden ook schattingen aangegeven voor de aanvullende en bijzondere taken, maar die zijn in het C3-onderzoek geïnventariseerd per zorggeval waarin deze voorkomen en niet gemiddeld over alle zorggevallen vastgesteld. Uit ons onderzoek blijkt dat circa 11% van de tijd die besteed wordt aan basistaken hier bovenop wordt besteed aan aanvullende en bijzondere taken. De gemiddelde tijdsbesteding per zorggeval in het C3-onderzoek zou met deze correctie 1.171 minuten per zorggeval bedragen.

De geschatte jaarlijkse tijdsbesteding per verloskundige voor niet-clientgebonden taken in het C3-onderzoek bedroeg 511 uur per jaar voor een praktijk met 360 zorg eenheden. In de hiernavolgende tabel 5.6 wordt dit vergeleken met de uitkomsten van ons onderzoek. Hierbij moet worden opgemerkt dat de uitkomsten van ons onderzoek betrekking hebben op alle praktijken en daarmee een populatiegemiddelde weergeven en niet de situatie voor een referentiepraktijk met 360 zorg eenheden. In bijlage 2 wordt ingegaan op methodische verschillen in de onderzoeks aanpak in beide onderzoeken, die overigens het geconstateerde verschil niet herleidbaar verklaren.

	Uren per jaar per FTE ConQuaestor Significant	Uren per jaar per verloskundige C3
Solopraktijk	461	-
Duopraktijk	554	-
Meerpersoonspraktijk	722	-
Alle praktijken	639	511

Tabel 5.6: Uren niet-cliëntgebonden activiteiten per FTE per jaar in 2007

In het C3-onderzoek wordt vervolgens een normatieve berekening gemaakt van de normpraktijk conform de NZA-systematiek. Uitgangspunt daarbij is een werkweek van 40 uur bij een vijfdaagse werkweek en 52,2 werkweken per jaar (in totaal 2.088 uur). De beschikbare tijd (2.088 uur) is verminderd met de tijd voor niet-cliëntgebonden taken (2.088-511=1.577 uur) en deze is vervolgens gedeeld door de tijd voor de basistaken (17,6 uur = 1.055 minuten). Op die wijze wordt een normpraktijk van 90 zorggevallen per verloskundige vastgesteld die moet worden vergeleken met de in ons onderzoek vastgestelde gemiddelde productie van 107 zorgeenheden per FTE. Dit verschil is aanzienlijk, maar kent een aantal oorzaken:

- De norminzet van 40 uur per week die ten grondslag ligt aan de NZa-systematiek voor berekening van de normpraktijk, is veel lager dan de in ons onderzoek gemeten inzet van 58 uur;
- De per verloskundige (FTE) bestede tijd voor niet-cliëntgebonden activiteiten is in het C3-onderzoek lager dan gemeten in ons onderzoek: 511 ten opzichte van 639;
- De uren voor aanvullende en bijzondere taken worden niet in de berekening meegenomen.

De productiviteit in het onderzoek gemeten is 107 zorgeenheden per FTE, terwijl in het C3-onderzoek een normpraktijk is vastgesteld van 90. In tabel 5.7 worden de verschillen uit beide onderzoeken vergeleken met het effect van dat verschil op de normpraktijk, als vergelijkbare grootheid met het aantal zorgeenheden per FTE.

Grootheid	C3 of reknorm	ConQuaestor Significant	Effect op normpraktijk
Aantal uren per week	40	58	45%
Aandeel uren niet cliëntgebonden	24%	21%	4%
Effect aanvullende en bijzondere taken	1055	1171	-10%
Tijdsbesteding per zorggeval	1055	1218	-13%
Cumulatief effect op normpraktijk	90	107	19%

Tabel 5.7: Effecten verschillen onderzoeksresultaten op normpraktijk-productiviteit per FTE

Uit tabel 5.7 blijkt dat het grootste verschil wordt veroorzaakt door de feitelijke ureninzet per week, die hoger is dan de aan de berekening van de normpraktijk ten grondslag liggende uren. Ook de inzet van een kleiner aandeel niet-cliëntgebonden uren verhoogt de waarde voor de normpraktijk, daar staan als compenserende effecten de aanvullende en bijzondere taken en het verschil met de gemeten tijd per zorggeval tegenover. De vermenigvuldiging van de vier effecten leidt tot het ook gemeten verschil tussen 107 en 90 zorgeenheden.

5.7 Productie per verloskundige in vergelijking met huidige norm

In het onderzoek is het gemiddeld aantal geproduceerde zorgeenheden per fulltime ingezette verloskundige gemeten. In het voorgaande is dit gemiddelde beschreven met onderscheid naar praktijkvorm en praktijkadres (achterstandswijk en niet-achterstandswijk). Deze in de praktijk gemeten productie per FTE kan worden vergeleken met het aan de tariefsberekening ten grondslag liggende begrip normpraktijk; het aantal zorgeenheden dat een verloskundige gemiddeld bij een normale werkinzet per jaar produceert.

In tabel 5.7 wordt een overzicht gegeven van de waarden voor de normpraktijk uit dit onderzoek en uit andere bronnen:

Overige bronnen	Aantal zorgeenheden per FTE-equivalent
Normpraktijk per 1 januari 2007	120
Huidige norm (per 1 januari 2009)	110
Gemeten C3-onderzoek	90
Resultaten onderzoek	Aantal zorgeenheden per FTE-equivalent
Gemeten 2007 Alle praktijken	107
Gemeten 2007 Achterstandswijken	114
Gemeten 2007 Niet-achterstandswijken	106
Gemeten 2007 Solopraktijken	106
Gemeten 2007 Duopraktijken	105
Gemeten 2007 Meerpersoonspraktijken	108

Tabel 5.7: Vergelijking van het gemeten gemiddeld aantal zorgeenheden per FTE met waarden uit andere bronnen voor de normpraktijk

6 Praktijkinkomen

In dit hoofdstuk wordt het inkomen van een in een verloskundigenpraktijk deelnemende verloskundige gepresenteerd in relatie tot het norminkomen. Eerst wordt ingegaan op het norminkomen en de bestaande inzichten daarover. Een verdere onderbouwing daarvan is opgenomen in bijlage 1: 'Norminkomen verloskundigen; bestaande inzichten'. Daarna wordt het in de praktijk gemeten inkomen gespiegeld aan dit norminkomen

6.1 Norminkomen

In tabel 6.1 is een overzicht gegeven van de opbouw van het norminkomen voor eerstelijns verloskundigen vanuit vier invalshoeken:

- Inkomenscomponent in huidige NZa-tarief (1 januari 2008);
- Herijking CTG 2002 (FWG55);
- Herijking CTG 2002 met verwerking advies KPMG tot inschaling FWG60;
- Mercer 2008.

Alle varianten zijn herrekend tot prijsniveau 2007 (basis 1 januari 2008)

Inkomenscomponent	Huidig NZa-tarief	CTG 2002	CTG 2002 Nader Advies	Mercer 2008
	A	B	C	D
Schaal	BBRA-8	55max	60max	65
% inconveniënten	8,32%	8,32%	8,32%	20%
Jaarsalaris incl. vakantietoeslag	35.771	44.854	51.141	54.500
Inconveniënten (Avond/Nacht/Weekend dienst)	2.976	3.732	4.255	9.316
Overhevelingstoeslag	4.617	0	0	0
Ziektekostenpremie	4.215	1.465	1.465	1.347
AOV premie	4.395	9.284	10.687	12.500
Pensioen	1.841	3.938	4.778	5.306
VUT	811	0	0	0
ADV	507	0	0	0
Overige voorzieningen	0	1.576	1.576	1.576
Totaal norminkomen	55.133	64.849	73.902	84.545
Aandeel aankledingsposten t.o.v. jaarsalaris + inconveniënten	30,4%	33,5%	33,4%	32,5%
Verschil als inconveniënten = 20%		5.239	5.973	0

Tabel 6.1: Norminkomen zoals in de verschillende bronnen vastgesteld

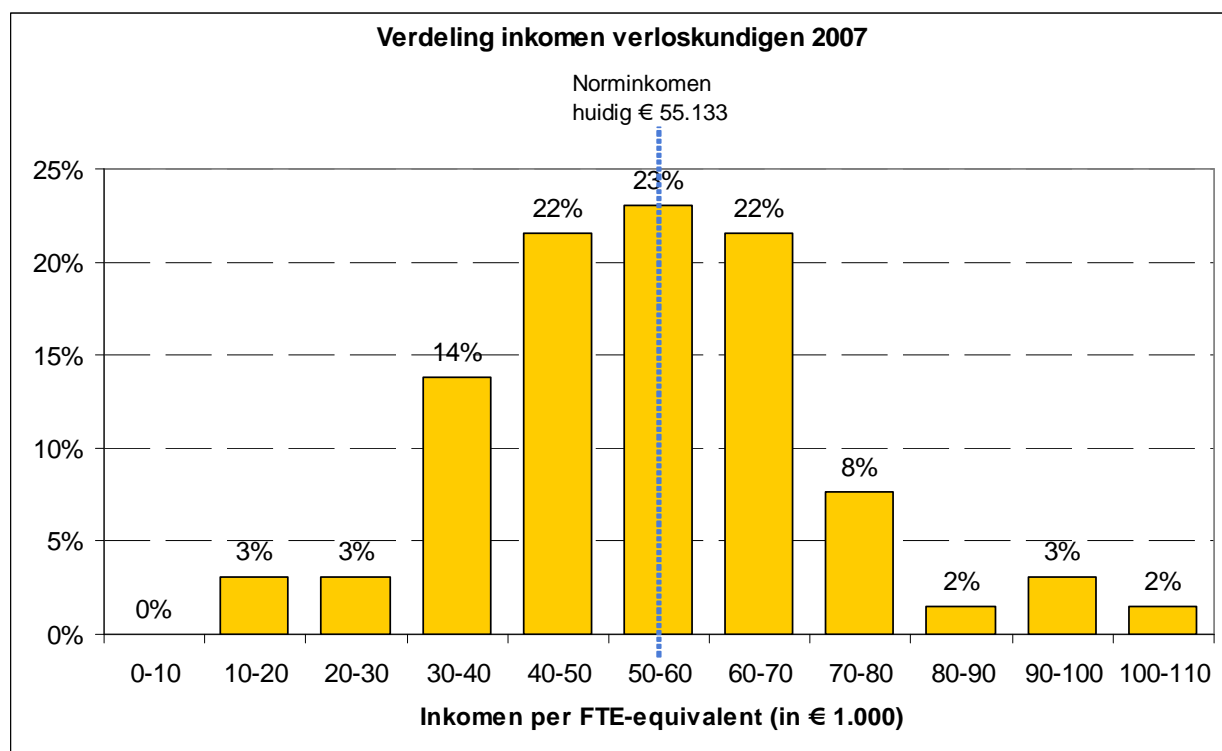
In de eerste kolom "Huidig NZA-tarief", is de onderbouwing voor het norminkomen 2007 weergegeven zoals door de NZA gehanteerd bij de tariefsberekening voor 2007. De meeste componenten in deze kolom zijn vastgesteld door indexatie van de waarde voor het voorgaande jaar. Daarbij zijn in de sociale regelgeving vervallen componenten als "Overhevelingstoeslag" gehandhaafd omwille van continuïteit van de grondslag voor het norminkomen. De kolom "CTG 2002" heeft betrekking op uitkomsten van een onderzoek naar norminkomens in de zorg, dat door KPMG in opdracht van het CTG in 2002 is uitgevoerd. De cijfers zijn voor de vergelijkbaarheid geïndiceerd naar het jaar 2007. In de kolom "CTG 2002 Nader Advies", is op basis van een nader advies van KPMG over de inschaling van verloskundigen in schaal FWG 60 in plaats van FWG 55, een doorrekening gemaakt voor de gevolgen daarvan op de kolom "CTG 2002". De laatste kolom heeft betrekking op een door Mercer in 2008 in opdracht van de KNOV uitgevoerd onderzoek naar de functiewaardering en inschaling van eerstelijns verloskundigen.

Toelichting berekeningen:

- In kolom B en kolom C is gerekend met een inconveniëntenpercentage van 8,32%. In de oorspronkelijke CTG-2002 nota is steeds gerekend met 20%, maar aangezien dit een pro forma berekening was, is in deze tabel voor deze twee varianten steeds met het huidige percentage (8,32%) gerekend. In de onderste rij is voor deze twee varianten aangegeven wat het financiële verschil is als gerekend wordt met 20% inconveniënten in plaats van 8,32%;
- Overhevelingstoeslag: bij de berekening van het aandeel van de aankledingsposten in het jaarsalaris (inclusief inconveniënten) in de op een na onderste rij is de overhevelingstoeslag die op historische gronden in het huidig tarief nog voorkomt buiten beschouwing gelaten

6.2 Feitelijk inkomen vergeleken met het norminkomen

In grafiek 6.1 is de verdeling van de in dit onderzoek gemeten inkomen per verloskundige, deelnemend in een praktijk, weergegeven genormaliseerd naar 1 FTE-equivalent. Daaruit blijkt dat 54% van de in een praktijk deelnemende eerstelijns verloskundige minder verdient dan het actuele norminkomen (€ 55.133 per jaar).



Figuur 6.1: Verdeling inkomen per FTE over de praktijken per 2007

De forse spreiding in de grafiek hangt samen met de grote verschillen in geproduceerde zorgeenheden per FTE. Daarbij blijkt dat 20% van de verloskundigen, deelnemend in een praktijk, minder dan € 40.000 aan deze praktijk per jaar verdient.

Het in deze paragraaf gebruikte inkomensbegrip is gebaseerd op de opbrengsten per FTE minus de kosten per FTE. Bij de kosten zijn de niet uit de jaarrekening blijvende kosten niet meegenomen. Ook zijn de kosten voor persoonlijke pensioenopbouw en een arbeidsongeschiktheidsverzekering niet in de praktijkkosten meegenomen. Het inkomensbegrip wordt daarmee vergelijkbaar met de inkomens in tabel 6.1, waar deze kosten ook als onderdeel van het norminkomen worden verondersteld.

Ook kan de vergelijking worden gemaakt met het norminkomen per verloskundige naar praktijkvorm en achterstandswijk. In tabel 6.2 is die vergelijking gemaakt.

Bron	Norminkomen			
Huidige norm (per 1-1-2008)	€ 55.133			
CTG 2002 aanvullend advies	€ 73.902			
Advies Mercer aan KNOV 2009	€ 84.545			
Onderzoek	Gemeten inkomen	Zorgeneid gerelateerde opbrengsten t.o.v. totaal opbrengsten	Toegerekend zorgeneid gerelateerd inkomen	Toegerekend niet-zorgeneid gerelateerde inkomen
Gemeten 2007 Alle praktijken	€ 53.599	94%	€ 50.618	€ 2.982
Gemeten 2007 Achterstandswijken	€ 56.220	93%	€ 52.545	€ 3.675
Gemeten 2007 Niet-achterstandswijken	€ 53.335	95%	€ 50.425	€ 2.910
Gemeten 2007 Solopraktijken	€ 52.417	95%	€ 49.924	€ 2.493
Gemeten 2007 Duopraktijken	€ 50.319	96%	€ 48.170	€ 2.149
Gemeten 2007 Meerpersoonspraktijken	€ 55.291	94%	€ 51.837	€ 3.454

Tabel 6.2: Gerealiseerd inkomen per FTE-equivalent

Uit deze tabel kan worden afgelezen dat het gemiddelde inkomen per FTE over alle praktijken lager is dan de huidige norm. In de berekening zijn de geschatte niet uit de jaarrekening blijvende kosten buiten beschouwing gelaten. Verassend genoeg ligt het gemiddelde inkomen voor verloskundigen uit een praktijk met het praktijkadres in een achterstandswijk juist iets hoger, ondanks dat de toeslag voor cliënten uit achterstandswijken in 2007 nog niet van toepassing was. Dit wordt verklaard door de ook eerder gepresenteerde hogere gemiddelde producties voor dergelijke praktijken.

Verloskundigen uit duopraktijken hebben gemiddeld het laagste inkomen en ook de verloskundigen uit solopraktijken zitten gemiddeld ruim onder de norm. Verloskundigen uit meerpersoonspraktijken bereiken een gemiddeld inkomen conform de norm. Dit laat onverlet dat er individueel grote fluctuaties voorkomen.

Ten behoeve van nader inzicht is in tabel 6.2 het inkomen toegerekend naar zorgeneid gerelateerd inkomen en inkomen uit niet-zorgeneid gerelateerde diensten. Omdat de kosten niet naar deze twee diensten kunnen worden toegerekend is een verdeling van het inkomen op basis van de verhouding in de opbrengsten toegepast. De feitelijke bijdrage aan het inkomen vanuit deze twee vormen van dienstverlening kan hier dus van afwijken in verband met verschillen in kosten.

7 Samenhang Praktijkkosten, opbrengsten en werkinzet met het tarief

In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van de invloed van de verschillende factoren op het tarief, zoals in het onderzoek gemeten of uit andere bronnen bekend. Daarbij wordt eerst een beeld geschetst van de samenhang tussen de verschillende factoren en vervolgens de individuele invloed op het tarief (ceteris paribus vastgesteld).

7.1 Samenhang tarief, norminkomen en normpraktijk

In dit onderzoek is de feitelijke inzet, de productie (zorgeenheden) en het inkomen van eerstelijns verloskundigen onderzocht met het doel de discussies over de tariefsvaststelling te onderbouwen. In die discussie zijn de begrippen tarief, norminkomen en normpraktijk onlosmakelijk verbonden. Daarom is parallel aan het onderzoek onder verloskundigen naar inzet, productie en feitelijk inkomen ook de discussie rond het norminkomen in historisch perspectief geplaatst. In dit hoofdstuk worden de resultaten voor de verschillende dimensies met elkaar geconfronteerd en geanalyseerd.

De berekening van de onderbouwing van het tarief op basis van een verloskundigenpraktijk die 100% basiszorg levert, verloopt via de volgende stappen

- Uitgangspunt voor de berekening is het norminkomen van de verloskundige dat uit reguliere normale praktijkvoering moet kunnen worden gerealiseerd;
- Vervolgens worden daarbij opgeteld de praktijkkosten;
- Hierna resteren de via de zorgeenheden te realiseren praktijkopbrengsten die bij een standaard productie van zorgeenheden het gewenste norminkomen op moeten leveren: de zorgeenheden gerelateerde praktijkinkomsten vormen **de teller van de tariefsberekening**
- Vervolgens wordt het aantal uren dat een verloskundige per jaar actief werkzaam is in de praktijk als uitgangspunt vastgesteld op basis van het aantal uren per week en het aantal weken per jaar;
- Daarop worden de niet-cliëntgebonden uren in mindering gebracht;
- Vervolgens wordt het resulterende aantal uren gedeeld door de gemiddelde tijdsbesteding per zorgeenheid;
- Hierna resteert de normpraktijk: de normatieve productie in zorgeenheden per FTE de normpraktijk vormt **de noemer van de tariefsberekening**;
- Het **tarief per zorgeenheid** wordt bepaald door zorgeenheden gerelateerde praktijkopbrengsten te delen door de normpraktijk.

Verloskundigenpraktijken hebben, naast de inkomsten uit basiszorg, veelal ook niet-zorgeenheid gerelateerde inkomsten, bijvoorbeeld in verband met abonnementen en echoscopisch onderzoek. Deze blijven in de berekening van de normpraktijk buiten beschouwing. In ons onderzoek zijn de opbrengsten voor deze diensten wel meegenomen evenals de daaraan verbonden praktijkkosten en de daaraan bestede tijd.

Door de onderzoeksresultaten te confronteren met de normonderbouwing bestaat inzicht in de afwijking van de norm met de praktijk en de effecten die dit heeft op de verhouding tussen de feitelijk door eerstelijns verloskundigen ontvangen vergoeding per zorgeenheid en het bestaande normtarief.

In tabel 7.1 is de vergelijking gemaakt tussen de waarden die ten grondslag liggen aan de normberekening van het tarief en de uit het onderzoek blijkende waarden. Daarbij is het procentuele verschil aangegeven tussen de in het onderzoek gevonden waarden en de in de normberekening voor het tarief gehanteerde waarde.

Tariefscomponent	Norm 2007	Onderzoek	Vershil in %
Zorgeneheid gerelateerde praktijkopbrengsten	€ 97.064	€ 87.514	-10%
Niet zorgeneheid gerelateerde opbrengsten	€ 0	€ 5.155	-
Praktijkkosten	€ 41.931	€ 39.070	-7%
Inkomen (Norminkomen)	€ 55.133	€ 53.599	-3%
<hr/>			
Uren per week	40	58	45%
Niet-cliëntgebonden uren	528	639	21%
Bestede tijd per zorgeneheid in uren	13	22,3	72%
Zorgeneheden per FTE (Normpraktijk)	120	107	-11%

Tabel 7.1 Verschillen tussen norm- en onderzoekswaarden 2007 voor de relevante tariefscomponenten per FTE

De in de laatste kolom opgenomen percentages hebben betrekking op het verschil tussen de in het onderzoek gevonden waarde en de norm voor de tariefscomponent en hebben ieder hun eigen effect op het tarief dat niet gelijk is aan dit percentage. In de berekening van het normtarief wordt geen rekening gehouden met niet-zorgeneheid gerelateerde opbrengsten, bijvoorbeeld voor echoscopie en NT-counseling. Daarom kan geen verschilpercentage aan deze grootheid worden verbonden. In de praktijkkosten zijn de aan deze opbrengsten gerelateerde kosten wel meegenomen en in de uren per week is de aan deze activiteiten bestede tijd eveneens meegenomen. Wanneer de zorgeneheid gerelateerde en niet-zorgeneheid gerelateerde opbrengsten uit het onderzoek, samen opgeteld, worden vergeleken met de in de normberekening gehanteerde praktijkopbrengsten, zijn de totale praktijkopbrengsten per FTE uit het onderzoek in totaal ongeveer 5% lager dan in de normberekening wordt aangehouden. In het in 2008, in opdracht van de KNOV door C3, uitgevoerde onderzoek is een gemiddelde inzet voor basistaken vastgesteld van 17,6 uur, wat is herleid tot een normpraktijk van 90 zorgeneheden. De inzet voor basistaken is vergelijkbaar met de bestede tijd per zorgeneheid. De niet cliëntgebonden uren per jaar bedroegen volgens dit onderzoek 511 uur.

Om het totale effect van de gevonden verschillen tussen onderzoek en normberekening vast te stellen, mogen de effecten op de afzonderlijke tariefscomponenten niet worden opgeteld. Het tarief wordt bepaald door het norminkomen plus de praktijkkosten te delen door het aantal zorgeneheden per FTE. De effecten op het tarief van de geconstateerde verschillen veroorzaken elkaar compenserende effecten. Een dalende invloed op het tarief hebben de niet-zorgeneheid gerelateerde opbrengsten, de lagere praktijkkosten en

vooral de veel grotere inzet in uren per FTE. Een stijgende invloed gaat uit van de bestede tijd per zorggeval en de grotere inzet in niet-cliëntgebonden uren.

7.1.1 Effecten cliënten in achterstandswijken

In het onderzoek is geen relatie aangetroffen tussen het aandeel cliënten in achterstandswijken en het aantal geproduceerde zorgeenheden per FTE. Daarbij is opgemerkt dat dit niet betekent dat deze relatie niet bestaat. Geconstateerd werd dat deze niet herkenbaar is door de veel grotere autonome variatie in geproduceerde zorgeenheden per praktijk, die mogelijk zijn toe te schrijven aan verschillen in de vraag naar zorgdiensten per praktijk. Voor een goede onderbouwing van de toeslag op het tarief voor cliënten uit achterstandswijken is een ander type onderzoek noodzakelijk, waarbij tijdschrijven voor activiteiten voor de verschillende groepen cliënten wordt toegepast.

Wel kan enig inzicht worden verschaft in de invloed van de toeslag van 23% op het tarief voor een cliënt uit een achterstandswijk. Geconstateerd is dat in het totaal gemiddeld 7% van de cliënten uit een achterstandswijk komt. Dat betekent dat de praktijkopbrengsten met 7% maal 23% stijgen, wat neerkomt op gemiddeld 1,6% per verloskundige. Dit betekent dat het inkomen stijgt met 2,8% naar € 55.091, onder de voorwaarde dat de praktijkkosten en de normpraktijk verder gelijk blijven.

7.1.2 Effecten op afgeleide grootheden

In tabel 7.2 is inzicht gegeven in de waarden voor een aantal relevante grootheden conform de normberekening en de uit het onderzoek naar voren komende waarden.

Afgeleide grootheden	Norm 2007	Onderzoek	Verskil in %
Uren/week	40	58	45%
Inkomen/FTE	€ 55.133	€ 53.599	-3%
Inkomen/uur	€ 26,40	€ 17,70	-33%

Tabel 7.2 Verschillen tussen waarden norm en waarden in onderzoek

Tussen de norminzet van 40 uur per week en de in het onderzoek opgegeven gemiddelde actieve inzet van 58 uur bestaat een opmerkelijk verschil van 45%. Daarbij moet opgemerkt worden dat uit de verschillen in productiviteit (zorgeenheden per uur actieve inzet) blijkt dat de intensiteit van het werk tijdens de inzet (de efficiency) sterk varieert.

Het inkomen per voltijds werkzame verloskundige ligt 3% lager dan het norminkomen, ondanks de extra inkomsten uit niet-zorgeenheid gerelateerde diensten en de hoge inzet van 58 actieve uren per week. Het inkomen per uur ligt daarom ook 33% lager dan volgens de berekening van het norminkomen.

Bijlage 1

Norminkomen verloskundigen: bestaande inzichten

1. Inleiding

In het kader van het tarievenonderzoek eerstelijns verloskundige zorg is door de NZa opdracht gegeven aan ConQuaestor / Significant voor integraal onderzoek naar de tarieven verloskundige zorg. In dit integrale onderzoek wordt, naast kosten en werkbelasting, ook het norminkomen / marktconform inkomen voor eerstelijns verloskundigen betrokken.

In het kader van dit onderzoek heeft een werkgroep, waarin KNOV, ZN en NZa zitting hebben gehad, een inventarisatie van inzichten over dit norminkomen gemaakt, die in deze bijlage 1 is vastgelegd. ConQuaestor / Significant heeft de werkgroep daarbij ondersteund en bijgedragen aan de validatie van de resultaten. Over de inhoud van deze bijlage bestaat overeenstemming tussen de deelnemers van deze werkgroep. Doel van deze bijlage is om de relevante feiten / aandachtspunten rond de discussie over de inkomensherijking voor eerstelijns verloskundigen weer te geven. Dit rapport inclusief deze bijlage, dient als basis voor het technisch overleg tussen genoemde partijen. Hierin zullen voorstellen besproken worden die, na bespreking in de Commissie Vrije Beroepen, aan de Raad van Bestuur van de NZa ter besluitvorming zullen worden voorgelegd.

2. Opbouw van deze bijlage

In paragraaf 3 wordt een korte schets gegeven van de achtergrond van de discussie over inkomensherijking eerstelijns verloskundigen. Vervolgens wordt in paragraaf 4 een toelichting gegeven op de wijze waarop in het huidige NZa-tarief de inkomenscomponent is opgenomen. In de drie daarop volgende paragrafen worden de drie verschillende elementen van de inkomensdiscussie afzonderlijk aan de orde gesteld, t.w. primair inkomen (par. 5), inconveniënten (par. 6) en aankledingsposten (par. 7). Elk van deze paragrafen geeft eerst een samenvatting van de CTG nota uit 2002 (zowel het CTG-standpunt als de reacties van partijen daarop), vervolgens van de wijze waarop de KNOV-aanvraag (het Mercer-onderzoek) daarop aansluit of daarvan afwijkt en tenslotte een inventarisatie van opmerkingen / aandachtspunten. Paragraaf 8 geeft een samenvattend (getalsmatig) overzicht van de verschillende berekeningen, met tevens een vergelijking met de inkomensbedragen die in de huidige tarieven zijn verwerkt.

3. Achtergrond

De discussie over inkomensherijking voor eerstelijns verloskundigen speelt al langer. In juli 2002 heeft het CTG nieuwe normatieve inkomens voor een aantal categorieën vrije beroepsbeoefenaren vastgesteld. In verband met de macro-kostengroei (gemiddeld 10%) die aan deze herijking vastzat reageerde de minister van VWS echter afwijzend op de voorstellen en zijn deze destijds niet ingevoerd. De CTG nota uit 2002 had betrekking op een tiental beroepsgroepen, t.w. huisartsen, apothekers, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, kaakchirurgen, orthodontisten en medisch specialisten. In de nota werd een onderscheid gemaakt tussen primair inkomen, inconveniënten en zogenoemde

aankledingposten (werkgeverslasten). Bij de voorbereiding van de besluitvorming heeft het CTG destijds KPMG als adviseur ingeschakeld.

In 2008 heeft de KNOV een (eenzijdig) verzoek tot aanpassing van het norminkomen voor eerstelijns verloskundigen ingediend met ter onderbouwing daarvan een onderzoek dat in opdracht van de KNOV door Mercer was uitgevoerd.

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.

N.B. Voor het gemak wordt in het onderstaande voor de CTG-nota over inkomensherijking vrije beroepsbeoefenaren de term “CTG-2002” gehanteerd. Voor het door de KNOV ingediende Mercer-rapport over norminkomen eerstelijns verloskundige wordt de term “Mercer-2008” gebruikt.

Naast de onderwerpen die ook al in de genoemde CTG nota uit 2002 en de Mercer-nota van 2008 genoemd worden zullen ook nieuwe gezichtspunten rond regulering en liberalisering vrije beroepen een rol in de discussie (kunnen) spelen. Binnen de NZa wordt nagedacht over een reguleringskader, maar dat is nog in een stadium van “hoofdlijnen” en moet nog verder ontwikkeld en geoperationaliseerd worden. Als dit reguleringskader door de NZa wordt ingevoerd zal dat ook voor de eerstelijns verloskundigen gelden.

4. Inkomenscomponent in het huidige NZa-tarief

In het kader van de CTG-nota in 2002 over inkomensherijking heeft KPMG in 2001 ook in beeld gebracht wat de uitgangspunten waren in de inkomenscomponent van de toen bestaande tarieven. Omdat het wijzigingsvoorstel uit 2002 uiteindelijk niet is ingevoerd, zijn de hieronder genoemde punten nog steeds de uitgangspunten van de inkomenscomponent in het huidige tarief.

Voor de eerstelijns verloskundigen gold: “het normatief inkomen van een verloskundige is oorspronkelijk gebaseerd op het maximum van BBRA-schaal 8 met 4 regels in schaal 9 als vergoeding voor inconveniënten” (KPMG2001, deel 1, p.20). Toelichting:

- Oorspronkelijk was de inkomenscomponent voor vrije beroepsbeoefenaren gebaseerd op de salarisschalen die de overheid hanteerde; vandaar de verwijzing naar de BBRA. In CTG-2002 is de CAO-ziekenhuizen als uitgangspunt gehanteerd;
- In 2001 sloot het inkomensdeel in het tarief niet meer volledig aan op het uitgangspunt van BBRA-8max; in werkelijk lag het circa 2% lager, waarschijnlijk in verband met macrokortingen die in de loop van de tijd zijn opgelegd;
- De inconveniënten bedroegen in 2000 9% van het basissalaris. Omdat inconveniënten niet berekend werden over de vakantietoeslag is dit gelijk aan een opslag van 8,32% over het salaris incl. vakantietoeslag. In de berekeningen die hieronder gemaakt zijn ter vergelijking van verschillende opties is met dit laatste percentage gerekend. De notitie van KPMG uit 2001 geeft geen informatie over de wijze waarop dit percentage in het (verre) verleden tot stand is gekomen of is onderbouwd;
- Aankledingsposten: in de nota CTG-2002 werd binnen de post aankledingsposten een onderscheid gemaakt naar ziektekostenpremie, premie arbeidsongeschiktheidsverzekering, pensioenpremie (met

een onderscheid naar pensioen en VUT) en ADV). Daarnaast werd nog een bedrag opgenomen voor “overhevelingstoelage”¹.

Aanvullend aandachtspunt:

- Indexering: de in de tarieven opgenomen inkomenscomponent (norminkomen, inconveniënten, aankledingsposten) wordt niet jaarlijks herijkt op basis van de uitgangspunten, maar wordt geïndexeerd. De index wordt gebaseerd op de gemiddelde loonontwikkeling in Nederland. Daarmee loopt het niet persé synchroon aan de salarisschalen die in de CAO zijn afgesproken.

5. Primair inkomen

Samenvatting CTG-2002:

Op basis van advies van de KPMG is bij het ontwikkelen van indicaties voor het primair inkomensdeel een aantal uitgangspunten gekozen (n.b. in dit overzicht van uitgangspunten zijn alleen de voor deze discussie relevante uitgangspunten overgenomen. Uitgangspunten die bijvoorbeeld betrekking hebben op verzameld materiaal en op herijking bij wijziging van de functie-inhoud zijn buiten beschouwing gelaten):

- De wijze van praktijkvoering (vrije beroepsbeoefenaar of in loondienst) mag geen effect hebben op de kosten in macro-economisch opzicht (kosten van het primaire inkomensdeel binnen het normatieve inkomen versus loonkosten).
- De kosten van het primaire inkomensdeel binnen het normatieve inkomen zijn in principe gelijk aan de loonkosten van de “vakvolwassen” beroepsbeoefenaar.
- Als referentiesector voor het normatieve inkomen (primaire inkomensdeel) van de vrije beroepsbeoefenaar geldt de zorgsector.
- Het beloningsniveau is in principe gebaseerd op de zwaarte van de beroepsuitoefening, het kernbestanddeel van de functie (functiezwaarte). Indicaties hiervoor worden (cf. “referentiesector”) ontleend aan de zorgsector. Daarbij moet bedacht worden dat het beloningsniveau van bepaalde functies binnen de zorgsector, naast een waardering voor de beroepsuitoefening, ook een waardering voor andere componenten kan omvatten (management, research of onderwijs) of bijvoorbeeld ook kan zijn beïnvloed door schaarste op de arbeidsmarkt. Per beroepsgroep moet worden nagegaan in welke mate hierdoor sprake is van verzwarende elementen in de functie, in hoeverre dit geldt voor alle leden van de beroepsgroep en of en in welke vorm hiervoor compensatie kan plaats vinden. De compensatie voor de ondernemerstaken komt aan de orde bij de behandeling van de factor kosten, tijd en volume.
- De normatieve werkweek is het aantal uren per week waarin het salaris wordt verdiend. Zowel in de zorgsector als in de marktsector vergt de functie-uitoefening op hoger niveau meer uren dan de vastgestelde werkweek en is het niet gebruikelijk deze meeruren volledig te compenseren. Naarmate het functieniveau hoger is, worden relatief meer uren boven de vastgestelde werkweek beschouwd als

¹ Toelichting op overhevelingstoelage: De premies AWBZ en AAW werden tot en met 1989 door de werkgever betaald, maar kwamen in 1990 ten laste van de werknemer. De premies werden in het totaal van de loonheffing op het salaris ingehouden. Om te vermijden dat men er in netto-inkomen op achteruit zou gaan werd dit bedrag aan de andere kant weer bij het salaris opgeteld; deze bijtelling heet overhevelingstoelage. Deze toeslag is uiteindelijk per 1 januari 2001 verdwenen, waarbij uitgangspunt was dat zich voor de gemiddelde modale werknemer netto geen inkomensverandering zou voordoen.

behorende bij de functie-uitoefening. Voor de HBO-functies betekent dit volgens het KPMG-advies een normatieve werkweek van 36 uur.

- Het ondernemerschap kent diverse aspecten (functie, tijd, risico's). De wijze van praktijkvoering mag geen verschil in kosten voor de samenleving betekenen (zie uitgangspunt 'referentiesector'). De ondernemerstaken, als element van de functie-inhoud, mogen daarom in principe geen invloed hebben op het beloningsniveau. De compensatie van de ondernemerstaken komt aan de orde bij de factor tijd (verhouding directe en indirecte uren, de factor volume (zij het niet in dezelfde mate voor alle beroepsgroepen) en de factor kosten.
- Het beloningsniveau van de verschillende beroepsgroepen behoort bij onderlinge vergelijking een evenwichtige verhouding te vertonen.

Op grond van de uitgangspunten en bovenstaand referentiemateriaal adviseert KPMG voor het primaire inkomensdeel van de verloskundigen uit te gaan van het maximum van schaal 55 van de FWG. N.B. In een nader advies op grond van informatie verstrekt door de KNOV heeft KPMG dit later bijgesteld naar schaal 60 (zie verderop).

Specifieke opmerkingen in de nota-2002 m.b.t. verloskundigen: Het genoemde KPMG rapport gaat voor het vaststellen van het norminkomen uit van HBO-functies. Functies die op hetzelfde niveau (55max) zijn ingeschaald zijn de functies fysiotherapeut, logopedist, en oefentherapeut. Een functiewaarderingsonderzoek door Deloitte en Touche (uitgevoerd in opdracht van de KNOV in 2000) resulteert in een beloningsniveau vergelijkbaar met FWG 3.0 schaal 60 CAO Ziekenhuizen (ijkfuncties betreffen arts-assistent, hoofd OK en psycholoog). De voor dit doel beschreven functie bevat echter ook elementen zoals ondernemen (praktijkvoering). Het aangegeven beloningsniveau dient op grond van de uitgangspunten dan ook voor deze componenten te worden gecorrigeerd.

Reactie zorgaanbieders en zorgverzekeraars:

De verzekeraars steunen de uitgangspunten van het rapport CTG-2002.

De zorgaanbieders plaatsen kanttekeningen bij de volgende punten:

- De bepaling normatieve werkweek;
- De gekozen referentiesector (gezondheidszorg);
- Het feit dat de praktijkvoering geen effect zou mogen hebben op de kosten in macro-economisch opzicht;
- Dat het beloningsniveau in principe gebaseerd zou moeten zijn op de zwaarte van de beroepsuitoefening (omdat een vrije beroeper veel meer dingen zelf moet uitzoeken in vergelijking tot een beroepsbeoefenaar in loondienstverband die voor dergelijke zaken ondersteuning krijgt);
- Dat het ondernemerschap niet wordt meegenomen in het inkomen.

Samenvatting Mercer-2008:

De functiewaarderingsmethode van Mercer kent vier hoofdfactoren (impact, communicatie, innovatie en kennis) en een aantal subfactoren. Door voor alle factoren een score te bepalen ontstaat een totaal score, die de functiezwaarte vormt. Daarmee wordt een link gemaakt naar de Mercer beloningsdatabase (met functiezwaarte en beloning van diverse functies) voor het bepalen van de hoogte van de honorering van de eerstelijns verloskundige. Mercer beschouwt de mediaanwaarde als marktconform, omdat dit de waarde is waarbij door 50% van de organisaties meer betaald wordt en door 50% minder betaald wordt.

In de hoofdwerkzaamheden wordt een onderscheid gemaakt naar cliëntgebonden taken, niet-clientgebonden taken (ondernemerschap, kwaliteit innovatie, belanghebbenden, werkgever/maatschap, administratie, facilitaire zaken, begeleiding studenten).

De functiebeschrijving is uitgewerkt door Mercer in samenwerking met vertegenwoordigers van de KNOV.

Opmerkingen en aandachtspunten:

- VWS heeft in verband met de macro-effecten het CTG-voorstel niet overgenomen.
- KPMG (adviseur van de NZa bij de besluitvorming in 2002 over de inkomensherijking) heeft bij brief van 11 november 2002 een nader advies voor de verloskundigen uitgebracht waarin ze de functie waarden op FWG 60 in plaats van FWG 55. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat in de brief van KPMG wordt aangegeven dat het gaat om een inschaling in schaal 60, waarbij de ondernemerstaken niet zijn meegewogen. In een brief van 7 januari 2003 verzoekt de KNOV op grond van het aanvullend advies over inschaling van KPMG om een hernieuwd standpunt van het CTG. Het CTG heeft echter geen formeel standpunt daarover ingenomen, vanwege het besluit van VWS het oorspronkelijke voorstel van CTG niet over te nemen.
- Referentiesector: het Mercer-rapport heeft generieke functiekenmerken gebruikt voor inschaling en daarbij niet beloningsgegevens voor de zorgsector als specifieke referentiesector, toegepast. De (zorgspecifieke) functie-kenmerken van de verloskundigen worden daarmee getoetst aan algemene (niet zorgspecifieke) functiekenmerken en de waardering die daarvoor in Nederland gehanteerd wordt. In dat laatste zit de zorg, als één van de sectoren van de Nederlandse samenleving, wel weer meegewogen. Deze benadering wijkt daarmee af van de benadering in de nota CTG-2002 waarin er voor gekozen is om de zorg als referentiesector te hanteren. Wat het effect is van dit verschil in benadering op de inschalingresultaten is niet aan te geven.
- Ondernemerstaken: in tegenstelling tot de uitgangspunten van CTG-2002 zijn de ondernemerstaken in het Mercer-onderzoek wel in de functiezwarte meegewogen. In de functiebeschrijving van de Eerstelijns Verloskundige 2008 zijn de ondernemerstaken meegenomen. Dit is noodzakelijk voor een juist en volledig functiebeeld. In het functiewaarderingstraject is gescoord op de hoofdfactoren Impact, Communicatie, Innovatie en Kennis. Ondernemersrisico is slechts een beperkt onderdeel (naast bijvoorbeeld autonomie en risicoselectie) van de hoofdfactor "Impact". Niet-clientgebonden ondernemerstaken zijn daarmee dus gescoord in het functiewaarderingstraject. Daarbij is niet bekend welke veronderstellingen zijn gehanteerd over het aandeel dat een gemiddelde verloskundige van deze taken op zich neemt.;
- Normpraktijk: De veronderstelling is dat in het Mercer rapport als uitgangspunt voor de bedrijfsvoering gehanteerd is dat elke verloskundige alle functie-elementen uitvoert. De niet cliëntgebonden activiteiten worden daarbij verondersteld gelijkelijk te zijn verdeeld over alle in die praktijk werkzame verloskundigen. Dit neemt niet weg dat binnen een verloskundigenpraktijk een hiervan afwijkende verdeling kan plaatsvinden; bijvoorbeeld om tegemoet te komen aan voorkeuren en talenten van verloskundigen onderling;
- ZN stelt een aantal kanttekeningen bij de functiebeschrijving die uitgangspunt is geweest voor de functiewaardering door Mercer (zie brief ZN d.d. 9/9/2008);
- In CTG-2002 zijn alle functies van de onderzochte beroepsbeoefenaren gewaardeerd in het maximum van de betreffende schaal. Dit sluit aan bij het uitgangspunt dat het norminkomen wordt vastgesteld op basis van een vakvolwassen beroepsbeoefenaar.

Inschaling verloskundigen:

Gezien de verschillen in uitgangspunten tussen de verschillende varianten in de inschaling c.q. het basisinkomen hieronder nog een keer een overzicht van de feiten die daarbij van belang zijn. Daarnaast heeft Conquaestor / Significant een aanvullende toets uitgevoerd op de gepresenteerde feiten bestaande uit een validatie van de door de KNOV aangereikte gegevens, navraag bij het FWG-bureau naar hetgeen bekend is over de inschaling van verloskundigen en een telefonische ronde langs ziekenhuizen om navraag te doen naar de inschaling van klinisch verloskundigen. Deze uitkomsten worden hieronder ook gepresenteerd:

- 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. Van 16 leden was de inschaling onbekend. Conquaestor / Significant heeft de opzet, uitvoering en respons van dit onderzoek onderzocht en geconcludeerd dat verwacht mag worden dat de uitkomst betrouwbaar is.
- 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;
- Uit een telefonische ronde van Conquaestor / Significant langs de ziekenhuizen blijkt dat in 20 algemene ziekenhuizen de klinisch verloskundigen zijn ingeschaald in FWG 60 en in 1 algemeen ziekenhuizen in FWG 55. Bij de academische ziekenhuizen blijken alle ziekenhuizen een inschaling van Fuwavaz schaal 10 toe te passen (de schaal die vergelijkbaar is met FWG 60). Eén uitzondering hierop blijkt betrekking te hebben op het hanteren van een aanloopschaal.

Hoewel de laatst genoemde onderzoeken beperkt van opzet zijn bevestigen deze de gegevens die de KNOV zowel in 2002 als in 2008 verzameld heeft. M.a.w. het merendeel van de klinische verloskundigen is ingeschaald in FWG 60. N.B. de ijkfunctie die het FWG-bureau hanteert kent een inschaling van FWG 55; de waardering die de individuele instellingen daaraan geven kan daar echter van afwijken. Uit de (gecombineerde) resultaten blijkt dat klinisch verloskundigen op grote schaal in FWG 60 zijn ingeschaald.

6. Inconveniënten

CTG-2002:

Onder inconveniënten worden verstaan de onregelmatige dienst enerzijds en de bereikbaarheids-, aanwezigheids-, en consignatiedienst anderzijds. Bij bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten wordt onderscheid gemaakt naar diensturen en arbeidsuren tijdens de dienst.

In de notitie-2002 is name ingegaan op de prikkeluitwerking die uitgaat van een vergoeding voor inconveniënten middels afzonderlijk tarief versus middels opslag op het inkomen. Daarbij ook rekening houdend met verschil in situatie tussen diverse patiënten- / beroepsgroepen ("behandeling op medische gronden buiten de vastgestelde werktijden"). Aangezien er geen discussie over was dat voor verloskundigen de genoemde diensten inherent zijn aan het beroep en als opslag op het primair inkomen toegekend dienen te worden wordt in het onderstaande geen aandacht geschonken aan de discussie over deze uitgangspunten.

In de nota CTG-2002 wordt voor de verloskundigen een opslag voor inconveniënten van 20% genoemd. Dit percentage is echter alleen opgenomen om een inschatting te kunnen maken van de macro-effecten. In de nota wordt gemeld dat de verdere uitwerking later wordt opgepakt.

Mercer-onderzoek:

- Hanteert dezelfde uitgangspunten als CTG-2002;
- Hanteert een inconveniëntentoeslag van 20%

Opmerkingen en aandachtspunten

- Volgens het Mercer-onderzoek zou het CTG later hebben aangegeven dat voor verloskundigen een inconveniëntentoeslag van 20% over het jaarsalaris excl. vakantietoelage en 13e maand redelijk is. Zoals hierboven aangegeven is dit percentage alleen opgenomen voor de inschatting van de macro-effecten. In de nota CTG-2002 en de onderliggende stukken is verder geen onderbouwing van deze 20% opgenomen die alsnog getoetst zou kunnen worden.
- In de werkgroep is afgesproken dat Conquaestor / Significant een opzet zal maken om, uitgaande van de 24-uurs bereikbaarheid, te berekenen welke omvang de inconveniëntentoeslag zou moeten hebben. Indien zo'n berekening (op onderdelen) niet te maken zou zijn, dan zal Conquaestor / Significant nagaan of het mogelijk is om op die onderdelen een minimumomvang van de inconveniëntentoeslag te bepalen). Bij het vaststellen van deze notitie waren de resultaten daarvan nog niet bekend.

7. Aankledingsposten

In de CTG-nota 2002 is, op basis van onderzoek door KPMG, een onderscheid gemaakt tussen arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, fiscaliteit, pensioenvoorziening, ziektekosten, werkloosheidsverzekering en wachtgeldverzekering en “overige voorzieningen”.

a. Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

De gehanteerde uitgangspunten zijn:

- Uitgaan van een normatieve benadering, waarbij er naar wordt gestreefd een dekking te realiseren die zoveel mogelijk overeenkomt met hetgeen door de PGGM wordt gerealiseerd, rekeninghoudend met actuele ontwikkelingen in de markt;
- De regelingen van de PGGM worden zoveel mogelijk gevolgd.
- Het eerste jaar wordt 100% van het normatieve inkomen verzekerd; gedurende het tweede jaar wordt in beginsel 70% van het inkomen verzekerd; de volgende jaren wordt 70% van het normatieve inkomen verzekerd;
- De gehanteerde invaliditeits- en revalideringskansen zijn gebaseerd op gegevens van Movir (marktleider voor de arbeidsongeschiktheids-verzekeringen voor de medische beroepsbeoefenaren);
- Er is gekozen voor het criterium 'gangbare arbeid', daar dit een maatschappelijk aanvaard uitgangspunt is;
- Het eigenrisico is gesteld op zeven dagen;
- De premie wordt vooralsnog berekend over het normatieve salaris, inclusief de inconveniënten;
- De verdeling van de premie over werkgever en werknemer vindt zoveel mogelijk plaats op basis van de in de gezondheidszorg gehanteerde verdeling.

b. Fiscaliteit

Met betrekking tot het effect van fiscaliteit (de voorgestelde bijdragen aan de beroepsbeoefenaren (“het werkgeversdeel”) wordt bruto uitbetaald) is KPMG van mening dat het effect van de fiscaliteit op de ontvangen premies in relatie tot de aftrekbaarheid van de betaalde premies voor de inkomensbelasting erin resulteren dat deze geldstromen tegen elkaar wegvallen en er dus geen netto-effect is voor de beroepsbeoefenaar. Een correctie van het werkgeversdeel naar een netto basis is derhalve niet aan de orde.

Samenhang met kostendeel

De hier voorgestelde premies hebben alleen betrekking op verzekering in geval van ziekte voor het normatieve inkomen. Voor het kostendeel is geen voorziening opgenomen. KPMG adviseert voor de doorlopende kosten tijdens ziekte een verzekeringsdeel op te nemen in het kostendeel.

c. Pensioenvoorziening

De gehanteerde uitgangspunten zijn:

- Voor de berekening van de pensioenpremies is gekozen voor een normatieve benadering, waarbij wordt onderzocht welke premie noodzakelijk is voor het realiseren van een pensioen van 70% van het salaris, indien de gehele opbouwperiode wordt gewerkt.
- N.B. Deze benadering leidt tot een principieel andere benadering van de pensioenpremie, dan wanneer een directe parallel wordt gelegd met de huidige pensioensituatie. Bedacht dient te worden

dat bij het PGGM sprake is van een kruissubsidiëring tussen de huidige premiebetalers, de premievrijen en de gepensioneerden. Een en ander wordt gerealiseerd door het hanteren van doorsneepremies.

- Bij een normatieve benadering is een dergelijke kruissubsidiëring niet mogelijk, omdat bij een dergelijke benadering de noodzakelijke premie op individueel niveau wordt berekend.
- De datum van de ingang van het pensioen is gesteld op 65 jaar. Daarnaast is een flex-regeling ingebouwd, zoals deze ook in de PGGM-regeling is opgenomen. Deze regeling voorziet in het opbouwen van een aanvullende pensioenvoorziening die ofwel kan worden aangewend voor een eerdere pensionering, ofwel voor een verhoging van het uiteindelijke pensioen.
- De opbouw van het pensioen gaat in op 25 jaar voor zowel de HBO-functies als voor de WO-functies. Dit leidt tot een opbouwperiode van respectievelijk 40 jaar bij een pensioen ingaande op 65-jarige leeftijd. Het voorgaande impliceert dat indien sprake is van 40 jaar werken een volledig pensioen is opgebouwd van 70% van het normatieve inkomen.
- De franchise is gesteld op het niveau van de CAO's in de zorgsector, zijnde € 12.025,- (f 26.500,-) niveau 2001.
- De premie wordt berekend over het normatieve salaris, exclusief de inconveniënten. Hierdoor wordt een dubbel telling voorkomen: de inconveniënten worden al via bijtelling in het primaire inkomensdeel herrekend naar een verrichtingentarif.
- De rekenrente is gesteld op 3%. Een structurele wijziging van de verhouding tussen de inflatie en de rentestand kan aanleiding zijn voor een herijking van de berekende premies.
- De leeftijdsverwachtingen zijn gebaseerd op de Sterftetafel GBM/GBV 1990-1995, rekeninghoudende met een leeftijdsterugstelling van drie jaar voor mannen en vrouwen.
- Op basis van deze uitgangspunten is de gemiddelde levensverwachting gesteld op 20 jaar, indien het pensioen ingaat op 65-jarige leeftijd.
- De kosten zijn gesteld op de som van 2% van de nettopremie en € 250,- per jaar.
- De kosten van de premievrijstelling zijn gesteld op 7% van de nettopremie.
- In de berekeningen is op basis van een voorlopige schatting rekening gehouden met de kans op vooroverlijden en de risicopremie voor het nabestaandenpensioen.

Verdeling 'werkgever-werknemer'

Voor het vaststellen van de werkgeversbijdrage in de aankleding is gekozen voor het zoveel mogelijk volgen van de CAO's in de zorg en de bijbehorende pensioenregelingen. Dit impliceert dat de premieverdeling van de PGGM-regeling op basis van de CAO's in de zorg de meest belangrijke toetssteen is. Indien van deze uitgangspunten wordt uitgegaan, bedraagt de werkgeversbijdrage voor de HBO-functies 45% (Kamer IV-beroepsgroepen), voor de WO-functies huisartsen, apothekers en tandartsen 35% (Kamer V-beroepsgroepen).

Verloskundigen kennen overigens de verplichting deel te nemen in het Stichting Pensioenfonds Verloskundigen. De opbouw in dit pensioenfonds betreft echter een beperkt basispensioen, in de veronderstelling dat aanvullend een pensioenvoorziening wordt opgebouwd (in de vorm van goodwill of voorzieningen in de maatschap of elders afgesloten aanvullende verzekeringen) Dit levert sterk individueel bepaalde pensioenlasten op. Voor de maatschappelijke vergelijkbaarheid is het daarom verstandig te refereren aan de uitgangspunten van het algemene pensioenfonds voor de zorgsector de PGGM en op grond daarvan een vergelijkbare pensioenpremie in het norminkomen mee te nemen.

d. Ziektekosten

In het rapport van oktober 2001 adviseerde KPMG ten aanzien van de aankledingspost ziektekosten om een vast bedrag te nemen en dezelfde systematiek te nemen als bij de BBRA wordt gehanteerd. Tevens was het KPMG-advies om uit te gaan van 3 personen per gezin, waarvan 1 kind voor de helft van de premie van een volwassene.

e. Werkloosheidsverzekering en wachtgeldverzekering

KPMG adviseert om geen post voor werkloosheids- en wachtgeldverzekering mee te nemen als aankledingspost in het normatieve inkomen. De WW is alleen voor werknemers, en derhalve niet van toepassing op de vrije beroepsbeoefenaren.

f. Overige voorzieningen

KPMG noemt een aantal regelingen die gerekend kunnen worden tot de overige voorzieningen. Het gaat onder meer om spaarregelingen, pc-privé, kinderopvang en fiscale faciliteiten. Ten aanzien van dat laatste punt merkt KPMG op dat voor vrije beroepsbeoefenaren eigenlijk alleen de zelfstandigenaftrek van structureel belang is. Het geheel van mogelijkheden betekent voor de vrije beroeper een aantal faciliteiten die gunstiger zijn dan het totaal van een aantal werknemersregelingen.

Reactie zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars ondersteunen de voorstellen van KPMG.

Door de zorgaanbieders zijn over de volgende onderwerpen opmerkingen gemaakt:

- Uitgangspunt 'gangbare arbeid' m.b.t. arbeidsongeschiktheid
- Het bezwaar maken tegen het rekening houden met de te realiseren korting bij het afsluiten van een verzekering voor arbeidsongeschiktheid;
- Er onvoldoende compensatie in zit voor het later starten met de pensioenopbouw;
- Problemen hebben met de verdeling van de premie tussen werkgever en werknemer.

Mercer-onderzoek

Het Mercer-onderzoek geeft aan dat de wet- en regelgeving voor wat betreft de aankledingscomponenten sinds 2002 ingrijpend is gewijzigd en dat de bedragen zijn aangepast aan de huidige situatie. Het Mercer-onderzoek geeft voor een groot deel dezelfde uitgangspunten als destijds in de CTG-2002 nota zijn gegeven. Eventuele afwijkingen daarvan worden hieronder weergegeven onder opmerkingen / aandachtspunten.

Opmerkingen en aandachtspunten:

In de uitgangspunten die in CTTG-2002 resp. Mercer-2008 zijn gehanteerd zijn de volgende verschillen te onderscheiden:

Pensioen:

- Moet uitgangspunt zijn dat de pensioenpremie berekend wordt over het normatieve salaris excl. inconveniënten (CTG-2002) of incl. inconveniënten (Mercer)? Het beroepsinkomen van verloskundigen bestaat uit het jaarsalaris, vakantiegeld en de vaste vergoeding voor avond- nacht- en weekenddiensten. De vaste inconveniëntentoeslag is een vast salarisbestanddeel. Dit betekent dat de

inconveniënten onderdeel uitmaken van de pensioengrondslag en dat dit doorwerkt in de hoogte van de pensioenpremie.

- Rekenrente 3% (CTG-2002) of 2,5% (Mercer)
- Leeftijdverwachtingen: andere tabel met resp. 1 jaar leeftijdsterugstelling (Mercer) versus 3 jaar leeftijdsterugstelling (CTG-2002). Onduidelijk is of dit tot wezenlijke verschillen leidt;
- Voorstel: Overweeg een algemeen, lange termijn bestendig uitgangspunt; bijvoorbeeld: hanteer bij de berekeningen de actuariële grondslagen en salariscomponenten zoals bij de PGGM toegepast.

Arbeidsongeschiktheid:

- Criterium “gangbare arbeid” (CTG-2002) versus “beroepsarbeidsongeschiktheid” (Mercer). Dit laatste sluit aan bij de huidige praktijk voor de door eerstelijns verloskundigen afgesloten AO-verzekeringen. Vraag is of uitgangspunt moet zijn dat een verloskundige verondersteld mag worden inzetbaar te zijn in algemene beroepen of dat vanwege het specialistische karakter alleen het beroep als verloskundige daarvoor in aanmerking komt;

Ziektekosten:

- Door Mercer geactualiseerd i.v.m. invoering Zvw.
Naar opgave van het KNOV zijn alle wijzigingen sinds 2002 (zowel qua kosten als qua rechten) in de berekening doorgevoerd.

Overige voorzieningen:

- Het Mercer-onderzoek neemt de stelpost uit CTG-2002 ongewijzigd over. De regelingen zijn afgelopen jaren drastisch gewijzigd, maar een post overige voorzieningen lijkt nog steeds aan de orde. Welk bedrag daarvoor in de huidige situatie passend zou zijn is niet verder onderzocht.

8. Vergelijking

In de onderstaande tabel B1.1 is een overzicht gegeven van de opbouw van het norminkomen voor eerstelijns verloskundigen vanuit 4 invalshoeken:

- Inkomenscomponent in huidige NZa-tarief (1/1/2008);
- Herijking CTG 2002 (FWG55);
- Herijking CTG 2002 met verwerking advies KPMG tot inschaling FWG60;
- Mercer 2008

Alle varianten zijn herrekend tot prijsniveau 2007 (basis 1 januari 2008)

Inkomenscomponent	Huidig NZa-tarief	CTG 2002	CTG 2002 Nader Advies	Mercer 2008
	A	B	C	D
Schaal	BBRA-8	55max	60max	65
% inconveniënten	8,32%	8,32%	8,32%	20%
Jaarsalaris incl. vakantietoeslag	35.771	44.854	51.141	54.500
Inconveniënten (Avond/Nacht/Weekend dienst)	2.976	3.732	4.255	9.316
Overhevelingstoeslag	4.617	0	0	0
Ziektekostenpremie	4.215	1.465	1.465	1.347
AOV premie	4.395	9.284	10.687	12.500
Pensioen	1.841	3.938	4.778	5.306
VUT	811	0	0	0
ADV	507	0	0	0
Overige voorzieningen	0	1.576	1.576	1.576
Totaal norminkomen	55.133	64.849	73.902	84.545
Aandeel aankledingsposten t.o.v. jaarsalaris + inconveniënten	30,4%	33,5%	33,4%	32,5%
Verschil als inconveniënten = 20%		5.239	5.973	0

Tabel B1.1: Norminkomen zoals in de verschillende bronnen vastgesteld

In de eerste kolom "Huidig NZA-tarief", is de onderbouwing voor het norminkomen 2007 weergegeven zoals door de NZA gehanteerd bij de tariefsberekening voor 2007. De meeste componenten in deze kolom zijn vastgesteld door indexatie van de waarde voor het voorgaande jaar. Daarbij zijn in de sociale regelgeving vervallen componenten als "Overhevelingstoeslag" gehandhaafd omwille van continuïteit van de grondslag voor het norminkomen. De kolom "CTG 2002" heeft betrekking op uitkomsten van een onderzoek naar norminkomens in de zorg, dat door KPMG in opdracht van het CTG in 2002 is uitgevoerd. De cijfers zijn voor de vergelijkbaarheid geïndiceerd naar het jaar 2007. In de kolom "CTG 2002 Nader Advies", is op basis van een nader advies van KPMG over de inschaling van verloskundigen in schaal FWG 60 in plaats van FWG 55, een doorrekening gemaakt voor de gevolgen daarvan op de kolom "CTG

2002". De laatste kolom heeft betrekking op een door Mercer in 2008 in opdracht van de KNOV uitgevoerd onderzoek naar de functiewaardering en inschaling van eerstelijns verloskundigen.

Toelichting:

- In kolom B en kolom C is gerekend met een inconveniëntentoeslag van 8,32%. In de oorspronkelijke CTG-2002 nota is steeds gerekend met 20%, maar aangezien dit een pro-forma berekening was is in deze tabel voor deze twee varianten steeds met het huidige percentage (8,32%) gerekend. In de onderste rij is voor deze twee varianten aangegeven wat het financiële verschil is als gerekend wordt met 20% inconveniënten in plaats van 8,32%. Zoals in par.6 is aangegeven vindt nog aanvullend onderzoek plaats naar de mogelijkheid om, uitgaande van de 24-uurs bereikbaarheid, de inconveniëntentoeslag te berekenen (of eventueel een minimumomvang daarvan). De uitkomsten van dit onderzoek zijn nog niet bekend.
- Overhevelingstoeslag: bij de berekening van het aandeel van de aankledingsposten in het jaarsalaris (incl. inconveniënten) in de op één na onderste rij is de overhevelingstoeslag die op historische gronden in het huidige tarief nog voorkomt buiten beschouwing gelaten.

Bijlage 2

Vergelijking Takenpakket eerstelijns verloskunde 2007 (C3-onderzoek in opdracht KNOV)

Om de onderzoeksresultaten van het onderzoek 'Praktijkkosten, opbrengsten en werkinzet' in een breder verband te kunnen interpreteren, is referentie naar eerder uitgevoerde onderzoeken relevant. Voor de in dit onderzoek beschouwde werkinzet is daarbij van belang het onderzoek: 'Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007', dat in opdracht van de KNOV is uitgevoerd door C3 adviseurs en managers. Dit onderzoek, hierna aangeduid met 'C3-onderzoek', heeft ten behoeve van de professionalisering en inrichting van verloskundigenpraktijken het takenpakket van de eerstelijns verloskundigen nader in beeld gebracht. Daarnaast heeft in het onderzoek een actualisering en completering plaatsgevonden van de gemiddelde tijdsbesteding van verloskundigen voor de verschillende in het takenpakket benoemde activiteiten. De inzichten in de tijdsbesteding zijn daarbij vertaald naar een voorstel voor een nieuwe norm voor de normpraktijk.

In deze bijlage wordt de onderzoeksopzet van het C3-onderzoek nader toegelicht en vervolgens worden de resultaten voor het tijdsbestedingsdeel van dat onderzoek vergeleken met de resultaten van het onderhavige onderzoek en een vergelijking van de verschillen gemaakt. Tot slot wordt nog een methodische vergelijking tussen beide onderzoeken gemaakt en wordt ingegaan op de daaraan te verbinden interpretatie.

Onderzoeksopzet C3-onderzoek

C3 heeft de volgende aanpak van het onderzoek gehanteerd:

- Vertrekpunt voor het takenpakket 2007 is het document 'Basistakenpakket 2003' en de 'Monitor Verloskundige Zorgverlening' van het Nivel uit 2004;
- Als kader is gehanteerd: het Beroepsprofiel van de verloskundige (KNOV, 2005), Landelijk opleidingsprofiel (SSOV, 2007) en de Visie op verloskundige zorg (KNOV, 2007);
- Aangevuld met de in gebruik zijnde richtlijnen van de beroepsgroep (niet zijnde in de ontwikkel- of implementatiefase);
- Aangevuld met de mening van een expertgroep van verloskundigen en hun achterban (het 'Raad & Daad team').
- Met het Raad & Daad team is een inventarisatie uitgevoerd van alle eerstelijns verloskundige activiteiten, waarbij een verdeling in hoofdtaken is aangebracht:
 1. Cliëntgebonden taken:
 - Algemene basistaken;
 - Aanvullende taken;
 - Bijzondere taken.
 2. Niet-cliëntgebonden taken (praktijkvoering)

C3 heeft ervoor gekozen om de tijdsbesteding voor cliëntgebonden administratie en afstemming/overleg mee te nemen in de categorie 'cliëntgebonden taken'. Alternatief zou zijn geweest om deze taken - gelijk als het Nivel-onderzoek - onder te brengen in de categorie 'niet-cliëntgebonden taken'.

- Er zijn zes themabijeenkomsten met verloskundigen in het land gehouden over de inhoud van het takenpakket en de visie op verloskunde.
- Indien er een grote spreiding in bestede tijd aanwezig was in de bovengenoemde bronnen, of indien er sprake was van een nieuw zorgonderdeel, zijn deze taken opgenomen in de uitgezette enquête. Een voorbeeld van een actualisering is de verlenging van het eerste telefonisch contact in verband met het bespreken van de mogelijkheid van prenatale screening (sinds 2006).
- De enquête is een extra bron, die betrekking heeft op 1/3 van de algemene basistaken en 1/3 van de taken voor de praktijkvoering, waarmee voor het tijdbestedingsonderzoek een robuuster beeld wordt verkregen. De enquête is uitgezet onder 300 verloskundigen, aselect getrokken uit de eerstelijns verloskundigen in het ledenbestand van de KNOV. 150 respondenten hebben de vragenlijst volledig ingevuld geretourneerd. De vragenlijst bestond uit gesloten vragen waarbij het antwoord in een interval (klasse) kon worden aangegeven. Voor cliëntgebonden taken werd de gemiddelde tijdsbesteding per cliënt gevraagd. Voor niet-cliantgebonden taken werd de inschatting van de gemiddeld per verloskundige te besteden tijd op jaarbasis gevraagd als ware deze werkzaam in een praktijk met 360 zorgeenheden,

Bij de vaststelling van de normpraktijk worden alleen de algemene basistaken als grondslag gehanteerd. In ons onderzoek 'Praktijkkosten, opbrengsten en werkinzet' is voor de verdeling van de werkinzet aangesloten op deze indeling van het C3-onderzoek.

De tijdsbesteding is vanuit drie invalshoeken beschouwd:

- *De huidige situatie anno 2007;*
- De gewenste situatie door de KNOV;
- De verwachting voor de toekomstige situatie.

Alleen de eerste invalshoek: 'huidige situatie 2007' is relevant voor de vergelijking met de in het onderzoek 'Praktijkkosten, opbrengsten en werkinzet' geïnventariseerde tijdsbesteding.

Vergelijking van de resultaten

In tabel.B2.1 is de uit het C3-onderzoek resulterende tijdsbesteding per zorggeval in de huidige (2007)-situatie weergegeven voor de basistaken. Uit het onderhavige onderzoek is een vergelijkbare grootte vast te stellen uit het gemiddeld aantal uren besteed per FTE aan deze basistaken. Uit tabel 5.1 is af te lezen dat gemiddeld 41,7 uur per week per FTE aan deze basistaken wordt besteed. Uitgaande van een productie van 107 zorgeenheden per FTE bij een inzet van 52,2 weken per jaar (rekening houdend met waarneming tijdens afwezigheid) is een vergelijkbare grootte af te leiden; de tijdsbesteding in minuten per zorgeenheid: 1.218 minuten.

	Tijd per zorggeval C3	Onderzoek ConQuaestor Significant
Prenatale zorg	380	
Natale zorg	390	
Postnatale zorg	285	
Totaal	1055	1218

Tabel B2.1: Gemiddelde tijdbesteding per zorggeval basistaken in minuten volgens C3-onderzoek huidige situatie

De gegevens in tabel B2.1 hebben alleen betrekking op basistaken. In ons onderzoek worden ook schattingen aangegeven voor de aanvullende en bijzondere taken, maar die zijn in het C3-onderzoek geïventariseerd per zorggeval waarin deze voorkomen en niet gemiddeld over alle zorggevallen vastgesteld. Uit ons onderzoek blijkt dat circa 11% van de tijd die besteed wordt aan basistaken hier bovenop wordt besteed aan aanvullende en bijzondere taken. De gemiddelde tijdbesteding per zorggeval in het C3-onderzoek zou met deze correctie 1.171 minuten per zorggeval bedragen.

De geschatte jaarlijkse tijdbesteding per verloskundige voor niet-cliëntgebonden taken in het C3-onderzoek bedroeg 511 uur per jaar voor een praktijk met 360 zorgeenheden. In tabel B2.2 wordt dit vergeleken met de uitkomsten van ons onderzoek. Hierbij moet worden opgemerkt dat de uitkomsten van ons onderzoek betrekking hebben op alle praktijken en daarmee een populatiegemiddelde weergeven en niet de situatie voor een referentiepraktijk met 360 zorgeenheden.

	Uren per jaar per FTE	Uren per jaar per verloskundige C3
Solopraktijk	461	-
Duopraktijk	554	-
Meerpersoonspraktijk	722	-
Alle praktijken	639	511

Tabel B2.2: Uren niet-cliëntgebonden activiteiten per FTE per jaar

In het C3-onderzoek wordt vervolgens een normatieve berekening gemaakt van de normpraktijk conform de NZA-systematiek. Uitgangspunt daarbij is een werkweek van 40 uur bij een vijfdaagse werkweek en 52,2 werkweken per jaar (in totaal 2088 uur). De beschikbare tijd (2.088 uur) is verminderd met de tijd voor niet-cliëntgebonden taken (2088-511=1577 uur) en deze is vervolgens gedeeld door de tijd voor de basistaken (17,6 uur = 1.055 minuten). Op die wijze wordt een normpraktijk van 90 zorggevallen per verloskundige vastgesteld die moet worden vergeleken met de in ons onderzoek vastgestelde gemiddelde productie van 107 zorgeenheden per FTE.

Dit verschil is aanzienlijk maar kent een aantal oorzaken:

- De norminzet van 40 uur per week die ten grondslag ligt aan de NZA-systematiek voor berekening van de normpraktijk, is veel lager dan de in ons onderzoek gemeten inzet van 58 uur;
- De per verloskundige (FTE) bestede tijd voor niet-cliëntgebonden activiteiten is lager dan gemeten in ons onderzoek: 511 ten opzichte van 639;
- De uren voor aanvullende en bijzondere taken worden niet in de berekening meegenomen.

De productiviteit in het onderzoek gemeten, is 107 zorgeenheden per FTE, terwijl in het C3-onderzoek een normpraktijk is vastgesteld van 90. In tabel B2.3 worden de verschillen uit beide onderzoeken vergeleken met het effect van dat verschil op de normpraktijk, als vergelijkbare grootte met het aantal zorgeenheden per FTE.

Grootte	C3 of rekennorm	ConQuaestor Significant	Effect op normpraktijk
Aantal uren per week	40	58	45%
Aandeel uren niet cliëntgebonden	24%	21%	4%
Effect aanvullende en bijzondere taken	1055	1171	-10%
Tijdsbesteding per zorggeval	1055	1218	-13%
Cumulatief effect op normpraktijk	90	107	19%

Tabel B2.3: Effecten verschillen onderzoeksresultaten op normpraktijk-productiviteit per FTE

Uit tabel B2.3 blijkt dat het grootste verschil wordt veroorzaakt door de feitelijke ureninzet per week, die hoger is dan de aan de berekening van de normpraktijk ten grondslag liggende uren. Ook de inzet van een kleiner aandeel niet-cliëntgebonden uren verhoogt de waarde voor de normpraktijk, daar staan als compenserende effecten de aanvullende en bijzondere taken en het verschil met de gemeten tijd per zorggeval tegenover. De vermenigvuldiging van de vier effecten leidt tot het ook gemeten verschil tussen 107 en 90 zorgeenheden.

Methodologie

Het onderzoek is zorgvuldig opgezet en uitgevoerd en helder gedocumenteerd. Daarnaast geeft het rapport een duidelijk en gestructureerd beeld van de taken voor eerstelijns verloskundigen en draagt daarbij ongetwijfeld bij aan de doelstellingen voor verdere professionalisering van de verloskundigenpraktijk. Daarnaast biedt het aanknopingspunten voor de discussie over toekomstige ontwikkelingen in het takenpakket van de eerstelijns verloskundige. Bij het tijdsbestedingonderzoek is een aantal methodologische kanttekeningen, die relevant zijn voor de interpretatie van de resultaten, te plaatsen. Deze kanttekeningen worden hierna toegelicht.

Meting niet-cliëntgebonden taken

Het onderzoek 'Praktijkkosten, opbrengsten en werkinzet' wordt verricht bij verloskundigenpraktijken. Het C3-onderzoek heeft plaatsgevonden onder verloskundigen. De tijdsbesteding van de taken praktijkvoering zijn bevraagd in uren per verloskundige per jaar. Van de verloskundigen is 84% werkzaam in een praktijk van drie of meer verloskundigen. Aan de verloskundigen zijn in de digitale enquête vragen gesteld over de situatie dat er sprake is van een verloskundigenpraktijk van gemiddeld 360 volledige zorgeenheden. Dit is voor het merendeel van de respondenten een herkenbare situatie van praktijkvoering. Hierbij is een methodologische kanttekening te plaatsen.

De meting betreft een schatting door verloskundigen voor een situatie die niet in alle gevallen hun eigen praktijk weerspiegelt en gaat daarbij uit van een evenredige verdeling van niet-cliëntgebonden taken tussen in de praktijk werkzame verloskundigen. Inschatting van een situatie die niet volledig de eigen praktijksituatie betreft kent een mindere mate van betrouwbaarheid dan een inschatting van de situatie die volledig overeenkomt met de eigen praktijk. Het aannemen van evenredige verdeling van niet-cliëntgebonden taken over de werkzame verloskundigen wijkt af van de feitelijke praktijkvoering.

Raming tijdsbesteding

Raming in intervallen

In de vragenlijst van het C3-onderzoek is de deelnemers gevraagd de gemiddelde tijdsbesteding aan te kruisen, waarbij de keuze werd geboden tussen een aantal, over het algemeen, equidistante tijdsintervallen. Doordat daarmee groepering van inschattingen in antwoordklassen optreedt en berekening van het populatiegemiddelde op basis van klassengemiddelden plaats heeft gevonden, bestaat het risico dat de resultaten vertekend worden door deze antwoordmethode. Bij de vooraf vastgestelde intervallen blijkt vanuit praktijkinzichten goed rekening te zijn gehouden met de voorkomende waarden. De verdelingen van de aantallen per antwoordklasse geven de indruk van monotone verdelingskarakteristieken. Het risico dat die vertekening door het gebruik van antwoordklassen daadwerkelijk is opgetreden is daarmee nihil. Het gebruik van antwoordklassen voor de tijdsbesteding heeft daarmee naar verwachting geen negatieve invloed gehad op de betrouwbaarheid van de resultaten.

Raming bottom-up benadering en raming gemiddelde per cliënt

In de vragenlijst is een schatting gevraagd van de gemiddelde tijdsbesteding per activiteit binnen de onderscheiden taken. Daarbij heeft geen toetsing plaatsgevonden naar de totale tijdsbesteding, mede door de aard van de vragenlijst. De respondenten hebben daarmee hun antwoord niet gespiegeld naar hun totale tijdsbesteding en getoetst op plausibiliteit, waar mogelijk een corrigerende werking op de nauwkeurigheden van de antwoorden vanuit zou zijn gegaan.

Omdat gevraagd wordt naar gemiddelden van tijdsbestedingen die per individuele cliënt een grote spreiding kunnen bezitten, is het extra lastig voor respondenten dit gemiddelde in te schatten. De gemiddelde bestede tijd voor een intake/eerste controle, varieert op grond van dit onderzoek tussen de 11 en 60 minuten, de onderliggende spreiding per cliënt kan nog veel groter zijn. Het inschatten van het gemiddelde over alle cliënten met een dergelijke spreiding is dan zeer lastig en leidt mogelijk tot onnauwkeurigheden.

Deze onderzoeksopzet kan onnauwkeurigheden bevorderen en leidt tot niet te voorspellen verschillen met ons onderzoek.

Selectie gemeten activiteiten

De wijze waarop vastgesteld of actualisering noodzakelijk is, is de uitkomst van een intern afwegingsproces, waaraan subjectieve inschattingen ten grondslag lagen. Het is niet duidelijk of voor andere activiteiten ook een actualisering van de tijdsbesteding relevant is. C3 is hierbij afgegaan op de aanwezige expertise van het Raad & Daad team. Uit de aanvullende metingen bleek meestal een hogere, maar soms ook een lagere tijdsbesteding dan in het Nivel-onderzoek is aangenomen. De effecten van selectie van de in het onderzoek te meten activiteiten op de totale tijdsbesteding zijn niet te voorspellen, maar verminderen de nauwkeurigheid van het onderzoek. Dit kan aanleiding geven tot verschillen met de integrale meting in ons onderzoek.

Representativiteit en statistische nauwkeurigheid

In het onderzoek is naar de mogelijk invalshoeken de representativiteit van de steekproef en de respons getoetst. De conclusie is dat de respons representatief is voor de eerstelijns verloskundigen in Nederland. De statistische onnauwkeurigheid van de resultaten wordt bepaald door de omvang van de steekproef (151 respondenten) en de standaard deviatie van de onderzochte grootheden (variërend per grootheid). Uit berekening van de statistische nauwkeurigheden op grond van de steekproefresultaten bleek dat de onnauwkeurigheden rond de 1% lagen. Vanuit statistische overwegingen is het onderzoek dus representatief en nauwkeurig. Die uitspraak over de nauwkeurigheid heeft geen betrekking op de genoemde effecten van de kantekeningen bij de methodologische opzet.

Algemene conclusies tijdsbestedingonderzoek ten behoeve van interpretatie

Het C3-onderzoek is te beschouwen als een representatief onderzoek met vanuit statistisch oogpunt beschouwd nauwkeurige resultaten. De methodologische kanttekeningen ten aanzien van de digitale enquête brengen effecten op de uitkomsten met zich mee, die vooraf niet in te schatten zijn.

Voor de niet-cliëntgebonden tijdsbesteding zou de vergelijkbaarheid met het onderzoek 'Praktijkkosten, opbrengsten en werkinzet' kunnen worden gemaakt door in dat onderzoek alleen de verloskundigenpraktijken met ongeveer 360 volledige zorgeenheden te beschouwen. In de steekproefpopulatie van 66 praktijken bevonden zich slechts drie praktijken met een omvang van tussen de 340 en 380 zorgeenheden, waardoor vanuit statistische overwegingen die vergelijking niet zinvol gemaakt kan worden. De verschillen in de uitkomsten voor de tijdsbesteding tussen beide onderzoeken moeten daarmee voor een deel worden toegeschreven aan de verschillen in onderzoeksopzet.