

BEHOEFTERAMING OBSTETRICI/GYNAECOLOGEN 1997-2010

**L.F.J. van der Velden
L. Hingstman
F. Coelingh Bennink
M. Ridder**

November 1997



drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

**NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2729700**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Velden, L.F.J. van der

Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010 / L.F.J. van der Velden,
L. Hingstman, F. Coelingh Bennink, M. Ridder
Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-353-5

Trefw.: arbeidsmarkt; obstetrici/gynaecologen; beroepskrachtenvoorziening; behoefte-
raming

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

VOORWOORD

In november 1992 verscheen het rapport 'Behoeftebepaling obstetrici/gynaecologen' als resultaat van een onderzoek door het NIVEL in samenwerking met de Commissie In- en Uitstroom van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Sindsdien is er een aantal belangrijke ontwikkelingen geweest dat van invloed kan zijn op de samenstelling en arbeidsinspanning van de beroepsgroep van obstetrici en gynaecologen. Dit was de reden om het NIVEL opnieuw een behoefteramingsonderzoek uit te laten voeren.

Daar de gegevens en uitkomsten van het onderzoek relevant zijn voor vele aspecten van de opleiding, organisatie en zorgverlening binnen het vakgebied obstetrie en gynaecologie, werd besloten een begeleidingscommissie aan te stellen met daarin de vertegenwoordiging van het bestuur en een aantal belangrijke commissies van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

De commissie bestond uit de volgende leden:

- Drs. F. Coelingh Bennink (Bestuur NVOG)
- Dr. D.J. Hemrika (Commissie Kwaliteit)
- Mw. Drs. C.M.H. Smeets (VAGO, tot en met december 1996)
- Drs. C. van Katwijk (VAGO, vanaf januari 1997)
- Mw. Drs. P.J. Roodenburg (BBC)
- Drs. S. Veersema (Commissie In- en Uitstroom)
- Prof.Dr. A.P.M. Heinz (Concilium, tot en met december 1996)

INHOUD

pag.

1.	INLEIDING	7
2.	GEGEVENSVERZAMELING EN METHODEN	9
2.1.	Bestaande gegevensbronnen	9
2.2.	Schriftelijke enquête	9
2.3.	Rol van de begeleidingscommissie	12
3.	TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN OBSTETRICI/GYNAECOLOGEN	13
3.1.	Vraag naar zorg verleend door obstetrici/gynaecologen	13
3.1.1.	Demografische ontwikkelingen	16
3.1.2.	Epidemiologische ontwikkelingen	18
3.1.3.	Sociaal-culturele ontwikkelingen	19
3.1.4.	Institutionele ontwikkelingen	20
3.1.5.	Technische ontwikkelingen	21
3.1.6.	Conclusie	22
3.2.	Verwerkingscapaciteit	22
3.2.1.	Omvang van de werkzaamheden	22
3.2.2.	Verhouding patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd	31
3.2.3.	Gemiddelde tijd van consulten/verrichtingen	32
3.3.	Geschatte behoefte aan obstetrici/gynaecologen	32
3.3.1.	Geschatte behoefte op korte termijn	32
3.3.2.	Geschatte behoefte op lange termijn	34
4.	HET AANTAL BESCHIKBARE OBSTETRICI/GYNAECOLOGEN	37
4.1.	Inleiding	37
4.2.	Het aantal werkzame obstetrici/gynaecologen	37
4.3.	De uitstroom	42
4.3.1.	Natuurlijk verloop	42
4.3.2.	Niet-natuurlijk verloop	42
4.4.	De instroom	43
4.4.1.	Assistenten in opleiding (AGIO's obstetrie/gynaecologie)	43
4.4.2.	De arbeidsreserve	49
4.4.3.	Uit het buitenland	49
4.4.4.	Conclusie	49
4.5.	Raming van het aantal beschikbare obstetrici/gynaecologen	50
5.	VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD	53
6.	SLOTBESCHOUWING	59
7.	SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN	63
	LITERATUUR EN BRONNEN	67
	LIJST VAN AFKORTINGEN	69
	BIJLAGEN	71

1 INLEIDING

In 1992 is een uitgebreide studie naar de toekomstige vraag- en aanbodontwikkeling binnen de gynaecologie afgerond. Op basis hiervan heeft de NVOG besloten om de opleidingscapaciteit voor gynaecologen uit te breiden (Hingstman e.a., 1992; Hingstman e.a., 1994). Sinds die tijd zijn er tal van ontwikkelingen geweest die het noodzakelijk maken de veronderstellingen die destijds ten grondslag hebben gelegen aan de capaciteitsramingen nader te bezien. Daarbij moet in de eerste plaats gewezen worden op de veranderingen in de demografische ramingen. De bevolking is in de afgelopen jaren wat minder snel gegroeid dan verwacht, onder andere als gevolg van een daling van het aantal geboorten. Tevens is er sprake geweest van een daling van het leeftijdsspecifieke vruchtbaarheidscijfer. Een ontwikkeling die de aandacht verdient is het toenemend aantal artsen dat in deeltijd gaat werken (Heiligers e.a., 1997). In de raming van 1992 is van de veronderstelling uitgegaan dat in het jaar 2000 circa 15% van alle gynaecologen minder dan 75% van een volledige werkweek werkt. Gezien het belang van deze factor is het noodzakelijk om te monitoren of deze veronderstelling is uitgekomen of dat het moet worden aangepast. Naast deeltijd speelt ook de arbeidstijd-normering een steeds grotere rol. In dit verband kan gewezen worden op het in werking treden van het Werktijdenbesluit voor Geneeskundigen en Verloskundigen (WBGV) in 1993. Daarmee wordt de arbeidstijd voor AGIO's beperkt tot 48 uur per week (Hingstman e.a., 1996). De verwachting lijkt gerechtvaardigd dat gynaecologen die momenteel in opleiding zijn in de toekomst geen lange werkweken ambiëren. Bovengenoemde ontwikkelingen waren voor de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) aanleiding om de behoefteramingsstudie uit 1992 te herhalen. De NVOG heeft het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) gevraagd deze behoefteramingsstudie uit te voeren.

De opzet van deze studie is in hoofdlijnen afgeleid uit andere behoefteramingsstudies van het NIVEL (Hingstman en Pool, 1992; Harmsen e.a., 1993; Hingstman e.a., 1994, Hingstman e.a., 1996; Velden van der e.a., 1997). Dit betekent dat allereerst gekeken wordt naar de huidige en de te verwachten vraag naar door obstetrici/gynaecologen verleende zorg (hoofdstuk 3). In dit hoofdstuk zullen verschillende factoren die deze vraag beïnvloeden, worden vertaald in het aantal obstetrici/gynaecologen dat benodigd is om aan die (verwachte) vraag te kunnen voldoen. Na de bepaling van de toekomstige vraag naar obstetrici/gynaecologen wordt vervolgens in hoofdstuk 4 aangegeven welke ontwikkelingen er verwacht kunnen worden met betrekking tot het aanbod van obstetrici/gynaecologen. Aan de hand hiervan wordt bepaald hoe het aanbod van obstetrici/gynaecologen zich qua aantal en samenstelling in de toekomst zal gaan ontwikkelen. In hoofdstuk 5 zal de toekomstige vraag naar obstetrici/gynaecologen worden geconfronteerd met het toekomstige aanbod van obstetrici/gynaecologen. Op basis hiervan worden een aantal scenario's opgesteld die aangeven hoeveel obstetrici/gynaecologen er tot een bepaald prognosejaar opgeleid moeten worden om vraag en aanbod in dat prognosejaar goed op elkaar te laten aansluiten. In het afsluitende hoofdstuk worden in een slotbeschouwing de belangrijkste conclusies samengevat. Alvorens met de uitwerking van vraag en aanbod te beginnen worden in hoofdstuk 2 de wijze van dataverzameling en gehanteerde methoden besproken.

Aangezien de inhoud van dit rapport gebaseerd is op de resultaten van een vragenlijst onder alle werkzame obstetrici/gynaecologen, kunnen alleen resultaten voor de *gehele* beroepsgroep worden gepresenteerd en is interpretatie voor individuele beroepsbeoefenaren niet mogelijk.

2 GEGEVENSVERZAMELING EN METHODEN

Voor de uitvoering van deze studie is gebruikgemaakt van verschillende gegevensbronnen. In de eerste plaats zijn, voorzover mogelijk, gegevens afgeleid van reeds bestaande informatiebronnen. Deze gegevens zijn gebruikt voor het inzichtelijk maken van de vraag naar obstetrisch/gynaecologische zorg (hoofdstuk 3), maar ook voor het in kaart brengen van het aanbod aan obstetrici/gynaecologen (hoofdstuk 4). In de tweede plaats is een schriftelijke enquête gehouden onder alle in Nederland werkzame obstetrici/gynaecologen en onder alle AGIO's gynaecologie. De gegevens uit deze enquête zijn vooral gebruikt voor het in kaart brengen van de verwerkingscapaciteit (hoofdstuk 3) en het aanbod (hoofdstuk 4). De twee genoemde gegevensverzamelingen zullen in het kort worden toegelicht.

2.1 Bestaande gegevensbronnen

Met betrekking tot het aanbod van obstetrici/gynaecologen is onder andere gebruikgemaakt van gegevens van de Commissie In- en Uitstroom van de NVOG.

Voor het in kaart brengen van de toekomstige vraag naar obstetrisch/gynaecologische zorg wordt eerst gekeken naar de huidige aantallen patiëntcontacten van obstetrici/gynaecologen, uitgesplitst naar type patiëntcontact en de leeftijdscategorie van de patiënten. Deze gegevens zijn deels verkregen uit de NIVEL/NVOG-enquête en deels uit het Landelijke Polikliniek Registratie Systeem (POLIS) en de Landelijke Medische Registratie (LMR) van SIG Zorginformatie.

Deze 'productie'-gegevens zijn vervolgens per type patiëntcontact omgerekend naar het totale tijdsbeslag dat gepaard gaat met deze patiëntcontacten. Daartoe is gebruikgemaakt van het gemiddelde aantal minuten per patiënt per type patiëntcontact, die in de NIVEL/NVOG-enquête zijn verzameld. Per type patiëntcontact is het totaal aantal contacten vermenigvuldigd met het gemiddelde tijdsbeslag. Aldus kan de totale huidige vraag (totale tijdsbeslag in minuten) naar obstetrisch/gynaecologische zorg per type patiëntcontact in beeld worden gebracht. Vervolgens zijn prognoses gemaakt omtrent de groei van het totaal aantal patiëntgebonden minuten (productie) op basis van bijvoorbeeld de bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdsopbouw. Daarbij is gebruikgemaakt van de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Een uitgebreidere beschrijving van de methode voor het berekenen van de toekomstige zorgvraag is te vinden in hoofdstuk 3.

2.2 Schriftelijke enquête

Om een compleet overzicht te krijgen omtrent het aanbod van obstetrici/gynaecologen is ervoor gekozen om alle werkzame obstetrici/gynaecologen in Nederland schriftelijk te enquêteren. In de vragenlijst is vooral aandacht besteed aan de huidige werkzaamheden. Daarnaast zijn een aantal vragen gesteld over toekomstwensen.

Naast gegevens over de werkzame obstetrici/gynaecologen is het voor het uitvoeren van een behoefteramingsstudie van groot belang om ook aanbodgegevens op te nemen over de obstetrici/gynaecologen die in opleiding zijn (AGIO's). Deze zijn immers

de obstetrici/gynaecologen van morgen. Derhalve is ook aan alle AGIO's gynaecologie een vragenlijst verstuurd, met een grotendeels vergelijkbare inhoud als voor de obstetrici/gynaecologen.

Respons

Begin 1997 zijn 613 vragenlijsten (met aanbevelingsbrief van de NVOG) verstuurd naar alle bij de NVOG bekende obstetrici/gynaecologen (zie tabel 2.1). Daarnaast zijn 206 vragenlijsten gestuurd naar alle AGIO's gynaecologie.

Zes weken na verzending bedroeg de totale respons ongeveer 50%. Daarop is iedereen die nog niet had gereageerd opnieuw benaderd met een vragenlijst. Via de verenigingsorganen zijn de leden ook nog twee keer opgeroepen om deel te nemen aan het onderzoek. De totale respons onder de in Nederland werkzame obstetrici/gynaecologen bedraagt uiteindelijk 73%. Van de AGIO's heeft 85% gerespondeerd.

Tabel 2.1: Overzicht van de responsgegevens

	Aange- schreven	Ingevuld retour	Respons- percentage
Obstetrici/gynaecologen			
Werkzaam in Nederland in een:			
- algemeen ziekenhuis zonder opleiding	316	229	72,5%
- algemeen ziekenhuis met een opleiding	169	131	77,5%
- academisch ziekenhuis	128	90	70,3%
Totaal werkzaam in Nederland	613	450	73,4%
AGIO's	206	174	84,5%

In tabel 2.2 is een overzicht gemaakt van de respons op ziekenhuisniveau. Daarbij is overigens uitgegaan van maatschappen of afdelingen: daar waar één maatschap in twee (niet-gefuseerde) ziekenhuizen werkt, zijn deze twee ziekenhuizen als één ziekenhuis aangemerkt.

Per werkveld is aangegeven hoeveel obstetrisch/gynaecologische praktijken zijn aangeschreven en van hoeveel daarvan een ingevulde afdelingsvragenlijst is ingestuurd. Van de algemene ziekenhuizen zonder opleiding, waarvan er in totaal 81 zijn in Nederland, heeft 84% de afdelingsvragen ingevuld. Van 26 van de 28 perifere opleidingsklinieken is een afdelingsvragenlijst retour gekomen. Bij de academische ziekenhuizen hebben alle acht klinieken afdelingsgegevens opgestuurd.

Tabel 2.2: Overzicht respons op ziekenhuisniveau (obstetrisch/gynaecologische praktijken)

	Aange- schreven	Afdelings- vragenlijst ingevuld retour	Respons- percentage
Obstetrisch/gynaecologische praktijken in een			
- algemeen ziekenhuis zonder opleiding	81	68	84,0%
- algemeen ziekenhuis met een opleiding	28	26	92,9%
- academisch ziekenhuis	8	8	100,0%
Totaal (obstetrisch/gynaecologische praktijken)	117	102	87,2%

Representativiteit

Een vergelijking van de geslachts- en leeftijdsverdeling van de werkzame respondenten met de totale populatie van werkzame obstetrici/gynaecologen (tabel 2.3) laat zien dat de respondenten een goede afspiegeling vormen van de populatie.

Tabel 2.3: Vergelijking responderende, werkzame obstetrici/gynaecologen en populatie van werkzame obstetrici/gynaecologen op geslacht en leeftijd

	Responderende werkzame gynaecologen/ obstetrici		Populatie van ¹ werkzame gynaecologen/ obstetrici	
	abs	%	abs	%
Geslacht				
Mannen	371	82,4	499	81,4
Vrouwen	79	17,6	114	18,6
Totaal	450	100,0	613	100,0
Leeftijd				
jonger dan 40 jaar	58	12,9	82	13,4
40-44 jaar	104	23,1	127	20,2
45-49 jaar	102	22,7	148	24,1
50-54 jaar	115	25,6	160	26,1
55-59 jaar	52	11,6	73	11,9
60 jaar en ouder	19	4,2	23	3,8
Totaal	450	100,0	613	100,0

¹ NVOG: Commissie In- en Uitstroom.

Ook voor wat betreft samenstelling naar werkveld is er slechts een gering verschil tussen de respondenten en de populatie (tabel 2.4).

Tabel 2.4: Vergelijking responderende, werkzame obstetrici/gynaecologen en populatie van werkzame obstetrici/gynaecologen op type werkring (individueel niveau)

	Responderende werkzame gynaecologen/ obstetrici		Populatie van ¹ werkzame gynaecologen/ obstetrici	
	abs	%	abs	%
Type werkring				
Algemene ziekenhuizen zonder opleiding	229	50,9	316	51,6
Algemene ziekenhuizen met een opleiding	131	29,1	169	27,6
Academische ziekenhuizen	90	20,0	128	20,9
Totaal	450	100,0	613	100,0

¹ NVOG: Commissie In- en Uitstroom.

Ook de responderende AGIO's lijken qua verdeling over de kenmerken geslacht, leeftijd en jaar afronden opleiding sterk op de totale populatie van AGIO's (tabel 2.5).

Tabel 2.5: Vergelijking responderende AGIO's en AGIO-populatie op geslacht, leeftijd en jaar afronden opleiding

	Responderende AGIO's		Populatie van ¹ AGIO's	
	abs	%	abs	%
Geslacht				
Mannen	63	36,8	74	35,9
Vrouwen	108	63,2	132	64,1
Totaal	171	100,0	206	100,0
Leeftijd				
25-30 jaar	12	7,0	14	6,9
30-35 jaar	109	63,7	128	62,7
35-40 jaar	50	29,2	52	25,5
40-45 jaar	-		10	4,9
Totaal	171	100,0	206	100,0
Jaar afronden opleiding				
1997	25	14,6	26	12,6
1998	28	16,4	35	17,0
1999	40	23,4	40	19,4
2000	22	12,9	35	17,0
2001	29	17,0	32	15,5
2002	22	12,9	31	15,0
2003 e.v.	5	2,9	7	3,4
Totaal	171	100,0	206	100,0

¹ NVOG: Commissie In- en Uitstroom.

Op basis van de bovenstaande non-responsanalyses en het feit dat het om een populatie-onderzoek gaat (iedereen is aangeschreven en 75% heeft gerespondeerd), kunnen de uitkomsten als representatief beschouwd worden.

2.3 Rol van de begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie heeft een belangrijke rol gespeeld bij de opzet van de vragenlijst en het formuleren van veronderstellingen over toekomstige ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de vraag naar en het aanbod van obstetrici/gynaecologen.

3 TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN OBSTETRICI/GYNAECOLOGEN

Ter bepaling van de toekomstige behoefte aan obstetrici/gynaecologen is een beproefd model gehanteerd waarvan de basis is afgeleid uit het Eindadvies van de Adviescommissie Behoeftebepaling Artsen (WVC, 1985). In dit basismodel worden de volgende componenten onderscheiden:

$$G_t = \frac{V_t}{C_t}$$

waarbij:

G_t = het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen op tijdstip t

V_t = de vraag naar zorg verleend door obstetrici/gynaecologen, op tijdstip t

C_t = de 'verwerkingscapaciteit' van een obstetricus/gynaecoloog op tijdstip t

De vraag naar zorg verleend door obstetrici/gynaecologen, kan worden uitgedrukt als het totale tijdsbeslag (in uren per jaar) dat patiënten aan zorgverlening door obstetrici/gynaecologen vragen. De 'verwerkingscapaciteit' van obstetrici/gynaecologen kan worden uitgedrukt als de totale tijd (wederom in uren per jaar) die een gemiddelde obstetricus/gynaecoloog voor patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten ter beschikking heeft. Beide componenten zullen in de volgende paragrafen nader worden uitgewerkt.

Dat bij de zorgvraag expliciet wordt vermeld dat het gaat om zorg verleend door obstetrici/gynaecologen, heeft te maken met het feit dat een deel van de obstetrische zorg verleend wordt door verloskundigen. Daarnaast wordt ook door huisartsen bijgedragen aan de begeleiding van bevallingen.

Verder wordt in eerste instantie uitgegaan van het idee dat de huidige vraag naar en het huidige aanbod van obstetrisch/gynaecologische zorg 'optimaal' op elkaar aansluiten. Het gaat daarbij om een 'optimale' aansluiting gegeven de beschikbare financiële middelen en de stand van zaken betreffende bijvoorbeeld de beschikbare medische kennis en vaardigheden van de diverse zorgverleners.

3.1 Vraag naar zorg verleend door obstetrici/gynaecologen

Op basis van dezelfde argumenten die in het Eindadvies van de ABA-commissie zijn genoemd (WVC, 1985), wordt in deze studie van het standpunt uitgegaan dat voor een schatting van de toekomstige behoefte aan obstetrici/gynaecologen vooral de feitelijke vraag, ofwel het feitelijk gebruik dat de bevolking van door obstetrici/gynaecologen verleende zorg maakt, van belang is. Bij de feitelijke vraag moeten zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden activiteiten betrokken worden. De patiëntgebonden activiteiten zullen in de subparagrafen 3.1.1 t/m 3.1.5 worden geoperationaliseerd. De niet-patiëntgebonden activiteiten worden geoperationaliseerd in paragraaf 3.2, waarin uitgebreid wordt ingegaan op de 'verwerkingscapaciteit' van een obstetricus/gynaecoloog.

Voor de operationalisatie van de patiëntgebonden activiteiten is gekozen voor het tijdsbeslag dat de directe en indirecte zorg voor patiënten inneemt. In de volgende paragrafen zal een aantal ontwikkelingen worden besproken die van invloed kunnen zijn op het toekomstig (patiëntgebonden) tijdsbeslag.

Hierbij worden de volgende ontwikkelingen onderscheiden:

- demografische ontwikkelingen;
- epidemiologische ontwikkelingen;
- sociaal-culturele ontwikkelingen;
- institutionele ontwikkelingen;
- technische ontwikkelingen.

Berekening huidige tijdsbeslag voor direct patiëntgebonden activiteiten

Voor het bepalen van het totale huidige tijdsbeslag aan direct patiëntgebonden activiteiten is onder andere gebruikgemaakt van gegevens van SIG Zorginformatie (voor wat betreft de leeftijdsverdelingen van de klinische en poliklinische patiënten van obstetrici/gynaecologen) en gegevens uit de NIVEL/NVOG-enquête onder alle werkzame obstetrici/gynaecologen (voor wat betreft het totale aantal contacten met patiënten en de gemiddelde tijd per contact).

Er wordt de volgende indeling van typen patiëntcontacten (c.q. 'medische productie'-categorieën) aangehouden:

- eerste consulten;
- herhaalconsulten;
- poliklinische verrichtingen;
- opnamen;
- verpleegdagen;
- klinische verrichtingen;
- dagopnamen;
- bevallingen.

In de enquête is per 'afdeling' (=maatschap of vakgroep) onder andere gevraagd naar het aantal eerste consulten, het aantal opnamen, het gemiddelde aantal verpleegdagen, het aantal dagbehandelingen en het aantal partus onder specialistische verantwoordelijkheid in 1994, 1995 en 1996. Deze aantallen zijn per type werkveld en naar omvang van het aantal werkzame gynaecologen gemiddeld. Vervolgens zijn deze gemiddelden gebruikt om ook voor de afdelingen waar geen productiegegevens van beschikbaar zijn de betreffende aantallen te schatten. Tenslotte zijn landelijke productiecijfers berekend door de aantallen per afdeling bij elkaar op te tellen.

Een eerste controle op de correctheid van de resulterende landelijke gegevens is uitgevoerd door een vergelijking te maken met gegevens uit het polikliniek informatiesysteem (POLIS), de landelijke medische registratie (LMR) en de landelijke verloskundige registratie (LVR) van SIG Zorginformatie uit 1990, 1993, 1994 en 1995. Daarnaast zijn controles uitgevoerd door een vergelijking met informatie uit de vragenlijsten, waaronder het totaal aantal gewerkte uren van de obstetrici/gynaecologen. Bijlage 1 bevat hiervan het verslag.

In bijlage 2 zijn voor deze typen patiëntcontacten over het jaar 1996 de absolute aantallen weergegeven, uitgesplitst naar leeftijdscategorie en naar type ziekenhuis (algemeen zonder opleiding, algemeen met een opleiding of academisch).

In tabel 3.1 zijn de 'productiecijfers' te zien zonder uitsplitsing naar leeftijdscategorie. Dit betreft deels gegevens afkomstig van de NIVEL/NVOG-enquête, waarbij per praktijk

is gevraagd naar deze cijfers. Voor een deel gaat het echter om gegevens die op basis van aannames zijn gebaseerd.

Tabel 3.1: Aantal patiëntcontacten van obstetrici/gynaecologen, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Eerste consulten ¹	324.215	175.328	57.729	557.272
Herhaalconsulten	1.005.067	543.517	178.960	1.727.534
Poliklinische verrichtingen	98.367	53.194	17.515	169.076
Opnamen ¹	143.779	73.307	24.113	241.199
Verpleegdagen ¹	714.582	385.595	115.260	1.215.437
Klinische verrichtingen	112.148	57.179	18.808	188.135
Verrichtingen in dagopname ¹	50.848	20.088	5.633	76.569
Partus (excl. keizersneden) ²	55.742	29.411	9.133	94.268

¹ Volledig gebaseerd op enquêtegegevens; ²: grotendeels gebaseerd op enquêtegegevens; de overige aantallen zijn gebaseerd op een combinatie van enquêtegegevens en aannames.

Om de productiecijfers om te zetten in het totale tijdsbeslag dient inzicht te worden verkregen in het gemiddelde tijdsbeslag per patiëntcontact. Hiertoe is, voor wat betreft de eerste en de herhaalconsulten, wederom gebruikgemaakt van gegevens uit de NIVEL/NVOG-enquête. Voor de opnamen en de verpleegdagen is gebruik gemaakt van gegevens uit de zogeheten ABA-notitie uit 1985. De schattingen van de gemiddelde tijdsbeslagen voor de verrichtingen en de partus zijn tot stand gekomen in overleg met de begeleidingscommissie.

Tabel 3.2: Tijdsbeslag in minuten per patiëntcontact van obstetrici/gynaecologen, naar werkveld, begin 1997

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Alle werkvelden
Eerste consulten ¹	15	15	25	16
Herhaalconsulten ¹	9	9	12	9
Poliklinische verrichtingen	18	18	18	18
Opnamen	20	20	30	21
Verpleegdagen	5	5	10	5
Klinische verrichtingen	60	70	90	66
Dagopnamen	60	70	90	65
Partus (excl. keizersnede)	160	160	160	160

¹ Gebaseerd op enquêtegegevens; de overige tijdsbestedingen zijn geschat in overleg met de begeleidingscommissie.

De in tabel 3.2 vermelde gemiddelde tijdsbeslagen kunnen vervolgens worden gecombineerd met de totale aantallen patiëntcontacten uit tabel 3.1. In tabel 3.3 staan de resultaten weergegeven.

Tabel 3.3: Totale tijdsbeslag in uren voor direct-patiëntgebonden activiteiten van obstetrici/gynaecologen, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Eerste consulten	81.054	43.832	24.054	148.940
Herhaalconsulten	142.384	80.622	36.687	259.693
Poliklinische verrichtingen	29.510	15.958	5.255	50.723
<i>Subtotaal aantal uur polikliniek</i>	<i>252.948</i>	<i>140.412</i>	<i>65.996</i>	<i>459.356</i>
Opnamen	47.926	24.436	12.057	84.419
Verpleegdagen	59.549	32.133	19.210	110.892
<i>Subtotaal aantal uur kliniek</i>	<i>107.475</i>	<i>56.569</i>	<i>31.267</i>	<i>195.311</i>
Klinische verrichtingen	112.148	66.709	28.212	207.079
Verrichtingen in dagopname	50.848	23.436	8.450	82.734
<i>Subtotaal aantal uur OK</i>	<i>162.996</i>	<i>90.145</i>	<i>36.662</i>	<i>289.803</i>
Partus (excl. keizersneden)	148.598	78.429	24.354	251.381
<i>Subtotaal aantal uur verloskamer</i>	<i>148.598</i>	<i>78.429</i>	<i>24.354</i>	<i>251.381</i>
Totaal aantal uur patiëntgebonden	672.017	365.555	158.277	1.195.585

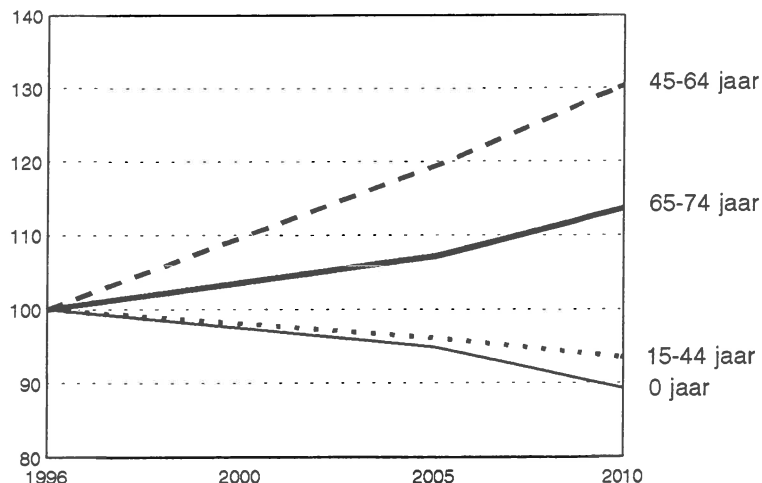
Het tijdsbeslag voor direct-patiëntgebonden activiteiten van door obstetrici/gynaecologen verleende zorg in 1996, bedraagt in totaal 1,2 miljoen uur. Daarvan is 38% besteed in de polikliniek, 16% in de kliniek, 24% in de OK en 21% in de verloskamer.

3.1.1 Demografische ontwikkelingen

Een belangrijke factor die van invloed is op het toekomstig tijdsbeslag van obstetrici/gynaecologen, is de ontwikkeling van de bevolkingsomvang en -samenstelling. Voor het berekenen van de invloed van deze demografische ontwikkelingen op de vraag naar obstetrisch/gynaecologische zorg, is gebruikgemaakt van de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 1997). Daarbij wordt onderscheid gemaakt in een lage-, midden- en hoge-variant voor de bevolkingsprognoses.

Op basis van de gegevens in bijlage 3 zijn in figuur 3.1 de groeicijfers voor een aantal relevante leeftijdscategorieën in beeld gebracht.

Figuur 3.1: Verloop van de groei van de vrouwelijke bevolking naar een aantal leeftijdscategorieën (CBS midden-variant) (1996 = 100)



Aangezien de vraag naar de door obstetrici/gynaecologen verleende zorg leeftijds-specifiek bepaald is, moet voor het bepalen van de invloed van de demografische ontwikkelingen rekening worden gehouden met de veranderingen in de leeftijdsopbouw.

Daartoe is in de eerste plaats gebruikgemaakt van het aantal patiëntcontacten naar de leeftijd van patiënten zoals opgenomen in bijlage 2. Vermenigvuldigd met de gemiddelde duur van deze contacten kunnen de tijdsbestedingen per leeftijdscategorie worden berekend (bijlage 4). Vervolgens zijn op basis van CBS-prognoses de groeipercen-tages doorgerekend aan de hand van de leeftijdsverdeling van de patiënten van obstetrici/gynaecologen in het prognosejaar. Een belangrijke veronderstelling is dat de produktiefactor per indicator naar leeftijdscategorie in de periode 1996-2010 gelijk blijft. Voor de zeven onderscheiden leeftijdsgroepen is aldus de verwachte produktiegroei tot 2010 berekend (bijlage 4). In tabel 3.4 zijn de belangrijkste resultaten samengevat.

In principe geldt dat de tijd die in de verloskamers wordt besteed, afhankelijk is van het aantal nuljarigen. Dit geldt ook voor dat deel van de tijd die in de andere zorglokaties wordt besteed aan verloskunde. Daarom is voor zowel de polikliniek, de kliniek als de OK een schatting gemaakt van de tijd die besteed is aan verloskunde. Voor de polikliniek is daarbij uitgegaan van het idee dat voor elke partus één eerste consult wordt besteed en 6 herhaalconsulten. Op die manier is rekening gehouden met een relatief hoge herhaalfactor voor vrouwen die verloskundige zorg vragen. De tijd per eerste consult en per herhaalconsult is gelijk gesteld aan het algemeen gemiddelde per werkveld van de betreffende consulten. Ten aanzien van de poliklinische verrichtingen is uitgegaan van één echografie per zwangerschap, met per verrichting een tijdsbesteding van 15 minuten. Voor de kliniek is uitgegaan van het idee dat elke partus gepaard gaat met één opname en dat deze een zelfde gemiddelde aantal verpleegdagen per opname vertonen als het geval is voor alle opnamen tezamen. Het gaat dan om 5 verpleegdagen per partus. De tijd per opname en verpleegdag is wederom gelijk gesteld aan het algemeen gemiddelde per werkveld. Voor de OK is uitgegaan van één klinische verrichting per bevalling. Per sectio is een tijdsbesteding van 120 minuten gebruikt.

De tijd die met verloskundige zorg gepaard gaat, voor zowel de polikliniek als de kliniek, de OK en de verloskamers, is afgezet tegen het aantal nuljarigen, terwijl de rest van de tijd naar rato van de leeftijd van de vrouw is verdeeld.

Tabel 3.4: Verwachte groei van de vraag naar door obstetrici/gynaecologen verleende zorg tot 2010 ten opzichte van 1996 als gevolg van de bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdssamenstelling (in procenten)

Verwachte groei tot 2010 ten opzichte van 1996	
- Lage-variant	- 10,5%
- Midden-variant	- 3,4%
- Hoge-variant	4,2%

Op grond van bovengenoemde berekening kan worden geconcludeerd dat, op basis van bevolkingsgroei en veranderingen in de bevolkingssamenstelling (leeftijd), de vraag naar obstetrici/gynaecologen tot het jaar 2010 met -3,4% (midden-variant) zal afnemen ten opzichte van de huidige vraag. Als de lage-bevolkingsvariant wordt gehanteerd zal de zorgvraag met -10,5% afnemen en bij de hoge-variant zal de vraag met 4,2% stijgen.

3.1.2 Epidemiologische ontwikkelingen

In het rapport 'Aan de wieg van de toekomst' (Bonsel en Van der Maas, 1994) wordt geprobeerd epidemiologische gegevens aan te dragen om de vraag naar zorg in te schatten. Het gaat hierbij om de vakgebieden fertiliteit, obstetrie en gynaecologie. De recente rapportage van het NIDI (Nimwegen en Beets, 1997) geeft verder nog een schatting van een aantal kernegevens als bevolkingsaanwas en kinderloosheid-percentages.

De toegenomen leeftijd waarop een vrouw haar eerste kind probeert te krijgen c.q. krijgt, heeft invloed op zowel de kans op het spontaan ontstaan van de zwangerschap als op de kans op interventies in die zwangerschap. De gemiddelde leeftijd waarop de vrouw voor het eerst bevalt bedraagt momenteel 29 jaar. In 1970 bedroeg dit nog maar 24 jaar. Voor het jaar 2010 wordt een gemiddelde leeftijd van minimaal 30 jaar verwacht. De kans op een natuurlijke bevruchting daalt met het stijgen van de leeftijd. In de afgelopen decennia zijn de medische mogelijkheden om fertiliteitsproblemen te verhelpen aanzienlijk verbeterd (Bonsel en Van der Maas, 1994). Het betreft vormen van zogeheten geassisteerde voortplanting als ovulatie-inductie, intra-uteriene inseminaties, in vitro-fertilisatie en de daarvan afgeleide ICSI-methodiek. Deze technieken vinden veelal plaats in een poliklinische setting, maar vereisen wel continue dagelijkse monitoring. Dit heeft tot een aanmerkelijke taakverzwaring van de betrokken obstetrici/gynaecologen geleid. Gezien het door het NIDI verwachte percentage kinderloosheid van 25%, waarvan zonder twijfel een flink deel ongewenst, zal hier extra obstetrici/gynaecologische zorg nodig zijn. Bonsel en Van der Maas constateren overigens dat de toekomst van de fertiliteitszorg door minstens drie krachtige, ongelijksoortige determinanten wordt bepaald: voortplantingsgedrag, de beschikbaarheid van medische technieken en tegen-krachten van juridische, ethische en financiële oorsprong.

Is op 'oudere' leeftijd een zwangerschap gewenst of ontstaan, dan spelen de verbeterde mogelijkheden op het terrein van primaire preventie en vroegtijdige opsporing van aangeboren afwijkingen een rol. Preconceptionele voorlichting, genetic counseling en al of niet invasieve methodieken van antenale diagnostiek vragen tijd in voorlichting en uitvoering. Door de voortgang van de techniek (bijvoorbeeld echoscopie) kan de diag-

nostiek met meer precisie en relatief eenvoudig op grote schaal worden uitgevoerd. Wellicht dat in de toekomst gekozen wordt voor standaard echoscopisch onderzoek bij iedere zwangere rond de 18^e week van de zwangerschap. Enerzijds beïnvloedt dit de zorgvraag in opwaartse zin. Anderzijds zouden dan veel "ad hoc" echo's op deze wijze kunnen vervallen.

Recent is het zogeheten 'geavanceerde ultra-geluid onderzoek' als artikel 18-voorziening geïntroduceerd. Dit houdt in dat in een aantal aangewezen centra door daarin gespecialiseerde gynaecologen onderzoek kan worden verricht naar aangeboren afwijkingen. Het gaat hierbij om een geselecteerde groep zwangeren, die op basis van (familiale) anamnese een verhoogde kans hebben op echoscopisch te detecteren afwijkingen. De counseling, voorlichting, onderzoek en nazorg rond dit type onderzoek zijn relatief arbeidsintensief.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er, naast een daling van de vraag naar obstetrische zorg op basis van demografische ontwikkelingen in de zin van het aantal geboorten, wellicht een stijging komt van deze vraag door de stijging van de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen (wensen) te krijgen en de toegenomen medisch-technische mogelijkheden. Een kwantificering van deze stijging is op dit moment echter nog niet te maken.

Een beperkt deel (13%) van de gynaecologische zorg wordt geleverd aan vrouwen ouder dan 45 jaar. Dit deel van de bevolking zal tot 2010 met 24% toenemen. De aard van de zorg voor deze specifieke groep, met name de oncologie en de operatieve correcties van goedaardige afwijkingen als bloedingsproblemen, incontinentieklachten en/of verzakkingen, is relatief arbeidsintensief. De groei van de betreffende bevolkingsgroep en de door die groep te stellen eisen aan hun functioneren, zullen naar alle waarschijnlijkheid leiden tot een toename van de gynaecologische zorg in dit segment. In welke mate deze stijging uitgaat boven de toename in het aantal vrouwen in deze leeftijdsgroep, is niet goed te voorspellen.

Door het ontbreken van de benodigde gegevens is het dus niet goed mogelijk om de niet-demografisch bepaalde verschuivingen in het morbiditeitspatroon te vertalen in veranderingen in de werkbelasting van obstetrici/gynaecologen.

3.1.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen hebben een belangrijke invloed gehad en zullen in de toekomst opnieuw een belangrijke invloed hebben op de obstetrisch/gynaecologische zorg in Nederland. Allereerst kan gewezen worden op de veranderingen in de gezinsvorming. De opleidingsmogelijkheden alsmede de toenemende arbeidsparticipatie dragen ertoe bij dat vrouwen het krijgen van kinderen uitstellen. De verwachting is dat de kinderloosheid zal toenemen tot 25%. De veranderingen in de gezinsvorming vinden, zoals we eerder zagen, hun weerslag in de demografische en epidemiologische ontwikkelingen.

Een tweede ontwikkeling die ook genoemd moet worden is het toenemend aantal alloctonen. Ongeveer 10% van de inwoners in Nederland is van niet-Nederlandse afkomst. Tegelijkertijd was in 1993 15,5% van alle zwangere vrouwen van alloctone afkomst. Van de door de obstetrici geleide bevallingen was zelfs 16,4% van niet-Nederlandse afkomst (zie SIG, 1994). Gezien cultuur- en taalverschillen zullen de gynaecologen meer tijd nodig hebben om deze groep adequate hulp te bieden. Van de gynaecologen verwacht 44% dat deze ontwikkeling de werkdruk zal doen verhogen; daartegenover verwacht 55% geen verandering in deze ontwikkeling (zie bijlage 5).

In de derde plaats moet gewezen worden op de toenemende mondigheid van de patiënt. De gynaecoloog zal geconfronteerd worden met steeds meer vragen, zodat zij/hij steeds meer tijd moet besteden per patiënt. Ruim 82% van de gynaecologen geeft expliciet te kennen dat de toenemende mondigheid van de patiënt een aanmerkelijke toename in de werkbelasting zal inhouden.

In het rapport 'Aan de wieg van de toekomst' wordt ook gesteld dat patiënten steeds meer 'gezondheidszorg-consumenten' worden. In dit verband kan bijvoorbeeld gewezen worden op de toenemende vraag van patiënten naar een echoscopisch onderzoek. Daarnaast spelen toegenomen juridische stappen die consumenten ondernemen richting de zorgverlener. Een en ander zou weleens kunnen betekenen dat de zorg steeds vaker met aanvullende diagnostiek en interventies gepaard zal gaan.

Met betrekking tot de sociaal-culturele ontwikkelingen geldt dat deze waarschijnlijk vooral invloed hebben op de tijd die per patiënt besteed moet worden. De tijd per patiënt vormt echter een onderdeel van de verwerkingscapaciteit en zal in paragraaf 3.2 verder gekwantificeerd worden.

3.1.4 Institutionele ontwikkelingen

Het werk van de obstetricus/gynaecoloog wordt in hoge mate ook bepaald door institutionele ontwikkelingen. In dit verband kan gewezen worden op veranderingen in de positie van specialisten binnen het ziekenhuis. In het kader van de overheidsplannen lijkt het niet onmogelijk dat de obstetrici/gynaecologen op termijn in enige vorm van dienstverband werkzaam zullen zijn. De vraag is in hoeverre dit gevolgen zal hebben voor de tijd die obstetrici/gynaecologen besteden aan patiëntenzorg.

Uit gegevens van het CBS kan worden afgeleid dat het aandeel van de obstetricus/gynaecoloog in de begeleiding van het totaal aantal bevallingen per jaar in de periode 1987-1993 vrijwel gelijk is gebleven. Momenteel wordt onder leiding van de Ziekenfondsraad (ZFR) gewerkt aan een eindrapportage van de commissie Werk Overleg Verloskunde (WOV). Deze eindrapportage zal in de loop van 1998 verschijnen. In dit consensus-rapport, opgesteld door de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) zullen verschillende elementen worden opgenomen. Het gaat om:

- de verloskundige indicatielijst,
- aanbevelingen aangaande echoscopisch onderzoek en samenwerking,
- een voorstel voor een structuur voor 'perinatal audit' en
- adviezen betreffende kwaliteit van de zorg.

Of dit invloed zal hebben op de aard en de omvang van de verloskundige zorg per beroepsgroep is nu nog moeilijk in te schatten.

Er zijn aanwijzingen dat het aantal verwijzingen tijdens de bevalling is toegenomen. Om dit soort ontwikkelingen te reguleren, is het noodzakelijk om de verloskundige samenwerking tussen de drie betrokken beroepsgroepen (verloskundigen, huisartsen, obstetrici/gynaecologen) te versterken (Meijer e.a., 1996). De vraag is of in de komende jaren samenwerkingsverbanden in aantal zullen toenemen en functioneel zullen worden (De Veer e.a., 1996).

Een ontwikkeling die in de afgelopen jaren in gang is gezet, is de toename van het aantal poliklinische bevallingen (de zogeheten "verplaatste thuisbevallingen"). Onduidelijk is of deze trend zich in de komende jaren zal doorzetten. Aangezien de drempel

tot gynaecologische consultatie bij een poliklinische bevalling kleiner is, zou dit gevolgen kunnen hebben voor de werkbelasting van obstetrici/gynaecologen.

In het verloskundig deel van het vakgebied speelt dus expliciet de positie van de andere twee betrokken beroepsgroepen, met name de verloskundige en verloskundig actieve huisartsen, een rol. Substitutie van zorg, manpowerplanning, arbeidsdruk en -omstandigheden, motivatie en inzet van deze beroepsgroepen hebben een direct effect op de arbeidspositie van de obstetricus/gynaecoloog. Ook op deze terreinen is het moeilijk te overzien wat bonus-malus het gevolg voor de instroom aan obstetrici/gynaecologen moet zijn.

Met betrekking tot de institutionele ontwikkelingen kan ook gewezen worden op de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Door toepassing van deze Wet hebben artsen meer tijd per patiënt nodig. Daarmee zal volgens 71% van de obstetrici/gynaecologen de werkbelasting toenemen. Een andere ontwikkeling die genoemd kan worden is de toenemende werkbelasting als gevolg van budgetbeheersing. Van de obstetrici/gynaecologen verwacht 36% hierdoor een toename van de werklust. Toenemende managementparticipatie en meer aandacht voor kwaliteitsontwikkeling en controle worden door ongeveer 80% van de obstetrici/gynaecologen genoemd als zijnde factoren die de werkbelasting in de toekomst kunnen vergroten (zie bijlage 5). Hierbij zal zowel de tijd per patiënt als het aandeel van de niet-patiëntgebonden activiteiten worden beïnvloed. Net als bij de sociaal-culturele ontwikkelingen geldt dus dat de institutionele ontwikkelingen (deels) verdisconteerd kunnen worden in de verwerkingscapaciteit.

Het werktijdenbesluit voor arts-assistenten wordt in de beroepsgroep zeer strikt gevolgd. Op basis van de visitatie-gegevens van het Concilium van de NVOG mag er van worden uitgegaan dat de werkweek van de AGIO's obstetrie/gynaecologie op een maatschappelijk aanvaardbaar niveau is gekomen, dat wil zeggen op 48 uur per week. Dat een en ander consequenties zal hebben voor de werktijd van de (toekomstige) obstetrici/gynaecologen, lijkt zeer waarschijnlijk. Bij deze ontwikkeling gaat het in feite enkel en alleen maar om een factor die van invloed zal zijn op de verwerkingscapaciteit van de obstetrici/gynaecologen. Via de verwerkingscapaciteit zal het echter wel een rechtstreekse invloed hebben op het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen.

3.1.5 Technische ontwikkelingen

Op het terrein van de fertiliteitsbehandelingen hebben zich in een decennium enorme ontwikkelingen voorgedaan. Dit is ook de verwachting voor de komende jaren. Het rapport 'Aan de wieg van de toekomst' vermeldt onder andere de mogelijkheden van cryopreservatie van embryo's en endocriene conditionering van het endometrium (Bonsel en Van der Maas, 1994).

Op verloskundig gebied zal zowel de algemene introductie van de doppler-techniek in de echoscopie, als het streven naar de ontwikkeling van betrouwbare monitoring van de foetale conditie voor en tijdens de bevalling nader aandacht vereisen.

Multidisciplinaire behandeling van goed- en kwaadaardige gynaecologische afwijkingen en introductie van nieuwe technieken, zullen de vraag naar zorg in het gynaecologisch vakgebied beïnvloeden. Met name de zogeheten minimaal invasieve endoscopische technieken als laparoscopie en hysteroscopie geven de mogelijkheid behandelingen die nu grote ingrepen vereisen te vervangen door fysiek en psychisch minder ingrijpende behandelingen. Thermische en laserbehandelingen maken hiervan deel uit. Toepassing van dergelijke technieken zal in de toekomst waarschijnlijk op grote schaal gaan plaats-

vinden. De 'minimaal invasieve technieken' leiden overigens lang niet altijd tot een beperking van de tijdsinvestering door de obstetricus/gynaecoloog. Het is op dit moment nog niet duidelijk hoe een en ander gekwantificeerd moet worden.

3.1.6 Conclusie

De ontwikkeling van de bevolkingsomvang en leeftijdssamenstelling zal de vraag naar door obstetrici/gynaecologen verleende zorg mogelijk enigszins doen afnemen. Veranderingen in de vraag naar obstetrisch/gynaecologische zorg in verband met de invloed van sociaal-culturele en institutionele ontwikkelingen zal vooral verlopen via de tijd die per patiënt besteed moet worden en het aandeel niet-patiëntgebonden tijd (waarvan de kwantificering in paragraaf 3.2 plaats zal vinden). Technologische ontwikkelingen zullen vooral veranderingen veroorzaken doordat meer mogelijk is voor meer patiënten. De sociaal-culturele ontwikkelingen zullen er waarschijnlijk toe leiden dat er vanuit de bevolking eveneens meer vraag zal komen naar de zorg die mogelijk wordt gemaakt door deze technische ontwikkelingen. De institutionele ontwikkelingen, zoals budgetbeperkingen, zullen echter waarschijnlijk een dempend effect hebben op de stijging in de zorgvraag. Mede daardoor is op dit moment een kwantificering van de gezamenlijke invloed van deze ontwikkelingen op de zorgvraag niet mogelijk.

3.2 Verwerkingscapaciteit

De verwerkingscapaciteit wordt bepaald door de tijd die een obstetricus/gynaecoloog voor zijn werkzaamheden ter beschikking heeft en is afhankelijk van:

- de tijd die de obstetricus/gynaecoloog per jaar werkzaam is;
- de verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten;
- de gemiddelde tijd die een consult/behandeling per patiënt vraagt.

Er zijn verschillende redenen aan te geven waarom de verwerkingscapaciteit van obstetrici/gynaecologen de komende jaren zou kunnen dalen. In de eerste plaats is het voor de hand liggend dat net als in andere sectoren in onze maatschappij ook de obstetrici/gynaecologen, gezien de huidige werkbelasting, in toenemende mate de wens uitspreken tot arbeidstijdverkorting. Daarbij gaat het enerzijds om de tijd die een volletijds werkzame obstetricus/gynaecoloog werkt en anderzijds om een toename van het aantal obstetrici/gynaecologen dat in deeltijd werkt. In de tweede plaats zal, zeker gezien de toename van de vereiste kwaliteit van het medisch handelen, meer aandacht geschonken moeten worden aan deskundigheidsbevordering en onderlinge toetsing, waardoor minder tijd besteed kan worden aan directe patiëntenzorg. Daar komen nog een aantal andere institutionele en technische ontwikkelingen bij die eveneens zorgen voor een toenemend aandeel van de niet-patiëntgebonden activiteiten. Ten derde zal in het kader van de vereiste kwaliteit van het medisch handelen ook de tijd per patiënt per consult/behandeling kunnen toenemen. Deze tijd per patiënt zal tevens toenemen door de veranderende sociale en culturele samenstelling van de bevolking. De invloed van deze ontwikkelingen op de verwerkingscapaciteit zullen achtereenvolgens in een aantal paragrafen aan de orde worden gesteld.

3.2.1 Omvang van de werkzaamheden

Bij het in kaart brengen van de omvang van de werkzaamheden, wordt onderscheid gemaakt in het aantal dagdelen dat men werkzaam is, het aantal reguliere werkuren per week (dit zijn de werkuren exclusief avond-/nacht- en weekenddiensten) en de

werkzaamheden buiten de reguliere werkuren, ook wel de 'disutility' genoemd (dit betreft de avond-/nacht- en weekenddiensten).

Aantal dagdelen

Uit tabel 3.5 kan worden afgeleid dat 41% van alle obstetrici/gynaecologen minder dan 10 dagdelen per week werkzaam is. Circa 20% werkt minder dan 9 dagdelen. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de drie werkvelden. Zo blijkt dat 52% van obstetrici/gynaecologen in algemene ziekenhuizen zonder opleiding minder dan 10 dagdelen per week werkzaam is tegenover slechts 9% van degenen die werkzaam zijn in academische ziekenhuizen. Het gemiddeld aantal dagdelen per obstetricus/gynaecoloog bedraagt 9,2 per week. Hierbij scoren obstetrici/gynaecologen in de algemene ziekenhuizen wat lager (9,1) dan academisch werkzamen (9,7).

Tabel 3.5: Omvang van de werkzaamheden (in dagdelen) van de responderende obstetrici/gynaecologen, naar werkveld, begin 1997

Omvang werkzaamheden in dagdelen per week	Algemeen ziekenhuis zonder opl.		Algemeen ziekenhuis met opl.		Academisch ziekenhuis		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 5 dagdelen	2	0,9	1	0,8	2	2,2	5	1,1
5-6 dagdelen	11	4,8	5	3,8	1	1,1	17	3,8
7-8 dagdelen	44	19,2	20	15,3	4	4,4	68	15,1
9 dagdelen	62	27,1	30	22,9	1	1,1	93	20,7
10 dagdelen	110	48,0	75	57,3	82	91,1	267	59,3
Totaal	229	100,0	131	100,0	90	100,0	450	100,0
<i>Gemiddeld aantal dagdelen per week</i>	9,1		9,2		9,7		9,2	

Als een onderscheid wordt gemaakt naar mannen en vrouwen, dan blijken het met name de vrouwelijke obstetrici/gynaecologen te zijn die minder dan 10 dagdelen per week werkzaam zijn: 61% tegenover 36% van de mannen. Gemiddeld werken de vrouwelijke obstetrici/gynaecologen 8,3 dagdelen per week, terwijl de mannelijke obstetrici/gynaecologen gemiddeld 9,4 dagdelen per week werken.

Tabel 3.6: Omvang van de werkzaamheden (in dagdelen) van de responderende obstetrici/gynaecologen, uitgesplitst naar geslacht, begin 1997

Omvang werkzaamheden in dagdelen per week	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 5 dagdelen	2	0,5	3	3,8	5	1,1
5-6 dagdelen	3	0,8	14	17,7	17	3,8
7-8 dagdelen	47	12,7	21	26,6	68	15,1
9 dagdelen	83	22,4	10	12,7	93	20,7
10 dagdelen	236	63,6	31	39,2	267	59,3
Totaal	371	100,0	79	100,0	450	100,0
<i>Gemiddeld aantal dagdelen per week</i>	9,4		8,3		9,2	

Reguliere werkuren

Als wordt gekeken naar het aantal uren die obstetrici/gynaecologen (exclusief diensten) werkzaam zijn, dan blijkt men gemiddeld 51 uur per week te werken (tabel 3.7). Gerelateerd aan de omvang van de dagtaak, is sprake van een gemiddelde van 55,5 uur per week per 10 dagdelen.

Obstetrici/gynaecologen werkzaam in algemene ziekenhuizen zonder een opleiding blijken gemiddeld 50 uur per week te werken, tegenover 52 uur per week in de algemene ziekenhuizen met een opleiding en 53 uur in de academische ziekenhuizen. Het gemiddelde aantal uur per 10 dagdelen ligt voor de algemene ziekenhuizen op 56 uur per week en in de academische ziekenhuizen op 54 uur per week.

Tabel 3.7: Aantal reguliere werkuren per week (exclusief diensten) van de responderende obstetrici/gynaecologen, naar werkveld, begin 1997

Aantal reguliere werkuren per week (exclusief diensten)	Algemeen ziekenhuis zonder opl.		Algemeen ziekenhuis met opl.		Academisch ziekenhuis		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 32 uur	11	4,8	6	4,6	2	2,2	19	4,2
33-40 uur	21	9,2	12	9,2	7	7,8	40	8,9
41-48 uur	64	27,9	26	19,8	20	22,2	110	24,4
49-56 uur	78	34,1	42	32,1	31	34,4	151	33,6
> 56 uur	55	24,0	45	34,4	30	33,3	130	28,9
Totaal	229	100,0	131	100,0	90	100,0	450	100,0
<i>Gemiddeld aantal uren per week</i>	<i>50,3 uur</i>		<i>51,6 uur</i>		<i>52,7 uur</i>		<i>51,2 uur</i>	
<i>Gemiddeld aantal uren per 10 dagdelen</i>	<i>55,6 uur</i>		<i>56,2 uur</i>		<i>54,2 uur</i>		<i>55,5 uur</i>	

Binnen de algemene ziekenhuizen zonder opleiding is gekeken of de obstetrici/gynaecologen die vrijgevestigd zijn een ander beeld laten zien van het aantal werkuren en het aantal werkuren per 10 dagdelen dan de obstetrici/gynaecologen die in dienstverband werkzaam zijn. Voor wat betreft het gemiddeld aantal werkuren per week, zien we dat de vrijgevestigden 51 uur werken en degenen in dienstverband 46 uur. Ook in het aantal uren per 10 dagdelen hebben de vrijgevestigden een langere werkweek (56 uur) dan de dienstverbanders (50 uur).

Als er wat betreft het aantal reguliere werkuren onderscheid wordt gemaakt naar geslacht, dan blijkt dat bij de mannen 32% meer dan 56 uur per week werkt, terwijl dit bij 14% van de vrouwen het geval is (tabel 3.8). Gemiddeld werken de mannen 52 uur tegenover de vrouwen 45 uur. Voor wat betreft het gemiddeld aantal uren per 10 dagdelen zijn er geen verschillen tussen mannen en vrouwen: 55,5 uur (per 10 dagdelen) voor de mannen en 55,4 uur (per 10 dagdelen) voor de vrouwen.

Tabel 3.8: Aantal werkuren per week (exclusief diensten) van de responderende obstetrici/gynaecologen, naar geslacht, begin 1997

Aantal werkuren per week (exclusief diensten)	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 32 uur	8	2,2	11	13,9	19	4,2
33-40 uur	27	7,3	13	16,5	40	8,9
41-48 uur	88	23,7	22	27,8	110	24,4
49-56 uur	129	34,8	22	27,8	151	33,6
> 56 uur	119	32,1	11	13,9	130	28,9
Totaal	371	100,0	79	100,0	450	100,0
<i>Gemiddeld aantal uren per week</i>	<i>52,4 uur</i>		<i>45,4 uur</i>		<i>51,2 uur</i>	
<i>Gemiddeld aantal uren per 10 dagdelen</i>	<i>55,5 uur</i>		<i>55,4 uur</i>		<i>55,5 uur</i>	

Uit tabel 3.9 kan worden afgeleid dat obstetrici/gynaecologen gemiddeld 39,5 uur per week besteden aan patiëntgebonden activiteiten en 12 uur aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Er blijkt verder sprake te zijn van grote verschillen tussen de werkvelden. De obstetrici/gynaecologen in de algemene ziekenhuizen zonder opleiding besteden gemiddeld 42 uur per week aan patiëntgebonden activiteiten, tegenover 40 uur, respectievelijk 32 uur in de perifere opleidingsziekenhuizen en de academische ziekenhuizen. Met name het aantal uren poliklinische werkzaamheden is voor de obstetrici/gynaecologen in de academische ziekenhuizen lager dan voor de obstetrici/gynaecologen in de algemene ziekenhuizen, namelijk 12 uur per week tegenover 20, respectievelijk 19 uur voor de niet-opleidingsklinieken en de niet-universitaire opleidingsklinieken. Het totaal aantal uren per week dat besteed wordt aan niet-patiëntgebonden activiteiten is bij de academisch werkende obstetrici/gynaecologen met gemiddeld 21 uur beduidend hoger dan het aantal uren dat hieraan door de obstetrici/gynaecologen in algemene ziekenhuizen wordt besteed (8, respectievelijk 12 uur per week).

Tabel 3.9: Gemiddeld aantal werkuren per week (exclusief diensten) per activiteit van de responderende obstetrici/gynaecologen, naar werkveld, begin 1997

Activiteit	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Alle werkvelden
Patiëntgebonden activiteiten				
- poliklinische consulten/verrichtingen	19,9 uur	19,4 uur	11,7 uur	18,1 uur
- klinische consulten, opname, visite	4,3 uur	3,8 uur	5,2 uur	4,4 uur
- klinische verrichtingen (incl. dagbehandeling)	6,2 uur	6,9 uur	5,6 uur	6,3 uur
- verloskamer	6,2 uur	4,1 uur	3,1 uur	5,0 uur
- correspondentie, overleg, e.d.	5,6 uur	5,8 uur	6,3 uur	5,8 uur
<i>Subtotaal patiëntgebonden activiteiten</i>	<i>42,2 uur</i>	<i>39,9 uur</i>	<i>32,0 uur</i>	<i>39,5 uur</i>
Niet-patiëntgebonden activiteiten				
- onderwijs (geven en nemen)	1,1 uur	2,9 uur	4,3 uur	2,3 uur
- wetenschappelijk onderzoek	0,7 uur	2,4 uur	8,2 uur	2,7 uur
- financiële administratie	0,9 uur	0,9 uur	0,3 uur	0,8 uur
- management, literatuur, etc.	5,3 uur	5,3 uur	7,8 uur	5,8 uur
<i>Subtotaal niet-patiëntgebonden activiteiten</i>	<i>8,0 uur</i>	<i>11,6 uur</i>	<i>20,6 uur</i>	<i>11,6 uur</i>
Totaal aantal uren per week¹	50,2 uur	51,5 uur	52,6 uur	51,0 uur
<i>Aantal respondenten</i>	<i>213</i>	<i>124</i>	<i>84</i>	<i>421</i>

¹ N.B.: Van een aantal respondenten ontbreken gedetailleerde gegevens over de tijdsbesteding. Vandaar dat het totaal aantal uren in deze tabel enigszins afwijkt van hetgeen vermeld staat in tabel 3.8.

Avond-/nacht- en weekenddiensten

In tabel 3.10 blijkt dat alle obstetrici/gynaecologen in de niet-opleidingsklinieken avond-/nacht- of weekenddiensten draaien. Bijna de helft (47%) van hen doet daarbij dienst als voorwacht (zonder hulp van een artsassistent of verloskundige en zonder dat een andere obstetricus/gynaecoloog als eerste arts dienst heeft), terwijl bijna 43% de diensten altijd samen met een artsassistent of verloskundige draait (achterwacht). Ongeveer 8% heeft afwisselend beide type diensten.

In de academische ziekenhuizen is een groep van 15% van de obstetrici/gynaecologen vrijgesteld van diensten. Het grootste deel (65%) van de academisch werkzamen draait alleen diensten als achterwacht.

Omdat de avond/nacht- en weekenddiensten binnen de niet-opleidingsklinieken met relatief weinig mensen worden gedraaid (namelijk met 3,5 persoon), is het gemiddelde aantal avonden/nachten en weekenden dat men dienst heeft relatief hoog: men heeft gemiddeld 57 avonden/nachten en 14 weekenden dienst per jaar. In de perifere opleidingsklinieken worden de diensten met gemiddeld 5 obstetrici/gynaecologen gedeeld, waardoor men 44 avonden/nachten en 12 weekenden dienst moet doen. In de academische ziekenhuizen worden de diensten met gemiddeld ongeveer 8 personen verdeeld, waardoor men 22 avonden/nachten en 6 weekenden dienst moet doen.

Tabel 3.10: Type avond/nacht- en weekenddiensten van de responderende obstetrici/gynaecologen naar werkveld, begin 1997

Type diensten	Algemeen ziekenhuis zonder opl.		Algemeen ziekenhuis met opl.		Academisch ziekenhuis		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Geen diensten	-	-	5	4,2	13	14,8	18	4,4
Alleen voorwacht	96	46,8	6	5,0	1	1,1	103	24,9
Alleen achterwacht	88	42,9	86	71,7	57	64,8	231	55,9
Alleen bereikbaarheid	-	-	-	-	4	4,5	4	1,0
Combinatie voor/achter	17	8,3	10	8,3	2	2,3	29	7,0
Combinatie met bereikbaarheid	4	2,0	13	10,8	11	12,5	28	6,8
Totaal ¹	205	100,0	120	100,0	88	100,0	413	100,0
Gem. aantal <i>avonden</i> dienst per jaar	57,1	avond.	44,3	avond.	22,2	avond.	48,0	avond.
Gem. aantal <i>weekenden</i> dienst per jaar	13,7	week.	11,5	week.	5,9	week.	12,0	week.

¹ N.B.: Van een aantal respondenten ontbreken gedetailleerde gegevens over de diensten.

Als vervolgens wordt gekeken naar de werkbelasting die met de diensten gepaard gaat (zie tabel 3.11), dan blijkt dat men bij avond/nachtdiensten gemiddeld 3,4 uur aanwezig is en bij de weekenddiensten 12,7 uur.

Tabel 3.11: Werkbelasting per avond/nacht of per weekend in verband met dienst, voor de responderende obstetrici/gynaecologen met diensten, naar werkveld, begin 1997

	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Alle werkvelden
Avond/nachtdiensten				
Aantal telefonische consulten per dienst	4,0 keer	4,2 keer	3,6 keer	4,0 keer
Aantal uren aanwezig per dienst	3,4 uur	3,0 uur	3,8 uur	3,4 uur
Aantal uren reistijd per dienst	0,7 uur	0,7 uur	0,8 uur	0,7 uur
Dienst in meer dan één locatie	13%	15%	1%	11%
Weekenddiensten				
Aantal telefonische consulten per dienst	13,1 keer	12,9 keer	11,0 keer	12,7 keer
Aantal uren aanwezig per dienst	13,3 uur	10,8 uur	13,8 uur	12,7 uur
Aantal uren reistijd per dienst	1,8 uur	1,9 uur	2,1 uur	1,9 uur
Dienst in meer dan één locatie	13%	15%	1%	11%

Overige tijdsbestedingsaspecten

De obstetrici/gynaecologen besteden per jaar gemiddeld 10 dagen aan congresbezoek. Dit verschilt nauwelijks per werkveld. Als vervolgens wordt gevraagd naar de gewenste tijd voor congresbezoek, dan wordt een gemiddelde genoteerd van 11 dagen.

Als gekeken wordt naar het aantal vrije dagen (vakantiedagen + ATV), dan blijkt dat obstetrici/gynaecologen in academische ziekenhuizen over gemiddeld 36 vrije dagen beschikken, waarvan er 30 worden opgenomen. De obstetrici/gynaecologen in algemene ziekenhuizen hebben gemiddeld 31 vrije dagen tot hun beschikking, waarvan er

30 worden opgenomen. In alle werkvelden zou men graag 35 vrije dagen willen opnemen.

Overzicht totale tijdsbesteding

In tabel 3.12 wordt een overzicht gegeven van de huidige totale tijdsbesteding van obstetrici/gynaecologen. Deze tabel bevat gegevens over het gemiddelde aantal reguliere werkuren en de werkuren tijdens avond/nacht- en weekenddiensten. De werkuren tijdens de diensten worden daarbij nog onderscheiden naar de uren dat men aanwezig is in het ziekenhuis en de tijd dat men beschikbaar is.

Tabel 3.12: Totaal overzicht tijdsbesteding per week

	Algemeen ziekenhuis zonder opleiding	Algemeen ziekenhuis met opleiding	Academisch ziekenhuis	Alle werk- velden
Reguliere werktijd				
- Aantal uren per week	50.3 uur	51.6 uur	52.7 uur	51.2 uur
- Aantal uren per week per fte	55.6 uur	56.2 uur	54.2 uur	55.5 uur
Aanwezigheid tijdens diensten				
- Aantal uren per week	8.2 uur	5.6 uur	3.3 uur	6.5 uur
- Aantal uren per week per fte	9.1 uur	6.1 uur	3.4 uur	7.0 uur
Beschikbaarheid tijdens diensten				
- Aantal uren per week	29.3 uur	25.3 uur	12.1 uur	24.1 uur
- Aantal uren per week per fte	32.4 uur	27.6 uur	12.0 uur	26.1 uur
Totale werktijd, excl. beschikbaarheid				
- Aantal uren per week	58.5 uur	57.2 uur	56.0 uur	57.7 uur
- Aantal uren per week per fte	64.9 uur	62.3 uur	57.6 uur	62.5 uur
Totale werktijd, incl. beschikbaarheid				
- Aantal uren per week	87.9 uur	82.5 uur	67.8 uur	81.3 uur
- Aantal uren per week per fte	97.1 uur	89.9 uur	70.0 uur	88.7 uur

Uit deze tabel kan worden afgeleid dat de gemiddelde totale werktijd, inclusief diensten, gemiddeld 89 uur per week per fte bedraagt.

Wensen ten aanzien van werkuren

Voor wat betreft de huidige en gewenste omvang van het aantal werkuren per week (zie tabel 3.13) blijkt dat de obstetrici/gynaecologen vrij massaal kiezen voor (veel) kortere werkweken. Het huidige gemiddelde aantal werkuren per week is 51, terwijl dit bij volledige realisatie van de wensen nog maar 39 uur per week zou zijn. Dit verschil tussen de huidige en gewenste werktijd per week is voor alle werkvelden te zien.

Van degenen die korter willen werken, is overigens een-derde niet bereid om daarvoor inkomsten in te leveren.

Tabel 3.13: Omvang van de werktijd (in uren) en wens voor omvang van de werktijd van de responderende obstetrici/gynaecologen, naar werkveld

Omvang werkweek in uren	Algemeen ziekenhuis zonder opl.		Algemeen ziekenhuis met opl.		Academisch ziekenhuis		Alle werkvelden	
	huidig %	wens %	huidig %	wens %	huidig %	wens %	huidig %	wens %
< 32 uur	4,8	24,0	4,6	18,3	2,2	21,1	4,2	21,8
33-40 uur	9,2	52,4	9,2	60,3	7,8	45,6	8,9	53,3
41-48 uur	27,9	9,6	19,8	10,7	22,2	10,0	24,4	10,0
49-56 uur	34,1	13,1	32,1	7,6	34,4	20,0	33,6	12,9
> 56 uur	24,0	0,9	34,4	3,1	33,3	3,3	28,9	2,0
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Gem. aantal uren per week</i>	<i>50,3</i>	<i>38,4</i>	<i>51,6</i>	<i>39,3</i>	<i>52,7</i>	<i>41,0</i>	<i>51,2</i>	<i>39,2</i>
<i>Gem. aantal uren per 10 dagdelen</i>	<i>55,6</i>	<i>49,8</i>	<i>56,2</i>	<i>50,3</i>	<i>54,2</i>	<i>48,2</i>	<i>55,5</i>	<i>49,6</i>
Aantal respondenten	229	229	131	131	90	90	490	490

Voor de behoeftebepaling wordt niet gekeken naar het aantal werkuren als zodanig, maar wordt enerzijds gekeken naar het aantal uren per 10 dagdelen en anderzijds naar het aantal dagdelen.

Wensen ten aanzien van uren per 10 dagdelen

Momenteel wordt er gemiddeld 55,5 uur per 10 dagdelen gewerkt. Bij realisatie van de wens omtrent het totaal aantal uren per week, gecombineerd met de wens voor wat betreft het aantal dagdelen, zou er gemiddeld 50 uur per 10 dagdelen worden gewerkt. Hieraan is overigens te zien dat het verschil tussen het huidige en het gewenste aantal werkuren per week (51 versus 39 uur per week) voor een belangrijk samenhangt met de wens om minder dagdelen per week te gaan werken en minder met het gewenste aantal uur per dagdeel.

In de scenario's is in overleg met de begeleidingscommissie gewerkt met een drietal varianten voor wat betreft het aantal uren per 10 dagdelen dat naar verwachting in 2010 zal worden gerealiseerd (zie tabel 3.14). In de eerste plaats is uitgegaan van een werkweek van 53 uur per 10 dagdelen in elk van de drie werkvelden. Een tweede variant gaat uit van een daling naar 50 uur per 10 dagdelen. De derde variant gaat uit van een daling naar 48 uur per 10 dagdelen.

Tabel 3.14: Overzicht factor aantal werkuren per 10 dagdelen

	Algemene ziekenhuizen zonder opl.	Algemene ziekenhuizen met opl.	Academische ziekenhuizen	Alle werk- velden
Situatie in 1996:	55,6 uur per 10 dagdelen	56,2 uur per 10 dagdelen	54,2 uur per 10 dagdelen	55,5 uur per 10 dagdelen
Verwacht voor 2010:				
- variant a.	53 uur/10 dgd	53 uur/10 dgd	53 uur/10 dgd	53 uur/10 dgd
- variant b.	50 uur/10 dgd	50 uur/10 dgd	50 uur/10 dgd	50 uur/10 dgd
- variant c.	48 uur/10 dgd	48 uur/10 dgd	48 uur/10 dgd	48 uur/10 dgd
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen: ¹				
- variant a.	+ 4,9%	+ 6,0%	+ 2,3%	+ 4,7%
- variant b.	+ 11,2%	+ 12,4%	+ 8,4%	+ 11,0%
- variant c.	+ 15,8%	+ 17,1%	+ 12,9%	+ 15,6%

¹ Het groeipercentage is gelijk aan 100 maal de daling in aantal uur per 10 dagdelen, gedeeld door het nieuwe aantal uur per 10 dagdelen.

De daling in het aantal uur per 10 dagdelen leidt tot een daling in de verwerkingscapaciteit van de obstetrici/gynaecologen en dus tot een stijging van het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen om te kunnen voldoen aan de zorgvraag. De eerste prognosevariant leidt tot een groei van 4,7% in het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen in 2010 ten opzichte van 1996. De tweede variant leidt tot een benodigde groei van 11,0% en de derde variant leidt tot een groei van 15,6%.

Wensen ten aanzien van deeltijd

De gegevens in tabel 3.15 maken duidelijk dat de gewenste omvang van de dagtaak in alle werkvelden ongeveer 8 dagdelen per week bedraagt, tegenover een huidig gemiddelde van 9 dagdelen per week.

Tabel 3.15: Omvang van de dagtaak (in dagdelen) en wens voor omvang van de dagtaak van de responderende obstetrici/gynaecologen, naar werkveld

Omvang dagtaak in dagdelen	Algemeen ziekenhuis zonder opl.		Algemeen ziekenhuis met opl.		Academisch ziekenhuis		Alle werk- velden	
	huidig %	wens %	huidig %	wens %	huidig %	wens %	huidig %	wens %
< 5 dagdelen	0,9	0,4	0,8	0,8	2,2	1,1	1,1	0,7
5-6 dagdelen	4,8	17,5	3,8	12,2	1,1	2,2	3,8	12,9
7-8 dagdelen	19,2	68,6	15,3	72,5	4,4	61,1	15,1	68,2
9 dagdelen	27,1	7,9	22,9	7,6	1,1	2,2	20,7	6,7
10 dagdelen	48,0	5,7	57,3	6,9	91,1	33,3	59,3	11,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Gemiddeld aantal dagdelen per week</i>	<i>9,1</i>	<i>7,7</i>	<i>9,2</i>	<i>7,9</i>	<i>9,7</i>	<i>8,5</i>	<i>9,2</i>	<i>7,9</i>

In overleg met de begeleidingscommissie is besloten om niet uit te gaan van de door de respondenten uitgesproken wens voor wat betreft het aantal dagdelen per week. Honorering van deze wens zou namelijk, in combinatie met de verwachte teruggang in

aantal uren per 10 dagdelen, tot een onrealistische daling in het totaal aantal uren per week leiden. Voor de prognose is uitgegaan van een daling tot 8,5 dagdelen per week voor elk van de werkvelden.

Tabel 3.16: Overzicht factor aantal dagdelen per week

	Algemene ziekenhuizen zonder opl.	Algemene ziekenhuizen met opl.	Academische ziekenhuizen	Alle werkvelden
Situatie in 1996:	9,06 dagdelen per week	9,19 dagdelen per week	9,70 dagdelen per week	9,23 dagdelen per week
Verwacht voor 2010:	8,50 dagdelen per week	8,50 dagdelen per week	8,50 dagdelen per week	8,50 dagdelen per week
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen: ¹	+ 6,6%	+ 8,1%	+ 19,1%	+ 8,6%

¹ Het groeipercentage is gelijk aan 100 maal de daling in aantal dagdelen per week, gedeeld door het nieuwe aantal dagdelen per week.

De toename van het aantal deeltijders kan opgevangen worden door een toename van het aantal obstetrici/gynaecologen met 8,6% in 2010 ten opzichte van 1996.

3.2.2 Verhouding patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd

In paragraaf 3.2.1 is reeds ingegaan op de tijdsbesteding aan verschillende patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten (zie tabel 3.9). Er wordt verwacht dat het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten zal stijgen. Dit heeft onder andere te maken met een uitbreiding van de managementparticipatie in het kader van de opkomst van het 'geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf', waarin ziekenhuizen en specialisten nauwer moeten gaan samenwerken.

Voor de algemene ziekenhuizen wordt verwacht dat het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten zal stijgen van 15,9% naar 25% in 2010. Voor gynaecologen in de opleidingsziekenhuizen wordt een groei verwacht van 22,5% in 1996 tot eveneens 25% in 2010. Met betrekking tot de gynaecologen in de academische ziekenhuizen wordt een zeer kleine groei verondersteld van 39,2% nu tot 40% in 2010.

Tabel 3.17: Overzicht factor aandeel niet-patiëntgebonden tijd

	Algemene ziekenhuizen zonder opl.	Algemene ziekenhuizen met opl.	Academische ziekenhuizen	Alle werkvelden
Situatie in 1996:	15,9%	22,5%	39,2%	22,7%
Verwacht voor 2010:	25,0%	25,0%	40,0%	28,2%
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen: ¹	+ 11,4%	+ 3,1%	+ 1,1%	+ 7,1%

¹ Het groeipercentage is gelijk aan de stijging in het percentage niet-patiëntgebonden tijd, maal (1 plus de nieuwe proportie niet-patiëntgebonden tijd).

Gegeven de bovenstaande verwachtingen over de stijging in het aandeel niet-patiënt-gebonden tijd, zal er een toename nodig zal zijn van 7% meer obstetrici/gynaecologen in 2010 ten opzichte van 1996 om deze stijging op te vangen.

3.2.3 Gemiddelde tijd van consulten/verrichtingen

In tabel 3.18 is per werkveld aangegeven wat de *huidige* gemiddelde tijdsbesteding per patiëntcontact is en wat de *gewenste* tijdsbesteding per patiëntcontact is. Te zien is dat het gewenste aantal minuten per patiëntcontact steeds iets hoger ligt dan het huidige aantal minuten.

Tabel 3.18: Overzicht factor tijdsbesteding per patiëntcontact (in minuten per patiënt per type consult)

	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Alle werkvelden
Situatie in 1996:				
- Eerste consulten	15	15	25	16
- Herhaalconsulten	9	9	12	9
Verwacht voor 2010:				
- Eerste consulten	18	19	26	20
- Herhaalconsulten	10	11	14	11
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen:	+ 4,6%	+ 8,0%	+ 5,3%	+ 5,7%

In bijlage 8 wordt berekend wat voor invloed het doorvoeren van het gewenste tijdsbeslag heeft op het totaal aantal minuten dat obstetrici/gynaecologen aan zorg zouden moeten besteden. Voor de gewenste verandering in de tijdsbesteding per patiëntcontact blijkt een groei van 6% in het aantal obstetrici/gynaecologen nodig te zijn ten opzichte van 1996.

3.3 Geschatte behoefte aan obstetrici/gynaecologen

In de NIVEL/NVOG-enquête is onder andere gevraagd of er binnen de praktijk behoefte is aan extra formatieplaatsen voor obstetrici/gynaecologen. Daarmee kan inzicht worden verkregen in de behoefte op korte termijn (paragraaf 3.3.1). In de tweede plaats zal de behoefte aan obstetrici/gynaecologen worden geschat op basis van vraagontwikkelingen en veranderingen in de verwerkingscapaciteit. Dit kan worden beschouwd als een prognose voor de lange termijn (paragraaf 3.3.2). Dit is tevens de prognose op basis waarvan in hoofdstuk 5 de benodigde instroom in de opleiding wordt berekend.

3.3.1 Geschatte behoefte op korte termijn

Algemene ziekenhuizen

In Nederland zijn er 109 gynaecologische praktijken in algemene ziekenhuizen. Een groot deel (55 praktijken) geeft te kennen dat het noodzakelijk is om binnen de praktijk aantal fte uit te breiden.

Tabel 3.19: Aantal praktijken in algemene ziekenhuizen dat wel of geen uitbreiding wil van het aantal fte obstetrici/gynaecologen uitgesplitst naar praktijkgrootte¹

Praktijkgrootte	Noodzakelijke uitbreiding	Geen noodzakelijke uitbreiding
≤ 2 obstetrici/gynaecologen	6	1
3 obstetrici/gynaecologen	17	6
4 obstetrici/gynaecologen	17	19
5 obstetrici/gynaecologen	8	9
6 obstetrici/gynaecologen	3	8
≥ 7 obstetrici/gynaecologen	4	6
Totaal	55	39

¹ Van 15 ziekenhuizen ontbreken de gegevens.

Als vervolgens de praktijken er worden uitgelicht die het wenselijk achten het aantal fte obstetrici/gynaecologen uit te breiden, dan blijkt dat het merendeel (32) een uitbreiding wenst met 1 fte of meer.

Als de gewenste uitbreiding over de praktijken wordt gesommeerd, dan blijkt dat er totaal in Nederland (voor wat betreft de algemene ziekenhuizen) een uitbreiding met 53 fte obstetrici/gynaecologen gewenst wordt.

Tabel 3.20: Aantal praktijken dat uitbreiding noodzakelijk acht naar het aantal benodigde fte

Benodigd aantal fte	Aantal praktijken	
	abs	%
< 0.5 fte	10	18,1
0.5-1 fte	13	23,6
1 fte	21	38,2
> 1 fte	11	20,0
Totaal	55	100,0

Om inzicht te krijgen in hoeverre de praktijken ook daadwerkelijk stappen hebben ondernomen om de noodzakelijk gewenste uitbreiding te realiseren is in de NIVEL/-NVOG-vragenlijst gevraagd of er op 1 januari 1997 reeds vacatures zijn voor een eventuele uitbreiding en zo ja, voor hoeveel full-time equivalenten. Daarnaast is ook nog gevraagd of er per 1 januari 1997 vacatures waren voor vervanging (tabel 3.21).

Tabel 3.21: Vacatures voor vervanging en/of uitbreiding in algemene ziekenhuizen, per 1 januari 1997, uitgesplitst naar praktijkgrootte

Praktijkgrootte	Uitbreiding				Vervanging			
	Wel vacature	Geen vacature	Onbekend	Totaal	Wel vacature	Geen vacature	Onbekend	Totaal
≤ 2	1	4	6	11	1	4	6	11
3	4	17	8	29	2	19	8	29
4	4	25	1	30	2	26	2	30
5	3	9	2	14	0	12	2	14
6	2	6	2	10	1	7	2	10
≥ 7	3	12	-	15	6	9	-	15
Totaal aantal praktijken	17	73	19	109	12	77	20	109

Uit de tabel kan worden afgeleid dat in minimaal 17 van de 109 algemene ziekenhuizen er per 1 januari 1997 een vacature is voor uitbreiding en in 12 een vacature voor een vervanging. Deze aantallen zullen waarschijnlijk wat hoger zijn, aangezien door een deel van de ziekenhuizen (20) hierover geen informatie is verstrekt.

Van de 17 praktijken die aangeven dat er per 1 januari 1997 een vacature was voor een uitbreiding van de praktijk, zeggen er 10 dat men een uitbreidingsvacature heeft voor 1 fte of meer. De 12 praktijken met vervangingsvacatures hebben in 9 gevallen een vervangingsvacature van minimaal 1 fte. Als alle vacatures worden opgeteld, dan zijn er maximaal 13 fte aan uitbreidingsvacatures en 14 fte aan vervangingsvacatures.

Tabel 3.22: Aantal praktijken in algemene ziekenhuizen dat per 1 januari 1997 een uitbreidings- of vervangingsvacature heeft, uitgesplitst naar grootteklasse van het aantal vacatures

Omvang vacature in fte	Uitbreiding	Vervanging
< 0,5 fte	4	0
0,5-1 fte	3	3
1 fte	9	6
> 1 fte	1	3

Academische ziekenhuizen

Hoewel binnen de afzonderlijke academische ziekenhuizen de daar werkzame gynaecologen verdeeld zijn over een eventueel noodzakelijke uitbreiding, blijkt dat in 2 van de acht de meerderheid van de daar werkzame gynaecologen het aantal fte gynaecologen zou willen uitbreiden. In totaal zou het om 3 fte gaan.

Voor wat betreft het aantal vacatures blijkt dat er per 1 januari 1997 5 fte aan vacatures is voor vervanging en 4,6 fte voor uitbreiding.

3.3.2 Geschatte behoefte op lange termijn

In de paragrafen 3.1 en 3.2 is uitgebreid ingegaan op de invloed die bepaalde factoren kunnen hebben op de vraag naar obstetrici/gynaecologen. In tabel 3.23 is per factor nog eens aangegeven hoeveel procent meer obstetrici/gynaecologen nodig zijn om in 2010 de verwachte en/of gewenste ontwikkelingen op te kunnen vangen.

Tabel 3.23: Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen tot 2010 ten opzichte van 1996, per factor

	Benodigde percentage groei
Groei in verband met ontwikkelingen in de zorgvraag	
Demografische ontwikkelingen :	
- lage variant	-10,5%
- midden variant	-3,4%
- hoge variant	4,2%
Groei in verband met ontwikkelingen in de verwerkingscapaciteit	
Daling werkdagen tot:	
- 8,5 dagdelen per week	8,6%
Daling werkuren tot	
- 53 uur per fte	4,7%
- 50 uur per fte	11,0%
- 48 uur per fte	15,6%
Toename niet-patiëntgebonden activiteiten	7,1%
Toename tijdsbesteding per patiëntcontact	5,7%

In hoofdstuk 5 worden een aantal scenario's gepresenteerd waarin de verschillende factoren min of meer op basis van waarschijnlijkheid zijn samengevoegd. Op dat moment kunnen de percentages groei per scenario worden omgezet naar het absolute aantal obstetrici/gynaecologen dat voor zo'n scenario nodig is. Door vervolgens ook nog rekening te houden met het verwachte aanbod aan obstetrici/gynaecologen, kan per scenario gekeken worden wat de optimale instroom in de opleiding is.

4 HET AANTAL BESCHIKBARE OBSTETRICI/GYNAECOLOGEN

4.1 Inleiding

In dit deel van deze behoefteeraminingsstudie zal worden ingegaan op de vraag hoeveel obstetrici/gynaecologen in het jaar 2010 beschikbaar zullen zijn. Deze groep beschikbare obstetrici/gynaecologen is in de eerste plaats afkomstig uit de obstetrici/gynaecologen die begin 1997 werkzaam zijn als obstetricus/gynaecoloog. In de tweede plaats is de groep beschikbare obstetrici/gynaecologen afkomstig uit de groep obstetrici/gynaecologen die begin 1997 geen werk heeft, maar wel op zoek is naar werk als obstetricus/gynaecoloog (arbeidsreserve) en de groep AGIO's die op dit moment in opleiding is. Daarnaast moet ook nog rekening gehouden worden met obstetrici/gynaecologen die zich uit het buitenland in Nederland zullen vestigen.

Bovengenoemde groepen vormen tezamen de niet beïnvloedbare potentiële groep obstetrici/gynaecologen. Hiermee wordt bedoeld dat de omvang van deze groepen niet te beïnvloeden is door uitbreiding of inkrimping van de opleidingscapaciteit. Rekening houdend met de uitstroombfactoren natuurlijk verloop (pensioen, overlijden e.d.) en niet-natuurlijk verloop (verandering werkkring, naar buitenland) kan vervolgens het totaal aantal beschikbare artsen in een prognosejaar worden vastgesteld.

De omvang van de groep beschikbare obstetrici/gynaecologen is berekend op basis van gegevens van de Commissie In- en Uitstroom van de NVOG, de schriftelijke vragenlijst en opleidingsgegevens.

4.2 Het aantal werkzame obstetrici/gynaecologen

Begin 1997 zijn er, zoals kan worden vastgesteld op basis van de NVOG-administratie en op basis van de NIVEL/NVOG-enquête, 613 obstetrici/gynaecologen in Nederlandse ziekenhuizen werkzaam. Van deze obstetrici/gynaecologen is verreweg het grootste gedeelte (52%) werkzaam in algemene ziekenhuizen zonder een gynaecologische opleiding (tabel 4.1).

Het totaal aantal obstetrici/gynaecologen is in de afgelopen 10 jaar redelijk constant gebleven op rond de 600 personen. Het aandeel van de obstetrici/gynaecologen dat in academische ziekenhuizen werkte, is daarbij steeds ongeveer 22% gebleven. Het aandeel dat in de perifere opleidingsklinieken werkt, is daarentegen enigszins aan schommeling onderhevig geweest, met een aandeel van 17% in 1989 als laagste en een aandeel van 26% in 1997 als hoogste. Deze schommelingen zijn grotendeels het gevolg van veranderingen in de opleidingscapaciteit van AGIO's in de afgelopen jaren.

Tabel 4.1: Aantal werkzame obstetrici/gynaecologen (gehele populatie) per werkveld, per 1 januari

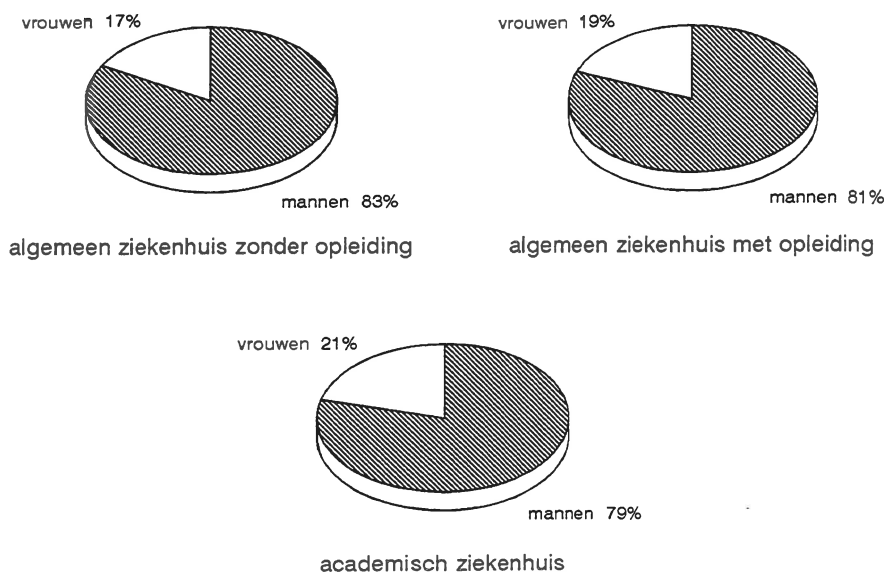
	1987	1989	1991	1993	1995	1997
Absolute aantallen						
Alg. ziekenhuis zonder opl.	333	361	363	332	334	316
Alg. ziekenhuis met opleiding	132	106	115	138	128	169
Academisch ziekenhuis	124	135	126	140	130	128
Totaal	590	602	604	610	592	613
Percentueel						
Alg. ziekenhuis zonder opl.	56%	60%	60%	54%	56%	52%
Alg. ziekenhuis met opleiding	22%	17%	19%	23%	22%	28%
Academisch ziekenhuis	21%	22%	21%	23%	22%	21%
Totaal		100%	100%	100%	100%	100%
100%						

Bron: 1. SRC.
2. Commissie In- en Uitstroom van de NVOG.

Geslacht

Momenteel is 19% van alle werkzame obstetrici/gynaecologen vrouw. Uit figuur 4.1 kan worden afgeleid dat er tussen de onderscheiden werkvelden nauwelijks verschillen zijn in het percentage vrouwelijke obstetrici/gynaecologen. Bij de academische ziekenhuizen is 21% van het aantal obstetrici/gynaecologen vrouw. Binnen de algemene ziekenhuizen met een opleiding ligt dit percentage op 19% en in de niet-opleidingklinieken is het 17%.

Figuur 4.1: Relatieve verdeling van het aantal werkzame obstetrici/gynaecologen (gehele populatie) naar geslacht en werkveld, begin 1997



Leeftijd

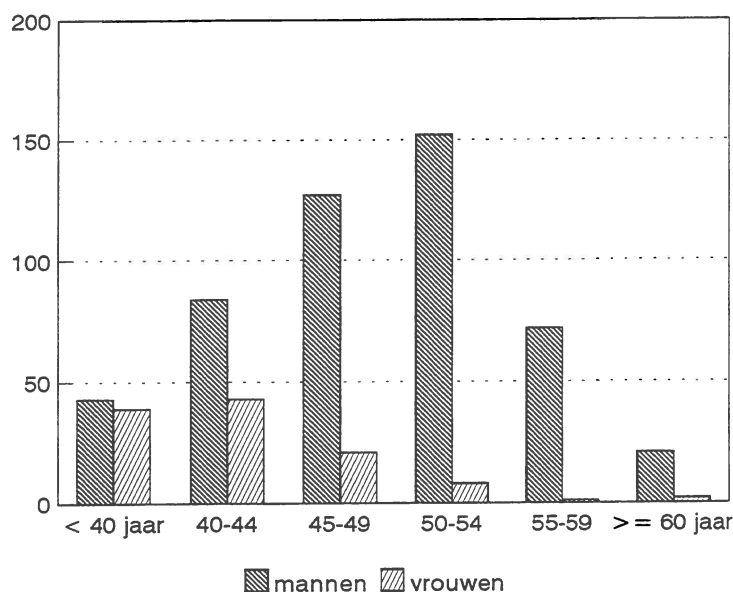
Uit de leeftijdsopbouw van de werkzame obstetrici/gynaecologen blijkt dat 34% jonger is dan 46 jaar (tabel 4.2). Dit is vergelijkbaar met de totale groep specialisten, waarvan 35% jonger is dan 46 jaar (Harmsen e.a., 1996).

Tabel 4.2: Aantal werkzame obstetrici/gynaecologen (gehele populatie) naar leeftijd en geslacht, begin 1997

Leeftijd	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
jonger dan 40 jaar	43	8,6	39	34,2	82	13,4
40-44 jaar	84	16,8	43	37,7	127	20,2
45-49 jaar	127	25,5	21	18,4	148	24,1
50-54 jaar	152	30,5	8	7,0	160	26,1
55-59 jaar	72	14,4	1	0,9	73	11,9
60 jaar en ouder	21	4,2	2	1,8	23	3,8
Totaal	499	100,0	114	100,0	613	100,0

Uit tabel 4.2 blijkt verder dat de groep werkzame vrouwelijke obstetrici/gynaecologen een veel jongere leeftijdsopbouw heeft als de mannelijke collega's. Voor de mannen geldt dat 25% jonger is dan 46 jaar, terwijl dit bij de vrouwen maar liefst 72% is.

Figuur 4.2: Leeftijdsopbouw van werkzame obstetrici/gynaecologen (gehele populatie) naar leeftijd en geslacht, begin 1997



Als de leeftijdsopbouw van de werkzame obstetrici/gynaecologen wordt onderscheiden naar werkveld, dan blijken er slechts geringe verschillen te bestaan.

Rechtspositie

Van de responderende werkzame obstetrici/gynaecologen in algemene ziekenhuizen zonder opleiding is 91% volledig vrijgevestigd, 6% heeft een dienstverband en 3% is vrijgevestigd in combinatie een dienstverband (tabel 4.3).

Tabel 4.3: Rechtspositie van responderende obstetrici/gynaecologen in algemene ziekenhuizen naar geslacht, begin 1997

	Algemeen ziekenhuis zonder opleiding					
	man		vrouw		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Vrijgevestigd	175	92,1	33	86,8	208	91,2
Dienstverband	5	2,6	1	2,6	6	2,6
Combinatie vrijgevestigd/dienstverband	10	5,3	4	10,5	14	6,1
Totaal	100	100,0	38	100,0	228	100,0

In de perifere opleidingsklinieken komt een dienstverband en een combinatie van vrije vestiging en een dienstverband vaker voor dan in de niet-opleidingsklinieken het geval is (tabel 4.4). Verder is er een verschil in rechtspositie tussen mannen en vrouwen: terwijl 76% van de mannelijke obstetrici/gynaecologen in de opleidingsklinieken volledig vrijgevestigd zijn, is dit maar bij 46% van de vrouwen het geval.

Tabel 4.4: Rechtspositie van responderende obstetrici/gynaecologen in algemene ziekenhuizen naar geslacht, begin 1997

	Algemeen ziekenhuis met opleiding					
	man		vrouw		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Vrijgevestigd	82	75,9	10	45,5	92	70,8
Dienstverband	10	9,3	5	22,7	15	11,5
Combinatie vrijgevestigd/dienstverband	16	14,8	7	31,8	23	17,7
Totaal	108	100,0	22	100,0	130	100,0

Van alle personen met een dienstverband, heeft 90% een vast dienstverband en 10% heeft een tijdelijk dienstverband. Degenen met een vast dienstverband hebben vrijwel allemaal een dienstverband voor (officieel) 38 of 40 uur. De gemiddelde omvang is 36 uur per week. De tijdelijke dienstverbanden lopen qua omvang uiteen van 10 tot 40 uur, met 26 uur per week als gemiddelde.

In de academische ziekenhuizen, waar iedereen een dienstverband heeft, heeft 95% van de obstetrici/gynaecologen een vast dienstverband en 5% een tijdelijk dienstverband. In de opleidingsziekenhuizen, waar 29% een dienstverband heeft, is 82% van de dienstbetrekkingen vast en 18% tijdelijk.

Aantal obstetrici/gynaecologen per ziekenhuis

Er zijn 109 praktijken in algemene ziekenhuizen waarvan 81 zonder opleiding en 28 met opleiding (tabel 4.5). In 39% van deze praktijken bedraagt het totaal aantal fte per praktijk minder dan 3.5 fte. Vooral de ziekenhuizen met opleiding worden gekenmerkt door relatief grote praktijken, in 18% is meer dan 7.5 fte werkzaam.

Tabel 4.5: Aantal obstetrisch/gynaecologische praktijken in algemene ziekenhuizen naar praktijkomvang in fte in 1997

Aantal fte obstetrici/gynaecologen per praktijk	Algemeen ziekenhuis zonder opleiding		Algemeen ziekenhuis met opleiding		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
	< 2.5 fte	12	14,8	-	-	12
2.5-3.5 fte	29	35,8	1	3,6	30	27,5
3.5-4.5 fte	23	28,4	5	17,9	28	25,7
4.5-5.5 fte	13	16,0	6	21,4	19	17,4
5.5-7.5 fte	2	2,5	11	39,3	13	11,9
> 7.5 fte	2	2,5	5	17,9	7	6,4
Totaal	81	100,0	28	100,0	109	100,0

Subspecialismen

In de enquête voor de behoefteeraming is de verdeling van de reguliere werktijd over algemene gynaecologie, verloskunde, oncologie, endocrinologie/fertiliteit en overige subspecialismen nagegaan. Het blijkt dat alle gynaecologen tezamen 40% van hun reguliere werktijd besteden aan algemene gynaecologie, waarbij de gynaecologen in de academische ziekenhuizen duidelijk wat minder tijd aan algemene gynaecologie besteden (29%) en degenen in de algemene ziekenhuizen iets meer dan gemiddeld (42%, respectievelijk 43%). De tijd besteed aan verloskunde is 31%, met slechts kleine verschillen tussen de werkvelden. Endocrinologie en fertiliteit eisen gemiddeld 17% van de reguliere werktijd van de gynaecologen. In de academische ziekenhuizen wordt hieraan iets meer tijd besteed (19%) dan in de algemene ziekenhuizen (16%). Aan oncologie wordt 9% van de werktijd besteed, met wederom in de academische ziekenhuizen een iets groter aandeel (13%) dan in de algemene ziekenhuizen het geval is (7%, respectievelijk 9%). De overige subspecialismen geven een vergelijkbaar beeld: hieraan wordt binnen de academische ziekenhuizen 8% van de tijd besteed, tegenover 2%, respectievelijk 3% in de algemene ziekenhuizen.

Tabel 4.6: Verdeling werktijd (exclusief diensten) over algemene gynaecologie en subspecialismen, naar werkveld in 1997

Subspecialisme	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Alle werkvelden
Algemene gynaecologie	42%	43%	27%	39%
Verloskunde	34%	28%	30%	31%
Endocrinologie/fertiliteit	16%	16%	17%	16%
Oncologie	7%	9%	18%	10%
Overige subspecialismen	2%	4%	8%	3%
Totaal	100%	100%	100%	100%

In het artikel 'Bevolkingsprognose en de behoefte aan gynaecologen' (Barentsen, 1990) is een overzicht gegeven van de verdeling van de totale werktijd (dus inclusief diensten) voor alle gynaecologen. Voor verloskunde wordt daar een aandeel van 42%

van de tijd gegeven, 7% voor infertiliteit en 50% voor gynaecologie. Het hogere aandeel voor verloskunde (42% in 1990 volgens Barentsen (1990) tegenover 31% in 1997 volgens tabel 4.6) lijkt grotendeels verklaarbaar door het feit dat het om de werktijd inclusief diensten gaat en een belangrijk deel van de werkzaamheden tijdens diensten bevallingen betreft. Het lagere aandeel van 7% voor infertiliteit in 1990 in vergelijking met de 17% voor endocrinologie/fertilititeit in 1997 volgens tabel 4.6, heeft deels weer te maken met het feit dat het in 1990 om de werktijd inclusief diensten gaat, maar tevens dat het bij de behoefteramingsstudie om een breder gebied gaat dan alleen infertiliteit. Vergelijking van de huidige verdeling van de tijd over de subspecialismen met de gegevens uit 1990 geeft daarom geen aanleiding om te veronderstellen dat er in de verhouding tussen de deelgebieden iets veranderd is.

4.3 De uitstroom

Er zijn een tweetal mogelijkheden waardoor uitstroom uit de op dit moment werkzame groep obstetrici/gynaecologen kan plaatsvinden:

1. Als gevolg van natuurlijk verloop, te weten pensionering, vervroegde uittreding, ziekte, arbeidsongeschiktheid of overlijden;
2. Als gevolg van niet natuurlijk verloop, bijvoorbeeld als gevolg van verandering van werkkring.

4.3.1 Natuurlijk verloop

Uitstroom als gevolg van natuurlijk verloop is vooral afhankelijk van de wensen omtrent de leeftijd waarop men met pensioen wil gaan en de huidige leeftijdsopbouw van de werkzame obstetrici/gynaecologen. Daarnaast moet rekening gehouden worden met een extra uitstroom in verband met arbeidsongeschiktheid of overlijden van één persoon per jaar. Wanneer verondersteld wordt dat uittreding daadwerkelijk plaatsvindt op de leeftijd waarop men dit wenst (wat gemiddeld met 62 jaar is), dan betekent dit dat van de huidige 613 werkzame obstetrici/gynaecologen er per 1 januari 2010 295 inmiddels uitgestroomd zullen zijn.

4.3.2 Niet-natuurlijk verloop

Naast natuurlijk verloop kan er ook sprake zijn van uitstroom als gevolg van niet-natuurlijk verloop. Dit betreft obstetrici/gynaecologen die besluiten in het buitenland aan het werk te gaan of werkzame obstetrici/gynaecologen die het beroep verlaten om in een ander beroep aan de slag te gaan. Over beide groepen zijn over de afgelopen 5 jaar gegevens beschikbaar. Per jaar verlaten ongeveer 2 obstetrici/gynaecologen de beroepsgroep om een ander beroep te gaan uitoefenen en vertrekken er 5 naar het buitenland. Tot 1 januari 2010 geeft dit een uitstroom van 91 personen.

Tabel 4.7: Uitstroom uit het werkzame bestand van obstetrici/gynaecologen (gehele populatie) als gevolg van natuurlijk verloop in de periode 1997-2010

	1997	2005	2010
Praktiserend per begin 1997	613	613	613
Af:			
- Natuurlijk verloop		134	295
- Niet-natuurlijk verloop		56	91
Overblijvend deel bestand 1997 bij 'pensioen met wensleeftijd'		423	227

Van de huidige 613 werkzame obstetrici/gynaecologen zullen er per 1 januari 2005 nog 423 werkzaam en per 1 januari 2010 zullen er nog 227 werkzaam zijn.

4.4 De instroom

4.4.1 Assistenten in opleiding (AGIO's obstetrie/gynaecologie)

Opleidingsplaatsen

In tabel 4.8 staan de aantallen opleidingsplaatsen obstetrie/gynaecologie voor de jaren 1987 tot en met 1996. Tot en met 1992 waren er jaarlijks gemiddeld 112 AGIO's in opleiding. Daarna is er een stijging gekomen tot 206 AGIO's per 1 januari 1997. Op grond van afspraken met de 8 opleidingsclusters obstetrie/gynaecologie, zal het aantal opleidingsplaatsen waarschijnlijk iets gaan dalen.

In tabel 4.8 is tevens weergegeven hoeveel nieuwe inschrijvingen voor obstetrie/gynaecologie door de Specialisten Registratie Commissie (SRC) zijn vermeld in hun jaarverslagen. Gemiddeld hebben zich jaarlijks 20 mensen laten inschrijven als obstetricus/gynaecoloog, waarvan gemiddeld 2 uit het buitenland afkomstig waren en derhalve 18 hun opleiding in Nederland hadden afgerond. Dit aantal van 18 personen die de opleiding obstetrie/gynaecologie per jaar afronden, zal in verband met de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen gaan stijgen tot 40 in 1999 en vervolgens, bij ongewijzigd beleid, gaan dalen tot 31 per jaar vanaf 2003.

Tabel 4.8: Aantal AGIO's en aantal nieuw ingeschreven obstetrici/gynaecologen per jaar

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Aantal AGIO's obstetrie/gynaecologie per 1-1 van het jaar	117	110	116	108	107	113	134	156	181	188	206
Aantal nieuw ingeschreven obstetrici/gynaecologen in de loop van het jaar	26	16	25	23	21	18	19	8	22	24	
wv. uit buitenland	-	-	4	3	1	2	2	1	2	3	

Bron: Aantal AGIO's: jaarverslagen SRC voor de periode 1987-1991; notitie 'bestand gynaecologen en assistenten per 1-1-1997, commissie in- en uitstroom NVOG voor de periode 1992-1996

Achtergrondkenmerken

Van de 206 AGIO's is 36% man en 64% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de AGIO's is 34 jaar, waarbij opvalt dat de mannelijke AGIO's gemiddeld bijna anderhalf jaar ouder zijn dan hun vrouwelijke collega's (tabel 4.9).

Tabel 4.9: Aantal AGIO's naar leeftijd en geslacht, begin 1997 (gehele populatie)

	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 30 jaar			4	3,0	4	1,9
30-34 jaar	31	41,9	76	57,6	107	51,3
35-39 jaar	34	45,9	45	34,1	79	38,3
40-44 jaar	9	12,2	5	3,8	14	6,8
Onbekend			2	1,5	2	1,0
Totaal	74	100,0	132	100,0	206	100,0
Gemiddelde leeftijd	(35,3 jaar)		(34,0 jaar)		(34,5 jaar)	

Uit tabel 4.10 kan worden afgeleid dat ruim de helft van de AGIO's de opleiding vóór het jaar 2000 zullen voltooien. Wanneer er vanuit gegaan wordt dat er geen uitval zal plaatsvinden, zullen 101 assistent-obstetrici/gynaecologen per 1 januari 2000 hun opleiding hebben voltooid, 105 zijn dan nog in opleiding.

Tabel 4.10: Jaar van afronden van de opleiding van de huidige groep AGIO's-gynaecologie, naar geslacht (gehele populatie)

	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
1997	9	12,2	17	12,9	26	12,6
1998	15	20,3	20	15,2	35	17,0
1999	11	14,9	29	22,0	40	19,4
2000	14	18,9	21	15,9	35	17,0
2001	9	12,2	24	18,2	33	16,0
2002	14	18,9	16	12,1	30	14,6
2003	2	2,7	4	3,0	6	2,9
2004	-	-	1	0,8	1	0,5
Totaal	74	100,0	132	100,0	206	100,0

Van de 171 responderende AGIO's is 57% werkzaam in een academisch ziekenhuis en 43% in een perifeer ziekenhuis (tabel 4.11). Daarbij moet aangetekend worden dat de AGIO's in principe tot één van de acht opleidingsclusters behoren, die zijn geformeerd rond elk van de academische ziekenhuizen.

Tabel 4.11: Aantal AGIO's in opleiding gynaecologie naar aantal en type opleidings-ziekenhuis (respondenten)

Type ziekenhuis	Totaal AGIO's in opleiding		Aantal opleidings-ziekenhuizen	
	abs	%	abs	%
Academisch	98	57,3	8	22,3
Perifeer	73	42,7	28	77,7
Totaal	171	100,0	36	100,0

Van de 171 responderende AGIO's zijn er 32 (19%) reeds gepromoveerd, zullen er 31 (18%) voor het jaar 2000 promoveren en zegt 23% wellicht te gaan promoveren. Met betrekking tot het promoveren zijn er overigens verschillen tussen mannen en vrouwen. Van de mannelijke AGIO's is 29% al gepromoveerd, tegenover 13% van de vrouwen. Dit hangt wellicht samen met het leeftijdsverschil tussen de seksen. Verder zegt 25% van de mannen nog te gaan promoveren tegenover 18% van de vrouwen.

Werkuren en diensten

De AGIO's binnen de opleiding gynaecologie zijn gemiddeld 50 uur per week werkzaam (tabel 4.12). Daarbij zijn er vrijwel geen verschillen tussen mannen en vrouwen.

Tabel 4.12: Absoluut en gemiddeld aantal reguliere werkuren per week (exclusief diensten) van AGIO's-gynaecologie, begin 1997

Uren per week	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 33	1	1,7	2	1,9	3	1,8
33-40	6	10,0	8	7,4	14	8,2
41-48	22	33,3	37	34,3	59	34,5
49-56	22	26,7	38	35,2	60	35,1
> 56	11	16,7	21	19,4	32	18,7
onbekend	1	1,7	2	1,9	3	1,8
Totaal	63	100,0	108	100,0	171	100,0
Gemiddeld aantal uren per week	50,6 uur		50,1 uur		50,3 uur	

Als vervolgens wordt gekeken naar de tijdsbesteding aan verschillende activiteiten (tabel 4.13), blijkt dat AGIO's gemiddeld ruim 42 uur per week aan patiëntgebonden activiteiten besteden. Dit betreft 84% van de totale tijdsbesteding. Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar werkveld, dan blijkt dat er een aanzienlijk verschil is in het aantal uren dat aan poliklinische werkzaamheden wordt besteed: 18 uur in de academische ziekenhuizen tegenover 12 uur in de niet-universitaire klinieken. tegelijkertijd blijkt dat de tijd besteed op de OK en de verloskamer in de academische ziekenhuizen lager is dan in de perifere opleidingen het geval is. Mede daarom verschilt het totaal aantal patiëntgebonden uren nauwelijks per werkveld.

Tabel 4.13: Gemiddeld aantal werkuren per week (exclusief diensten) per activiteit van AGIO's gynaecologie, naar type instelling

	Academisch	Perifeer	Alle werkvelden
Direct patiëntgebonden activiteiten			
- poliklinische werkzaamheden	18,0 uur	12,4 uur	15,6 uur
- klinische werkzaamheden	6,8 uur	6,9 uur	6,9 uur
- OK	4,6 uur	9,8 uur	6,9 uur
- verloskamer	3,5 uur	9,1 uur	6,0 uur
Indirect patiëntgebonden activiteiten			
- intercollegiaal overleg, e.d.	4,2 uur	2,6 uur	3,5 uur
- correspondentie over patiënten	3,9 uur	2,6 uur	3,3 uur
<i>Subtotaal patiëntgebonden activiteiten</i>	<i>41,1 uur</i>	<i>43,5 uur</i>	<i>42,1 uur</i>
Niet-patiëntgebonden activiteiten			
- onderwijs volgen (inclusief voorbereiding)	2,1 uur	1,8 uur	2,0 uur
- onderzoek (inclusief werkgroepen)	5,2 uur	2,3 uur	3,9 uur
- literatuurstudie	1,9 uur	1,6 uur	1,8 uur
- financiële administratie	0,1 uur	0,3 uur	0,2 uur
- management (stafoverleg, bestuur e.d.)	0,4 uur	0,4 uur	0,4 uur
<i>Subtotaal niet-patiëntgebonden activiteiten</i>	<i>9,7 uur</i>	<i>6,4 uur</i>	<i>8,2 uur</i>
Totaal	50,8 uur	49,7 uur	50,3 uur

Naast de genoemde reguliere werktijd ten behoeve van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten wordt eveneens tijd besteed aan diensten en aan beroep gerelateerde activiteiten buiten de opleiding om.

Door alle AGIO's worden avond/nacht- en/of weekenddiensten gedraaid. Gemiddeld heeft men 42 keer per jaar avond/nachtdienst en 11 keer per jaar weekenddienst. Dit verschilt nauwelijks tussen de perifere en academische ziekenhuizen.

De meeste AGIO's hebben tijdens de avond/nachtdiensten gedurende de gehele avond/nacht dienst: voor 75% van de AGIO's duurt een avond/nachtdienst minimaal 11 uur. Bovendien is men meestal tijdens de gehele dienst in het ziekenhuis aanwezig. In een beperkt aantal gevallen zijn de avond/nachtdiensten opgedeeld over meerdere periodes. Gemiddeld duurt een avond/nachtdienst 13,2 uur, waarvan men gemiddeld 12,8 uur in het ziekenhuis aanwezig is. Er zijn vrijwel geen verschillen te zien tussen de academische en perifere ziekenhuizen voor wat betreft de organisatie van de avond/nachtdiensten. Een deel van de tijd dat men in het ziekenhuis aanwezig is in verband met diensten wordt overigens niet als werktijd gezien. De lange aanwezigheid in het ziekenhuis komt namelijk voort uit het feit dat men in het ziekenhuis slaapt.

Voor de meeste AGIO's (60%) duurt een weekenddienst tussen de 20 en 36 uur, met een duidelijke piek bij 24 uur. Meestal heeft men dus één dag dienst per weekend. Een kleine groep AGIO's (15%) heeft weekenddiensten waarbij men minder dan 20 uur per weekend dienst heeft. Eveneens een kleine groep AGIO's (10%) heeft weekenddienst die minimaal 62 uur in beslag nemen. De overige groep van 15% heeft weekenddiensten van rond de 48 uur. Gemiddeld heeft men 32,6 uur dienst en is men 29,8 uur in het ziekenhuis aanwezig per weekenddienst. In de academische ziekenhuizen is het aantal diensten en het aantal uur per dienst iets lager dan bij de niet-universitaire klinieken het geval is. Daardoor heeft men daar een gemiddelde van 10 weekenddiensten per jaar, met 30 uur dienst per weekend en 27 uur aanwezigheid. In de perifere zieken-

huizen hebben de AGIO's 12 weekenden dienst per jaar, met 36 uur dienst per weekend en 34 uur aanwezigheid in het ziekenhuis.

De reistijd bedraagt een half uur voor avond/nachtdiensten en één uur voor de weekenden. Gemiddeld heeft men tijdens avonddiensten 10 telefonische consulten en 24 tijdens weekenddiensten.

Tabel 4.14: Werkbelasting in verband met diensten (voor AGIO's met diensten)

	Academisch	Perifeer	Alle werkvelden
Avond/nachtdiensten			
Aantal avonddiensten per jaar	40.2 keer	48.1 keer	43.6 keer
Aantal uren dienst per avond/nachtdienst	12.9 uur	13.6 uur	13.2 uur
Aantal uren aanwezig per avond/nachtdienst	12.4 uur	13.3 uur	12.8 uur
Aantal telefonische consulten per avond/nachtdienst	11.2 keer	8.4 keer	10.0 keer
Aantal uren reistijd per avond/nachtdienst	0.4 uur	0.4 uur	0.4 uur
Weekenddiensten			
Aantal diensten per jaar	10.1 keer	12.1 keer	11.0 keer
Aantal uren dienst per weekenddienst	30.2 uur	35.9 uur	32.7 uur
Aantal uren aanwezig per weekenddienst	26.5 uur	34.1 uur	29.8 uur
Aantal telefonische consulten per weekenddienst	26.0 keer	22.0 keer	24.3 keer
Aantal uren reistijd per weekenddienst	1.0 uur	0.9 uur	1.0 uur

Omgerekend naar de gemiddelde werkbelasting in verband met diensten per week, uitgaande van 44 werkweken per jaar, is men gemiddeld 12.7 uur aanwezig tijdens avond/nachtdiensten en 7 uur per week tijdens weekenddiensten. Hierbij moet men zich realiseren dat een deel van deze aanwezigheid slapend wordt doorgebracht. Daarom kan de aanwezigheid niet in zijn geheel als werktijd worden gezien.

De totale werktijd van de AGIO's inclusief diensten, is overigens ongeveer 48 uur per week. Dit blijkt uit de visitatiegegevens van de het Concilium van de NVOG. Bij de visitaties is de overeenstemming van de werktijd van de AGIO's met de werktijdenregeling voor arts-assistenten een van de belangrijkste elementen waar aandacht aan besteed wordt. Afwijkingen van de voorgeschreven maximale werkduur worden vrijwel niet geconstateerd. Dit betekent dat het in de huidige enquête gemiddelde van 50 uur per week exclusief diensten (zie tabel 4.13) geen rekening houdt met compensaties in verband met aanwezigheid tijdens diensten.

Door alle AGIO's obstetrie/gynaecologie worden gemiddeld bijna acht dagen per jaar besteed aan congressen, symposia en wetenschappelijke vergaderingen e.d. Daarnaast heeft men gemiddeld ruim 24 vakantiedagen en 3 ATV-dagen.

In tabel 4.15 is weergegeven hoeveel minuten per consult worden besteed door de AGIO's. In vergelijking met de tijd die door de specialisten per consult wordt besteed (zie tabel 3.18) besteden de AGIO's ongeveer anderhalf keer zoveel tijd.

Tabel 4.15: Huidige en gewenste tijdsbesteding van AGIO's obstetrie/gynaecologie voor een aantal verschillende patiëntgebonden activiteiten

	Huidige tijdsbesteding (minuten)	Gewenste tijdsbesteding (minuten)
1. Algemene gynaecologische consulten		
Eerste poliklinisch consult	23	26
Herhaalconsult	12	13
2. Obstetrische consulten		
Eerste poliklinisch consult	22	23
Herhaalconsult	11	11
3. Oncologische consulten		
Eerste poliklinisch consult	25	32
Herhaalconsult	13	17
4. Endocrinologische consulten		
Eerste poliklinisch consult	28	31
Herhaalconsult	12	13

Toekomstplannen en voorkeuren

Van de AGIO's is 68% van plan direct na afronding van de opleiding te gaan werken als obstetricus/gynaecoloog, 12% is dat niet van plan en 20% weet het nog niet. Van de mannen is 74% van plan direct te gaan werken en weet 15% het nog niet zeker. Bij de vrouwen is 64% van plan direct te gaan werken en weet 24% het nog niet zeker. Overigens, van zowel de mannen als de vrouwen die nog voor het jaar 2000 de opleiding zullen afronden, wil 17% niet direct aan de slag gaan als obstetricus/gynaecoloog.

Van de respondenten wil 25% zich nog specialiseren na afronding van de opleiding. Dat geldt vooral voor degenen die nog voor het jaar 2000 de opleiding afronden: van hen wil 29% zich verder specialiseren. Daarbij is geen verschil te zien tussen de mannen en de vrouwen.

Van de huidige groep assistenten geeft een meerderheid (80%) te kennen dat men bij voorkeur in een algemeen ziekenhuis met opleiding obstetrie/gynaecologie het beroep zou willen uitoefenen, 11% geeft aan bij voorkeur in een academisch ziekenhuis te gaan werken. Voor wat betreft de voorkeur voor een algemeen ziekenhuis zijn er geen grote verschillen tussen de vrouwelijke (81%) en de mannelijke assistenten in opleiding (78%).

Ruim 40% van de AGIO's geeft aan in de toekomst bij voorkeur in dienstverband te werken, 18% werkt liever vrijgevestigd. Ruim 21% prefereert een combinatie van dienstverband en vrijgevestigd en 17% heeft geen voorkeur. Er is wat betreft de voorkeur voor het type aanstelling een verschil te zien tussen de mannelijke en vrouwelijke AGIO's. De vrouwen geven vaker aan een voorkeur te hebben voor werken in dienstverband, terwijl de mannen vaker aangeven vrijgevestigd te willen werken (tabel 4.16).

Tabel 4.16: Percentuele verdeling aan de voorkeur voor het type aanstelling naar geslacht bij AGIO's gynaecologie*

	Man	Vrouw
Dienstverband	33,3%	49,4%
Vrijgevestigd	27,5%	11,5%
Combinatie dienstverband/vrijgevestigd	19,6%	23,0%
Geen voorkeur	19,6%	16,1%
Totaal	100,0%	100,0%

De meest genoemde reden bij de keuze voor het werken in dienstverband is dat men zich dan niet hoeft bezig te houden met financiële en administratieve rompslomp. Een overgrote meerderheid van de AGIO's geeft aan in de toekomst in deeltijd te willen werken (84%). Bij de vrouwelijke respondenten ligt dit aandeel hoger (93%) dan bij de mannelijke AGIO's (69%). Het aantal dagdelen dat men in de toekomst wil werken laat ook een klein sekseverschil zien. Mannen zeggen bij voorkeur 8.5 dagdelen te willen werken; vrouwen 7.6 dagdelen. Bij de vraag naar de voorkeur voor het aantal uren per week exclusief diensten lopen de wat meer uiteen. vrouwen geven aan rond de 36 uur te willen werken, terwijl mannen antwoorden bij voorkeur 42 uur per week willen werken. Ditzelfde verschil blijft zichtbaar bij de vraag naar de gewenste werkweek, inclusief actieve werktijd tijdens diensten (tabel 4.17).

Tabel 4.17: Voorkeuren van AGIO's voor aantal toekomstige werkuren naar geslacht

	Man	Vrouw	Totaal
Exclusief diensten	42 uur	36 uur	38 uur
Inclusief diensten	51 uur	45 uur	48 uur

4.4.2 De arbeidsreserve

In de enquête is gebleken dat er drie obstetrici/gynaecologen zijn die nu niet werkzaam zijn als obstetricus/gynaecoloog, maar die dat wel binnen afzienbare tijd willen gaan doen. Verondersteld wordt dat deze personen daadwerkelijk binnen 2 jaar werkzaam zullen zijn.

4.4.3 Uit het buitenland

Gegevens over de afgelopen 5 jaar laten zien dat er jaarlijks ongeveer 5 obstetrici/gynaecologen vanuit het buitenland de Nederlandse arbeidsmarkt instromen. Daarbij gaat het om ongeveer 3 personen die in Nederland zijn opgeleid en tijdelijk in het buitenland hebben gewerkt, bijvoorbeeld als fellow. Daarnaast komen er jaarlijks 2 personen Nederland binnen die in het buitenland zijn opgeleid.

4.4.4 Conclusie

In tabel 4.18 wordt een samenvattend overzicht gegeven van het aantal obstetrici/gynaecologen dat de komende jaren op de arbeidsmarkt zal instromen.

Tabel 4.18: Beschikbaar aantal obstetrici/gynaecologen in 2010, bij een ongewijzigde opleidingscapaciteit huidige groep AGIO's obstetrie/gynaecologie en de huidige arbeidsreserve

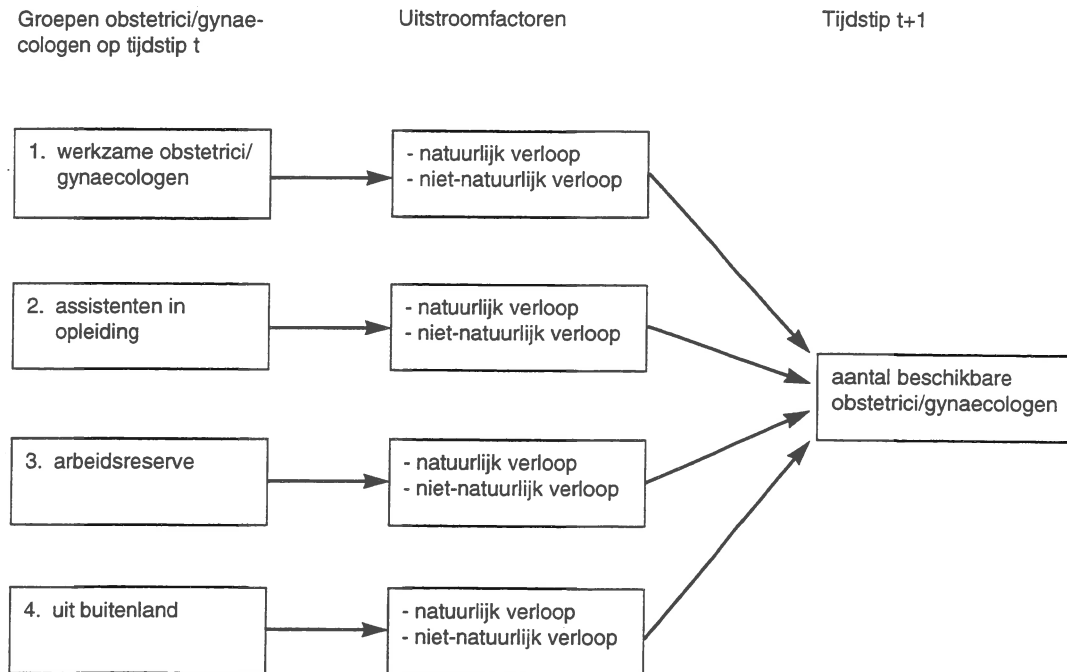
	2010
Huidige assistenten in vervolgopleiding (per 1-1-1997)	206
Huidige arbeidsreserve	3
Uit het buitenland	65
Het aantal AGIO's dat tussen 1-1-1997 en 1-1-2005 met de opleiding zal beginnen ¹	224
Totaal	498

¹ Dit onder de veronderstelling van een ongewijzigd beleid qua opleidingscapaciteit.

4.5 Raming van het aantal beschikbare obstetrici/gynaecologen

De in- en uitstroomfactoren, zoals aangegeven in voorgaande paragrafen, kunnen worden samengevat in onderstaand schema.

Figuur 4.3: In- en uitstroommodel voor het niet-beïnvloedbare potentieel aan obstetrici/gynaecologen



Wanneer bovenstaand schema vervolgens op basis van de beschikbare gegevens wordt gekwantificeerd, kan de raming van het aantal beschikbare obstetrici/gynaecologen per 1 januari van het jaar 2010 worden weergegeven (tabel 4.19). Het gaat daarbij om het aantal obstetrici/gynaecologen dat in de situatie dat de huidige opleidingscapaciteit tot 2005 ongewijzigd blijft. Door dit aantal te vergelijken met de vraag naar

het aantal beschikbare obstetrici/gynaecologen

obstetrici/gynaecologen kan vervolgens uitgerekend worden wat de optimale hoeveelheid nieuw op te leiden obstetrici/gynaecologen is.

Tabel 4.19: Het beschikbare aantal obstetrici/gynaecologen in 2010, bij een ongewijzigde opleidingscapaciteit

	2010
Praktiserenden medio 1996	613
Uitstroom	386
Instroom (bij handhaving van de huidige opleidingscapaciteit van 32 per jaar)	498
Totaal aantal beschikbare obstetrici/gynaecologen, bij ongewijzigd beleid	725

Op grond van deze tabel blijkt er in het jaar 2010 725 obstetrici/gynaecologen beschikbaar zullen zijn, indien de huidige opleidingscapaciteit gehandhaafd blijft.

5 VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD

In dit hoofdstuk worden de veronderstellingen en resultaten gepresenteerd van een prognose voor de situatie per 1 januari 2010. De resultaten geven voor de jaren 1997 tot en met 2003 hoeveel personen er per jaar moeten instromen in de opleiding obstetrie/gynaecologie. Degenen die in de loop van het jaar 2003 starten met de opleiding, zullen de opleiding in de loop van het jaar 2009 voltooien en derhalve per 1 januari 2010 ter beschikking zijn als obstetricus/gynaecoloog.

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van obstetrici/gynaecologen zijn een aantal scenario's uitgewerkt. De factoren die in de scenario's worden meegenomen zijn:

- demografische ontwikkelingen;
- daling van het aantal dagdelen per week (= toename deeltijd);
- daling van het aantal werkuren per 10 dagdelen (= daling uren per week per fte);
- toename van het percentage niet-patiëntgebonden activiteiten;
- toename van de tijdsbesteding per patiëntcontact.

Het spreekt voor zich dat er op basis van de factoren die wel of niet worden meegenomen tal van scenario's mogelijk zijn. Getracht is om de factoren min of meer in volgorde van waarschijnlijkheid toe te voegen aan de verschillende scenario's. Daarbij wordt er steeds van uitgegaan dat de voorafgaande factoren hun invloed blijven houden.

Per factor zijn in overleg met de begeleidingscommissie veronderstellingen gehanteerd over de te verwachten invloed. Daarbij is soms een onderscheid gemaakt naar werkveld. Voor de demografische ontwikkelingen en de uren per 10 dagdelen zijn bovendien nog een aantal varianten doorgerekend.

Het eerste scenario begint met de te verwachten demografische ontwikkelingen, rekening houdend met de leeftijdsopbouw van de bevolking. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar een drietal CBS-bevolkingsprognoses: de zogeheten lage, midden- en hoge varianten. Er wordt van uitgegaan dat de invloed van de bevolkingsontwikkeling voor de drie onderscheiden werkvelden gelijk is. Voor het berekenen van de invloed van de leeftijdsspecifieke bevolkingsontwikkeling is apart rekening gehouden met enerzijds de invloed van de ontwikkeling in het aantal geboorten op de obstetrische zorg en anderzijds met de invloed van de ontwikkeling van het aantal vrouwen per leeftijdscategorie op de gynaecologische zorg.

De ontwikkelingen in de demografie leiden bij het hanteren van de lage variant van de bevolkingsprognose tot een daling van -10,5% in het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen en de midden variant leidt tot een verwachte daling van -3,4%. Onder de condities van de hoge variant zal de vraag naar obstetrici/gynaecologen daarentegen met 4,2% stijgen.

Tabel 5.1: Overzicht demografische factor

	Lage variant	Midden variant	Hoge variant
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen:	- 10,5%	- 3,4%	+ 4,2%

In de volgende tabel staat beschreven welke veronderstelling is gehanteerd voor het aantal dagdelen dat de obstetrici/gynaecologen zullen werken in 2010 en wat dat betekent voor de benodigde groei per werkveld.

De veronderstelling is dat het gemiddelde aantal dagdelen per week zal teruglopen van de huidige 9,2 dagdelen per week naar 8,5 dagdeel per week in 2010. Deze teruggang in aantal dagdelen per week is onder andere te verwachten op basis van het feit dat het aandeel vrouwelijke obstetrici/gynaecologen zal gaan stijgen, waarbij het zeer waarschijnlijk is dat de nieuwe instroom van vrouwelijke obstetrici/gynaecologen net als de huidige groep vrouwelijke obstetrici/gynaecologen ongeveer 8 dagdelen per week gaan werken.

De toename van het aantal deeltijders kan opgevangen worden door een toename van het aantal obstetrici/gynaecologen met 8,6% in 2010 ten opzichte van 1996.

Tabel 5.2: Overzicht factor aantal dagdelen per week

	Algemene ziekenhuizen zonder opl.	Algemene ziekenhuizen met opl.	Academische ziekenhuizen	Totaal
Situatie in 1996:	9,06 dagdelen per week	9,19 dagdelen per week	9,70 dagdelen per week	9,23 dagdelen per week
Verwacht voor 2010:	8,50 dagdelen per week	8,50 dagdelen per week	8,50 dagdelen per week	8,50 dagdelen per week
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen: ¹	+ 6,6%	+ 8,1%	+ 14,1%	+ 8,6%

¹ Het groeipercentage is gelijk aan 100 maal de daling in aantal dagdelen per week, gedeeld door het nieuwe aantal dagdelen per week.

Voor de verwachting omtrent de ontwikkelingen in het aantal werkuren per 10 dagdelen, wordt rekening gehouden met een drietal veronderstellingen. Deze veronderstellingen worden per scenario gepresenteerd in een a-, b- en c-variant.

In tabel 5.3 is wederom eerst weergegeven hoeveel uur per 10 dagdelen er in 1996 werd gewerkt in de drie onderscheiden werkvelden. Vervolgens staan voor het prognosejaar 2010 de drie varianten gespecificeerd per werkveld van het verwachte aantal uren per 10 dagdelen. Er wordt een gestage daling verwacht, die in de a-variant iets minder verder doorgaat dan in de b-variant. De c-variant gaat uit van een nog verdere daling dan de b-variant.

De daling in het aantal uur per 10 dagdelen leidt tot een daling in de verwerkingscapaciteit van de obstetrici/gynaecologen en dus tot een stijging van het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen om te kunnen voldoen aan de zorgvraag. De eerste prognosevariant leidt tot een groei van 4,7% in het benodigde aantal obstetrici/gy-

naecologen in 2010 ten opzichte van 1996. De tweede variant leidt tot een benodigde groei van 11,0% en de derde variant leidt tot een groei van 15,6%.

Tabel 5.3: Overzicht factor aantal werkuren per week per fte

	Algemene ziekenhuizen zonder opl.	Algemene ziekenhuizen met opl.	Academische ziekenhuizen	Totaal
Situatie in 1996:	55,6 uur per 10 dagdelen	56,2 uur per 10 dagdelen	54,2 uur per 10 dagdelen	55,5 uur per 10 dagdelen
Verwacht voor 2010:				
- variant a.	53 uur/10 dd	53 uur/10 dd	53 uur/10 dd	53 uur/10 dd
- variant b.	50 uur/10 dd	50 uur/10 dd	50 uur/10 dd	50 uur/10 dd
- variant c.	48 uur/10 dd	48 uur/10 dd	48 uur/10 dd	48 uur/10 dd
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen: ¹				
- variant a.	+ 4,9%	+ 6,0%	+ 2,3%	+ 4,7%
- variant b.	+ 11,2%	+ 12,4%	+ 8,4%	+ 11,0%
- variant c.	+ 15,8%	+ 17,1%	+ 12,9%	+ 15,6%

¹ Het groeipercentage is gelijk aan 100 maal de daling in aantal uur per 10 dagdelen, gedeeld door het nieuwe aantal uur per 10 dagdelen.

In tabel 5.4 is te zien wat de veronderstellingen zijn voor wat betreft het aandeel niet-patiëntgebonden tijd per werkveld. Er wordt verondersteld dat dit aandeel in de komende jaren sterk zal toenemen in de algemene ziekenhuizen zonder opleiding en enigszins zal toenemen in de perifere opleidingsziekenhuizen. Voor de academische ziekenhuizen wordt in feite geen groei verwacht van het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten. Het blijkt dat er een toename nodig zal zijn van 7% meer obstetrici/gynaecologen in 2010 ten opzichte van 1996 om deze stijging in het aandeel niet-patiëntgebonden tijd op te kunnen vangen.

Tabel 5.4: Overzicht factor aandeel niet-patiëntgebonden tijd

	Algemene ziekenhuizen zonder opl.	Algemene ziekenhuizen met opl.	Academische ziekenhuizen	Totaal
Situatie in 1996:	15,9%	22,5%	39,2%	22,7%
Verwacht voor 2010:	25,0%	25,0%	40,0%	28,2%
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen: ¹	+ 11,4%	+ 3,1%	+ 1,1%	+ 7,1%

¹ Het groeipercentage is gelijk aan de stijging in het percentage niet-patiëntgebonden tijd, maal (1 plus de nieuwe proportie niet-patiëntgebonden tijd).

In tabel 5.5 is per werkveld aangegeven wat de *huidige* gemiddelde tijdsbesteding per patiëntcontact is voor de eerste poliklinische consulten en de herhaalconsulten en wat de *gewenste* tijdsbesteding per patiëntcontact is voor beide typen consulten. Te zien is

dat het gewenste aantal minuten per patiëntcontact steeds iets hoger ligt dan het huidige aantal minuten.

Van de gewenste verandering in de tijdsbesteding per patiëntcontact blijkt een groei van 6% in het aantal obstetrici/gynaecologen nodig te zijn ten opzichte van 1996.

Tabel 5.5: Overzicht factor tijdsbesteding per patiëntcontact (in minuten per patiënt per type consult)

	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Situatie in 1996:				
- Eerste consulten	15	15	25	16
- Herhaalconsulten	9	9	12	9
Verwacht voor 2010:				
- Eerste consulten	18	19	26	20
- Herhaalconsulten	10	11	14	11
Benodigde groei in aantal obstetrici/gynaecologen:	+ 4,6%	+ 8,0%	+ 5,3%	+ 5,7%

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van obstetrici/gynaecologen is een aantal scenario's uitgewerkt, waarbij de eerder besproken factoren in verschillende combinaties zijn samengenomen. Getracht is om de factoren min of meer in volgorde van waarschijnlijkheid toe te voegen aan de verschillende scenario's. Daarbij wordt er steeds van uitgegaan dat de voorafgaande factoren hun invloed blijven houden.

In het eerste scenario wordt uitgegaan van het idee dat alleen de demografische ontwikkelingen een rol zullen spelen. Daarbij is in principe gekozen voor de midden-variant van de bevolkingsontwikkeling. In de bijlagen 8 en 9 zijn overigens de uitkomsten van de lage en hoge varianten opgenomen. In het tweede scenario is de verwachte daling in het aantal dagdelen per week toegevoegd aan de demografische ontwikkeling. In scenario 3 zijn de drie varianten ten aanzien van de werkuren per fte toegevoegd. In scenario 4 wordt tevens rekening gehouden met een toename in het aandeel niet-patiëntgebonden tijd. In scenario 5 is tenslotte nog rekening gehouden met een stijging van de tijd per consult.

In tabel 5.6 is voor elk van de scenario's aangegeven hoeveel obstetrici/gynaecologen er in totaal beschikbaar moeten zijn, gegeven de betreffende combinatie van zorgvraag en verwerkingscapaciteit. Verder wordt vermeld wat de benodigde instroom per jaar in de opleiding moet zijn om vraag en aanbod in evenwicht te brengen. Tenslotte wordt vermeld wat het verschil is tussen de benodigde instroom per jaar en de huidige opleidingscapaciteit.

Tabel 5.6: Uitkomsten scenario's (bij de midden variant van de bevolkingsprognose)

	Benodigde aantal obs./gyn. in 2010	Benodigde instroom per jaar	Vershil met huidige instroom per jaar
Scenario 1			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)	592	13	-19
Scenario 2			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)	643	20	-12
Scenario 3			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
3a (53 uur per fte)	673	25	-7
3b (50 uur per fte)	714	30	-2
3c (48 uur per fte)	743	35	+3
Scenario 4			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten			
4a (53 uur per fte)	721	31	-1
4b (50 uur per fte)	764	38	+6
4c (48 uur per fte)	796	42	+10
Scenario 5			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten			
- toename tijdsbesteding per patiëntcontact			
5a (53 uur per fte)	762	37	+5
5b (50 uur per fte)	808	44	+12
5c (48 uur per fte)	842	49	+17

Als de huidige opleidingscapaciteit gehandhaafd blijft en onder de condities van de midden-variant van de bevolkingsprognose, zal bij de scenario's 1 tot en met 3a sprake zijn van een duidelijk overschot aan obstetrici/gynaecologen in het jaar 2010. Bij de scenario's 4b tot en met 5c zal er daarentegen sprake zijn van een duidelijk tekort.

6. SLOTBESCHOUWING

In het begin van de jaren negentig waren er signalen die er op wezen dat er tekorten aan obstetrici/gynaecologen dreigden te ontstaan. Dat was destijds voor de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) aanleiding om een behoefte-ramingsstudie te laten uitvoeren. Het NIVEL heeft deze studie uitgevoerd en in 1992 werden de resultaten gepubliceerd (Hingstman e.a., 1992). Op basis hiervan heeft de NVOG besloten om de opleidingscapaciteit uit te breiden van een instroom van 19 per jaar tot een jaarlijkse instroom van 32. In 1993 werd deze capaciteitsuitbreiding geëffectueerd.

Wij zijn nu vijf jaar verder en in die tussentijd zijn er tal van ontwikkelingen geweest die het noodzakelijk maken om wederom een capaciteitsraming uit te voeren. Van groot belang hierbij is dat de veronderstellingen die destijds ten grondslag hebben gelegen aan de ramingen op hun realiteitsgehalte worden getoetst. In dit verband kan bijvoorbeeld gewezen worden op de veronderstelling destijds dat in het jaar 2000 circa 15% van alle obstetrici/gynaecologen minder dan 75% van een volledige werkweek werkt. De grote vraag is of dit soort veronderstellingen ook zijn uitgekomen of dat een en ander moet worden bijgesteld, wat ook weer de nodige consequenties heeft voor de opleidingscapaciteit.

De NVOG heeft het NIVEL gevraagd de behoefte-ramingsstudie 1997 uit te voeren. Alvorens in te gaan op de belangrijkste resultaten moet nog worden aangetekend dat voor het onderzoek in 1992 geen gegevens bij de obstetrici/gynaecologen zelf zijn verzameld. Er moest dus gebruik gemaakt worden van bestaande veelal beperkte onderzoeksgegevens. Ten behoeve van de behoefte-raming 1997 heeft wel een uitgebreide dataverzameling plaatsgevonden; dat wil zeggen een schriftelijke enquête onder alle werkzame obstetrici/gynaecologen en alle AGIO's, alsmede een schriftelijke enquête onder alle afdelingen obstetrie/gynaecologie. Een en ander houdt in dat voor de studie in 1997 aanzienlijk betere gegevens beschikbaar waren dan in 1992.

In de behoefte-ramingsstudie 1992 werd op basis van de CBS-bevolkingsprognose uit die tijd berekend dat in de periode 1990-2005 het aantal gynaecologenplaatsen met 6,7% moest toenemen om de vraag naar obstetrisch/gynaecologische zorg als gevolg van de demografische ontwikkelingen (bevolkingsgroei, veranderingen leeftijdsopbouw) op te vangen. Echter, na 1990 zijn de CBS-bevolkingsprognoses op een aantal aspecten bijgesteld. Daarnaast blijkt dat vooral na 2005 er een sterke kentering optreedt in het aantal kinderen dat geboren wordt. Dit betekent dan ook dat in de periode 1997-2010 er als gevolg van ingeschatte demografische ontwikkelingen er een daling plaatsvindt in de obstetrisch/gynaecologische zorg; een daling van 3,4%.

Naast demografische ontwikkelingen spelen de epidemiologische, sociaal-culturele, institutionele en technische ontwikkelingen eveneens een belangrijke rol bij het bepalen van de toekomstige vraag naar obstetrisch/gynaecologische zorg. Net als in het onderzoek van 1992 moet wederom worden geconstateerd dat er nog steeds onvoldoende gegevens zijn om dit soort ontwikkelingen te vertalen in groei of afname in obstetrisch/gynaecologische zorg. Toch zal men dit soort ontwikkelingen er wel bij moeten betrekken als er op een bepaald moment keuzes gemaakt moeten worden over de toekomstige opleidingscapaciteit. In dit verband kan gedacht worden aan de stormachtige ontwikkelingen op het gebied van de diagnostiek en behandelingen van fer-

tiliteit, de toenemende zorgvraag van allochtonen en plannen van de overheid rond de specialistenhonorering.

Een belangrijk onderdeel van de behoefteraming is de verwerkingscapaciteit en de te verwachten veranderingen daarin. In het onderzoek van 1992 werd door het ontbreken van de benodigde gegevens als uitgangspunt gekozen dat obstetrici/gynaecologen exclusief diensten 50 uur per fte werkzaam zouden zijn. De huidige gegevens leren ons dat de duur van de reguliere werkweek een stuk hoger ligt, namelijk 55,5 uur per fte. Inclusief de aanwezigheid en beschikbaarheid tijdens diensten bedraagt de werktijd zelfs 89 uur per week per fte. Gezien de hoge consultatiefrequentie worden ook de bereikbaarheidsuren steeds meer als werkuren ervaren. Voor de raming 1992 werd de veronderstelling aangehouden dat in het jaar 2005 alle obstetrici/gynaecologen gemiddeld 45 uur per week per fte zouden werken exclusief diensten. Gezien de huidige gegevens lijkt deze veronderstelling niet geheel realistisch. Voor de raming 1997 is dan ook rekening gehouden met een drietal scenario's, dat wil zeggen een daling van de gemiddelde reguliere werkweek van 55 uur per fte in 1997 tot respectievelijk 53 uur, 50 uur of 48 uur per fte in 2010. Om deze ontwikkelingen op te vangen zal het aantal gynaecologenplaatsen met respectievelijk 5%, 11% of 16% moeten stijgen om de verschillende mogelijkheden van arbeidstijdverkorting op te vangen.

Voor de situatie in 1992 werd verder uitgegaan van 5% deeltijders met een gemiddelde 0,75 fte per deeltijder. Voor het jaar 2000 werd verwacht dat 15% in deeltijd zou werken, wederom met een gemiddelde van 0,75 fte per deeltijder. In 1997 is gebleken dat men relatief vaak reeds minder dan 10 dagdelen per week werkzaam is. Desalniettemin willen nog steeds veel obstetrici/gynaecologen minder dagdelen gaan werken. In de prognose is er rekening mee gehouden dat het gemiddelde aantal dagdelen per week zal dalen van 9,2 in 1997 tot 8,5 in 2010. Hiervoor is een uitbreiding van 8,6% van het aantal obstetrici/gynaecologen nodig.

Ook met betrekking tot de verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd wijken de cijfers uit 1997 aanzienlijk af van de veronderstelling uit 1992. In 1992 werd geschat dat 35% van de tijd werd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. De gegevens uit 1997 leren ons dat het aandeel niet-patiëntgebonden tijd aanzienlijk lager ligt (23%).

De begeleidingscommissie van het onderzoek verwacht dat het aandeel niet-patiëntgebonden tijd zal groeien tot circa 28% in 2010. Dus over een periode van circa acht jaar een stijging met 5%. (In 1992 werd ook voor een periode van acht jaar een stijging met 5% verwacht.) Om de toename van het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten op te vangen zal over de periode 1997-2010 het aantal gynaecologenplaatsen met 7,1% moeten toenemen.

In tegenstelling tot de raming in 1992 zijn er nu wel gegevens beschikbaar om eventuele veranderingen in de gemiddelde tijdsbesteding per patiëntcontacten te vertalen in afname of groei in gynaecologenplaatsen. Momenteel bedraagt de duur voor een eerste consult 16 minuten en 9 minuten voor een herhaalcontact. Via de enquête hebben de obstetrici/gynaecologen te kennen gegeven dat men hoopt dat de duur van het eerste consult zal stijgen van 16 minuten naar 20 minuten en bij de herhaalconsulten een stijging van 9 minuten naar 11 minuten. Als het gewenste tijdsbeslag in 2010 gerealiseerd zal zijn, zal het aantal gynaecologenplaatsen met 5,7% moeten toenemen om een en ander op te vangen.

De combinatie van alle hoogste percentages van de te meten variabelen, welke de inzetbaarheid beïnvloeden, levert een toename op van maar liefst 42,1% in het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen.

Tot zover de belangrijkste resultaten omtrent de ontwikkelingen in de vraag en de verwerkingscapaciteit. Voor wat het aanbod betreft moet worden geconstateerd dat van de huidige groep van 613 werkzame obstetrici/gynaecologen tot 2010 er circa 386 zullen uitstromen als gevolg van pensioen, VUT e.d.; dat wil zeggen circa 63% van de huidige groep werkzame obstetrici/gynaecologen zal over 13 jaar niet meer werkzaam zijn. Naast de uitstroom vindt er ook een instroom plaats van, bij ongewijzigd beleid, 32 AGIO's per jaar. Voor wat betreft het aantal AGIO's moet worden geconstateerd dat het totaal aantal AGIO's sinds 1992 met 82% is toegenomen; in 1997 worden er 206 AGIO's geteld. Circa 63% van alle AGIO's is vrouw. De meerderheid van de AGIO's (80%) geeft te kennen het liefst in een algemeen ziekenhuis te willen werken. Daarnaast geeft 40% aan in de toekomst het liefst in dienstverband werkzaam te zijn, 17% kiest voor een vrije vestiging en 20% kiest voor een combinatie; 84% wil in deeltijd werken.

In de paragrafen 3.1.2 tot en met 3.1.5 zijn de epidemiologische, sociaal-culturele en technische ontwikkelingen opgevoerd. Het bleek onmogelijk om te kwantificeren welke invloed deze variabelen zullen hebben op de zorgvraag. Desondanks zouden juist deze ontwikkelingen weleens van eminent belang kunnen zijn voor de inschatting van de zorgvraag en dus het vereiste arbeidspotentieel. Door de obstetrici/gynaecologen zelf wordt in dit verband met name gewezen op management-participatie, mondigheid van de patiënt en kwaliteitsontwikkeling (zie tabel 6.1).

Tabel 6.1: Verwachtingen van werkzame obstetrici/gynaecologen omtrent de toename of afname van de werkbelasting in de periode 1996-2005

	Invloed op werkbelasting		
	afname	onveranderd	toename
Samenwerking c.q. verschuiving 1e/2e lijn	8,4	68,3	23,4
Verandering in behandelingstechnieken	4,3	40,5	55,2
Multidisciplinaire behandelingen	1,0	44,4	54,6
Budgetbeheersing	17,9	45,8	36,3
Second opinions	0,5	40,2	59,3
Juridische zaken	0,8	33,6	65,6
Expertises	0,5	52,7	46,8
Managementparticipatie	1,3	17,3	81,5
Automatisering praktijkadministratie	18,9	64,3	16,8
Etnische en sociale samenstelling patiënten	0,5	55,2	44,2
Vergrijzing van de bevolking	3,0	29,7	67,3
Mondigheid patiënten	0,3	17,4	82,3
WGBO problematiek	0,8	28,3	70,9
Kwaliteitsontwikkeling/controle	0,3	21,8	77,9
Protocollaire geneeskunde	5,9	57,9	36,2
Na- en bijscholing	0,5	40,1	59,4
Opleiding AGIO's	0,3	63,1	36,6

Voor het berekenen van de benodigde instroom in de opleiding vanaf 1997, opdat vraag en aanbod in balans zijn, zijn de vraag- en aanbodontwikkelingen met elkaar geconfronteerd. Gezien het grote aantal veronderstellingen zijn, net als in 1992, nu ook

weer scenario's opgesteld. Deze scenario's lopen uiteen van een inkrimping van de huidige instroom van 32 AGIO's per jaar tot minimaal zeven AGIO's per jaar indien alleen rekening gehouden wordt met demografische ontwikkelingen (en dan de lage variant), tot een uitbreiding van de instroom tot maximaal 58 nieuwe AGIO's per jaar indien met alle factoren rekening wordt gehouden (en onder de condities van de hoge bevolkingsprognosevariant). Het is geen eenvoudige zaak om te kiezen tussen de verschillende scenario's. Toch zou het realistisch zijn, gezien de onzekere demografische ontwikkelingen, te kiezen voor de CBS-prognose volgens de midden-variant. Verder zal het, gezien het feit dat 63% van de AGIO's-obstetrie/gynaecologie vrouw is, niet ondenkbaar zijn dat steeds meer obstetrici/gynaecologen een deeltijdbaan ambiëren. Dit zien we terug bij de meeste artsenberoepen (Heiligers e.a., 1997). Als beide factoren demografie en deeltijd worden meegenomen, zal een instroom van 27 obstetrici/gynaecologen nodig zijn. Ongetwijfeld zal er in de komende jaren ook binnen de obstetrie/gynaecologie sprake zijn van arbeidstijdverkorting. Ook de factoren betreffende de niet-patiëntgebonden activiteiten en de tijdsbesteding per patiëntcontact leveren een substantiële toename van het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen op. De verschillen met de behoefteeraming uit 1992 maken duidelijk dat het noodzakelijk is dat er een regelmatige monitoring plaatsvindt met betrekking tot de zorgvraag, de verwerkingscapaciteit en het aanbod van werkzame obstetrici/gynaecologen.

Tenslotte

Een deel van de gestelde vragen c.q. niet te meten variabelen zou beantwoord kunnen worden bij adequate registratie van de zorg. Zowel qua stellingname als bij de ontwikkeling en de financiering van een voor alle specialistische beroepsgroepen bruikbaar registratiesysteem, zullen andere partijen hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Overheid, verzekeraar, ziekenhuizen, eerste lijn, specialisten en met name de patiënt kan "beter" worden van een inzichtelijke gezondheidszorg. Exercities als deze in- en uitstroomanalyse dragen hieraan bij. Eén en ander zou echter niet mogelijk zijn geweest zonder de personele en financiële inspanning die deze analyse de NVOG en haar leden heeft gekost.

7. SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

Aan de hand van een behoefferaming obstetrici/gynaecologen kan worden bepaald hoeveel obstetrici/gynaecologen tot het prognosejaar moeten worden opgeleid om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Daartoe zal in de eerste plaats inzicht moeten worden verkregen in de toekomstige behoefte aan obstetrisch/gynaecologische zorg en in het toekomstig aanbod van obstetrici/gynaecologen.

I. TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN OBSTETRICI/GYNAECOLOGEN

Voor het bepalen van de toekomstige behoefte aan obstetrici/gynaecologen is het volgende basismodel gehanteerd:

$$G_t = \frac{V_t}{C_t}$$

waarbij:

G_t = het benodigde aantal obstetrici/gynaecologen op tijdstip t

V_t = de vraag naar zorg verleend door obstetrici/gynaecologen, op tijdstip t

C_t = de 'verwerkingscapaciteit' van een obstetricus/gynaecoloog op tijdstip t

De vraag naar zorg verleend door obstetrici/gynaecologen, kan worden uitgedrukt als het totale tijdsbeslag (in uren per jaar) dat patiënten aan zorgverlening door obstetrici/gynaecologen vragen. De 'verwerkingscapaciteit' van obstetrici/gynaecologen kan worden uitgedrukt als de totale tijd (wederom in uren per jaar) die een gemiddelde obstetricus/gynaecoloog voor patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten ter beschikking heeft. Beide componenten zullen in de volgende paragrafen nader worden uitgewerkt.

1. Vraag naar obstetrisch/gynaecologische zorg (V_t)

De volgende vier ontwikkelingen zijn van invloed op de toekomstige vraag naar obstetrici/gynaecologen:

- demografische ontwikkelingen (midden-variant): 3,4% minder obstetrici/gynaecologen nodig in 2010;
- epidemiologische ontwikkelingen : niet te kwantificeren;
- sociaal-culturele ontwikkelingen : niet te kwantificeren;
- institutionele en technische ontwikkelingen : niet te kwantificeren.

2. De verwerkingscapaciteit (C_t)

De verwerkingscapaciteit van de individuele obstetricus/gynaecoloog (het aantal patiënten dat hij/zij kan behandelen) is afhankelijk van:

- de tijd die de obstetricus/gynaecoloog per jaar werkt;
- de verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten;
- de gemiddelde tijd die een consult/behandeling vraagt.

In de hiernavolgende tabel wordt een overzicht gegeven van de huidige tijdsbesteding van obstetrici/gynaecologen.

Tabel 1: Overzicht tijdsbestedingsgegevens

	Algemeen ziekenhuis zonder opleiding	Algemeen ziekenhuis met opleiding	Academisch ziekenhuis	Totaal
Werktijd				
- Aantal dagdelen per week	9.1 dgd	9.2 dgd	9.7 dgd	9.2 dgd
- Aantal reguliere uren per week	50.3 uur	51.6 uur	52.7 uur	51.2 uur
- Aantal reguliere uren per 10 dagdelen	55.6 uur	56.2 uur	54.2 uur	55.5 uur
Diensten				
- Aantal avond/nachtdiensten per jaar	57.1 keer	44.3 keer	22.2 keer	48.0 keer
- Aantal weekenddiensten per jaar	13.7 keer	11.5 keer	5.9 keer	12.0 keer
- Aantal actieve uren dienst per 10 dagdelen	9.2 uur	6.1 uur	3.4 uur	7.0 uur
Niet-patiëntgebonden tijd				
- Percentage niet-patiëntgebonden tijd	15,9%	22,5%	39,2%	22,7%
Tijdsduur consulten				
- Eerste consult	15 min.	15 min.	25 min.	16 min.
- Herhaalconsult	9 min.	9 min.	12 min.	9 min.

Met betrekking tot bovengenoemde factoren heeft de Capaciteitscommissie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) een aantal veronderstellingen geformuleerd, op basis waarvan vervolgens is berekend hoeveel obstetrici/gynaecologen nodig zijn om tot 2010 volgens de CBS midden-variant deze veronderstellingen te realiseren.

Onderwerp	Veronderstelling	Benodigde toename aantal obstetrici/gynaecologen t.o.v. 1997
A. Aantal dagdelen	daling tot 8,5 dagdelen per week in 2010	8,6% meer obstetrici/gynaecologen
B1. Aantal reguliere werk-uren	daling tot 53 uur per 10 dagdelen in 2010	4,7% meer obstetrici/gynaecologen
B2. Aantal reguliere werk-uren	daling tot 50 uur per 10 dagdelen in 2010	11,0% meer obstetrici/gynaecologen
B3. Aantal reguliere werk-uren	daling tot 48 uur per 10 dagdelen in 2010	15,6% meer obstetrici/gynaecologen
C. Patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden activiteiten	stijging niet-patiëntgebonden activiteiten tot 25% (algemeen ziekenhuis) en 40% (academisch ziekenhuis)	7,1% meer obstetrici/gynaecologen
D. Gemiddelde duur consulten/verrichtingen	gewenste stijging van de tijdsbesteding voor eerste consult tot 20 min. en een herhaalconsult 11 min. tot 2010	5,7% meer obstetrici/gynaecologen

II. HET AANTAL BESCHIKBARE OBSTETRICI/GYNAECOLOGEN

Voor het bepalen van het toekomstig aanbod van obstetrici/gynaecologen is het huidige bestand aan werkzame obstetrici/gynaecologen als uitgangspunt genomen (1 januari 1997). Vervolgens is berekend hoeveel van hen op 1 januari 2010 (nog) als obstetricus/gynaecoloog werkzaam zijn, ofwel: hoe groot is de uitstroom?

1. Uitstroom

Er zijn een tweetal mogelijkheden waardoor uitstroom uit de op dit moment werkzame groep obstetrici/gynaecologen kan plaatsvinden:

- Als gevolg van natuurlijk verloop, te weten pensionering, vervroegde uittreding, ziekte, arbeidsongeschiktheid of overlijden;
- Als gevolg van niet natuurlijk verloop, bijvoorbeeld als gevolg van verandering van werkkring.

Bovengenoemde factoren leiden ertoe dat van de 613 werkzame obstetrici/gynaecologen (1 januari 1997) er tot 1 januari 2010 in totaal 386 de werkzaamheden zullen neerleggen.

2. Instroom

De volgende factoren bepalen de instroom tot het jaar 2010:

- Aantal assistent-geneeskundigen in opleiding tot obstetricus/gynaecoloog per 1 januari 1997;
- Een arbeidsreserve van obstetrici/gynaecologen die de opleiding hebben afgerond, maar (nog) niet als obstetricus/gynaecoloog werkzaam zijn;
- Aantal obstetrici/gynaecologen uit het buitenland dat tot 2010 zal instromen;
- Het aantal AGIO's obstetrie/gynaecologie dat tussen 1-1-1997 en 1-1-2005 met de opleiding zal beginnen (en dus vóór 1-1-2010 hun opleiding zullen afronden) onder de veronderstelling van een ongewijzigd beleid qua opleidingscapaciteit.

Bovengenoemde factoren dragen ertoe bij dat tot 1 januari 2010 circa 498 obstetrici/gynaecologen instromen.

3. In- en uitstroom van obstetrici/gynaecologen

De resultaten van de in- en uitstroomgegevens zijn in onderstaande tabel samengevat.

	2010
Praktiserenden medio 1995	613
Uitstroom	386
Instroom (bij handhaving van de huidige opleidingscapaciteit van 32 per jaar)	498
Totaal aantal beschikbare obstetrici/gynaecologen	725

Op grond van deze tabel blijkt dat van het huidige bestand van 613 werkzame obstetrici/gynaecologen, vermeerderd met de op dit moment in opleiding zijnde assistenten, de arbeidsreserve en het aantal dat de komende jaren wordt opgeleid (bij ongewijzigd beleid) en rekening houdend met de uitstroom, in het jaar 2010 nog 725 obstetrici/gynaecologen beschikbaar zijn.

III. VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van obstetrici/gynaecologen is een aantal scenario's uitgewerkt.

In tabel 2 is voor elk van de scenario's aangegeven hoeveel obstetrici/gynaecologen er in totaal beschikbaar moeten zijn, gegeven de betreffende combinatie van zorgvraag en verwerkingscapaciteit. Verder wordt vermeld wat de benodigde instroom per jaar in opleiding moet zijn om vraag en aanbod in evenwicht te brengen. Tenslotte wordt vermeld wat het verschil is tussen de benodigde instroom per jaar en de huidige opleidingscapaciteit.

Tabel 5.6: Uitkomsten scenario's (bij de midden variant van de bevolkingsprognose)

	Benodigde aantal obs./gyn. in 2010	Benodigde instroom per jaar	Vershil met huidige instroom per jaar
Scenario 1			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)	592	13	-19
Scenario 2			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)	643	20	-12
Scenario 3			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
3a (53 uur per fte)	673	25	-7
3b (50 uur per fte)	714	30	-2
3c (48 uur per fte)	743	35	+3
Scenario 4			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten			
4a (53 uur per fte)	721	31	-1
4b (50 uur per fte)	764	38	+6
4c (48 uur per fte)	796	42	+10
Scenario 5			
- demografische ontwikkelingen (<i>midden variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten			
- toename tijdsbesteding per patiëntcontact			
5a (53 uur per fte)	762	37	+5
5b (50 uur per fte)	808	44	+12
5c (48 uur per fte)	842	49	+17

LITERATUUR EN BRONNEN

Barentsen R. (1990). Bevolkingsprognose en de behoefte aan gynaecologen. Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie. Vol.103, p.186-187.

Bekkers M.J.T.M., D.H. de Bakker, J.P. Boter (1997). Coördinatiecentra chronisch ziekenzorg geëvalueerd. Utrecht: NIVEL.

Bonsel G.J. en P.J. van der Maas (1994). Aan de wieg van de toekomst; scenario's voor de zorg rond de menselijke voortplanting 1995-2010. Houten/Wiegen: Bohn, Stafleu en Van Loghum.

CBS (1996). Uitkomsten Bevolkings- en huishoudensprognose 1995.

Commissie In- en Uitstroom (1997). Gegevens over in- en uitstroom over verschillende jaren.

Harmsen J., L. Hingstman en M.J. Driessen (1993). Behoefteraming ergotherapeuten 1993. Utrecht, NIVEL.

Harmsen J., L. Hingstman, W. van der Windt, J. van der Bent, P.C. Allaart en M. de Voogd-Harmelink (1996). Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1996. Rijswijk, VWS.

Harmsen J., L. van der Velden en L. Hingstman (1996). Behoefteraming longartsen 1996-2010. Utrecht, NIVEL.

Heiligers P.H., L. Hingstman en J. Marrée (1997). Inventarisatie deeltijd werken onder artsen. Utrecht, NIVEL.

Hingstman L. en J.B. Pool (1992). Behoefteraming huisartsen 1992. Utrecht, NIVEL.

Hingstman L., J.B. Pool en R. Barentsen (1994). Behoefteraming voor gynaecologen/obstetici tot het jaar 2005. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 138 (19), p.969-973.

Hingstman L., J. Harmsen, R.A. Holl (1996). Behoefteraming kinderartsen 1995-2005. Utrecht, NIVEL.

Meijer W.J. en P.P. Groenewegen (1996). De betekenis van verloskundige samenwerking tussen eerste en tweede lijn voor de risicoselectie en het verloskundig resultaat. Eindrapportage Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden Deel II. Utrecht: NIVEL.

Nimwegen N. van en G. Beets (1997). Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 1997. Den Haag: NIDI.

SIG Zorginformatie (1994). Verloskunde in Nederland. Grote lijnen 1989-1993. Utrecht: SIG Zorginformatie.

SIG Zorginformatie (1995). Verloskunde en gynaecologie 1994. Praktijkanalyse. Utrecht: SIG Zorginformatie.

SIG Zorginformatie (1996). Verloskunde en gynaecologie 1995. Praktijkanalyse. Utrecht: SIG Zorginformatie.

Veer A.J.E. de, W.J. meijer en P.P. Groenewegen (1996). Samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg. Eindrapport Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden Deel I. Utrecht: NIVEL.

WVC, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1985). Eindadviescommissie behoeftebepaling artsen. Leidschendam, WVC.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AGIO	Assistent-Geneeskundige In Opleiding
AGNIO	Assistent-Geneeskundige Niet In Opleiding
ATV	Arbeidstijdverkorting
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
FTE	Full-time equivalent
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
SRC	Specialisten Registratie Commissie
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
VUT	Vervroegde Uittreding
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)

BIJLAGEN

- Bijlage 1: Basisgegevens gynaecologische zorg in 1996
- Bijlage 2: Leeftijdsverdeling van de totale vraag (tijdsbeslag) naar obstetrisch/gynaecologische zorg in 1996
- Bijlage 3a: Prognoses van het aantal vrouwen (x 1.000) naar leeftijdscategorie
- Bijlage 3b: Groeipercents van het aantal vrouwen ten opzichte van 1996 naar leeftijdscategorie
- Bijlage 4: Benodigde groei van het aantal obstetrici/gynaecologen tot 2010 als gevolg van bevolkingsgroei en -samenstelling (midden-variant)
- Bijlage 5: Verwachtingen van werkzame obstetrici/gynaecologen omtrent de toe- of afname van de werkbelasting in de periode 1996-2005
- Bijlage 6: Groei in verband met verschil tussen huidige en gewenste tijdsbeslag per consult/verrichting in 1996
- Bijlage 7: Vergelijking tussen vraag en aanbod
- Bijlage 8: Scenario's volgens bevolkingsprognose lage variant
- Bijlage 9: Scenario's volgens bevolkingsprognose hoge variant
- Bijlage 10: Vragenlijsten

BIJLAGE 1: Basisgegevens obstetrisch/gynaecologische zorg in 1996

In deze bijlage wordt een verantwoording gegeven van de in het behoeftesramingsmodel gebruikte aantallen patiëntcontacten en de tijd per contact voor de door gynaecologen/obstetrische zorg in 1996. De verantwoording van de aantallen patiëntcontacten vindt met name plaats door middel van het vergelijken van de gebruikte gegevens betreffende de aantallen patiëntcontacten met gegevens uit andere bronnen en/of andere jaren. De verantwoording van de tijd per patiëntcontact is in principe steeds op één enkele bron gebaseerd, waardoor controle middels een vergelijking met andere bronnen niet mogelijk is. Voor een gelijktijdige controle op de correctheid van de zowel de aantallen contacten als de tijd per contact, is wel nog een vergelijking gemaakt op basis van de hieruit resulterende totale tijd voor patiëntcontacten met gegevens uit de NIVEL/NVOG-enquête over de totale tijd voor patiëntgebonden activiteiten.

1.1 Verantwoording aantallen patiëntcontacten

De aantallen patiëntcontacten worden apart besproken voor zorg verleend in de polikliniek, de kliniek, de OK en de verloskamers.

1.1.1 Polikliniek (consulten en verrichtingen)

Voor de zorg die in de polikliniek wordt verleend, moet onderscheid gemaakt worden in de eerste poliklinische consulten, de herhaalconsulten en de poliklinische verrichtingen.

Eerste poliklinische consulten

Op basis van de NIVEL/NVOG-enquête is voor 1994, 1995 en 1996 een schatting verkregen van het totaal aantal eerste polikliniekbezoeken bij alle obstetrici/gynaecologen in Nederland. Door deze aantallen eerste polikliniekbezoeken te vergelijken met het totaal aantal vrouwen in Nederland per 1 januari van de betreffende jaren, is een schatting verkregen van het aantal eerste polikliniekbezoeken per 100.000 vrouwen in deze jaren. Ter controle van deze aantallen is een vergelijking met het aantal eerste polikliniekbezoeken in 1990, dat door SIG Zorginformatie is vastgesteld op basis van het landelijke polikliniek registratiesysteem (POLIS). In tabel 1.1 staan de aantallen vermeld.

Het lijkt of er tussen 1990 en 1996 een sterke groei heeft plaatsgevonden in het aantal eerste poliklinische consulten per 100.000 vrouwen. Dit zou gestegen zijn van 5.209 in 1990 tot 7.115 in 1996, wat een groei van 36,6% in 6 jaar zou inhouden. De uit de NIVEL/NVOG-enquête afkomstige aantallen eerste consulten lijken bovendien goed te passen bij een gestage groei van ongeveer 6% per jaar. De begeleidingscommissie is echter van mening dat de stijging van het aantal eerste poliklinische consulten een effect is van een betere registratie: met het invoeren van de raam-overeenkomst tussen de medisch specialisten en de zorgverzekeraars is het voor de specialisten belangrijk geworden om een exactere opgave te doen van het aantal eerste consulten. De commissie gaat er verder van uit dat het boekhoudkundig effect van de raam-overeenkomst inmiddels is uitgewerkt. Dit zou betekenen dat het cijfer voor 1996 het meest

correct is en dat er verder geen rekening gehouden moet worden met een stijging van het aantal eerste consulten per 100.000 vrouwen.

Dat er in de afgelopen jaren in feite geen sprake is geweest van een stijging in het aantal eerste consulten, kan ook onderbouwd worden met behulp van gegevens van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsen (LINH). In het 'Jaarrapport LINH 1996' (Bakker & Abrahamse, 1997) is te zien dat er per 100.000 ziekenfondsverzekerden ongeveer 2.350 verwijzingen door huisartsen naar obstetrici/gynaecologen zijn geweest in 1994, ongeveer 2.470 verwijzingen in 1995 en ongeveer 2.310 in 1996. Dit betekent dat er per 100.000 vrouwelijke ziekenfondsverzekerden in deze jaren gemiddeld ongeveer 4.750 verwijzingen naar obstetrici/gynaecologen zijn geconstateerd. Dat deze verwijzingscijfers overigens veel lager lijken te zijn dan de op basis van de NIVEL/NVOG-enquête gebaseerde cijfers, heeft onder andere te maken met het doorverwezen worden naar obstetrici/gynaecologen door verloskundigen.

Tabel 1.1: Aantal eerste poliklinische consulten

	1990	1994	1995	1996
Totaal aantal 1e consulten				
- volgens POLIS	392.450	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	486.034	523.204	557.272
- gebruikt voor model	-	-	-	557.272
<i>Aanname 1: opgave enquête aantal 1e consulten 1996 is correct</i>				
Aantal 1e consulten per 100.000 vrouwen				
- volgens POLIS	5.209	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	6.267	6.710	7.115
- gebruikt voor model	-	-	-	7.115
<i>Aanname: zie aanname 1</i>				

N.b.: De **vet** gedrukte cijfers zijn de basisgegevens die de verschillende bronnen hebben opgeleverd; x = onbekend; - = niet relevant.

Herhaalconsulten

In de NIVEL/NVOG-enquête zijn geen gegevens verzameld over het totaal aan herhaalconsulten. Om toch een schatting te kunnen maken van het aantal herhaalconsulten, is gebruik gemaakt van gegevens van SIG Zorginformatie uit POLIS over de zogeheten herhaalfactor: het aantal herhaalconsulten per eerste consult. Dit gegeven is beschikbaar voor de jaren 1990, 1994 en 1995 en bedroeg respectievelijk 4,5, 3,6 en 3,3. Deze dalende trend is waarschijnlijk wederom veroorzaakt door het boekhoudkundig effect van de raam-overeenkomst: het totaal aantal consulten per 100.000 vrouwen is vrijwel constant gebleven, maar het aantal consulten dat als eerste consult is aangemerkt is gestegen door een betere registratie en het aantal herhaalconsulten is dus gedaald.

Om voor 1996 een uitspraak te kunnen doen over het aantal herhaalconsulten, moet allereerst een schatting van de herhaalfactor in 1996 worden gemaakt. Rekening houdend met de dalende trend in de herhaalfactor, is voor 1996 uitgegaan van een herhaalfactor van 3,1.

Op basis van de herhaalfactor en het aantal eerste consulten kan per jaar een schatting gemaakt worden van het aantal herhaalconsulten per 100.000 vrouwen. Deze grootheid laat, relatief ten opzichte van het totaal aantal herhaalconsulten, een zeer

kleine daling zien vanaf 1990 tot en met 1996. Deze daling is absoluut gezien even groot als de absolute stijging in het aantal eerst consulten.

Tabel 1.2: Aantal herhaalconsulten

	1990	1994	1995	1996
Herhaalfactor				
- volgens POLIS	4,5	3,6	3,3	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	x	x
- gebruikt voor model	-	-	-	3,1
<i>Aanname 2: (schijnbaar) dalende trend in herhaalfactor</i>				
Totaal aantal herhaalconsulten (op basis van herhaalfactor en aantal 1e consulten)				
- volgens POLIS	1.766.025	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	1.749.722	1.726.573	1.727.543
- gebruikt voor model	-	-	-	1.727.543
<i>Aanname: zie aanname 1 en 2</i>				
Aantal herhaalconsulten per 100.000 vrouwen				
- volgens POLIS	23.441	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	22.560	22.144	22.057
- gebruikt voor model	-	-	-	22.057
<i>Aanname: zie aanname 1 en 2</i>				

N.B.: De vet gedrukte cijfers zijn de basisgegevens die de verschillende bronnen hebben opgeleverd;
x = onbekend; - = niet relevant.

Poliklinische verrichtingen

Voor het aantal poliklinische verrichtingen zijn alleen schattingen beschikbaar uit de behoefteraming gynaecologie/obstetrie uit 1992 (Hingstman, Pool & Barentsen, 1992). Daarin is op basis van declaraties bij ziekenfondsen en met behulp van extrapolaties naar de particulier verzekerden geschat dat er in 1990 ongeveer 270.000 verrichtingen zijn uitgevoerd in de categorieën kolposcopie (10.000*), histerosalpingografie (10.000*), echografie buikorganen (50.000*) en echografie zwangerschap (200.000*). Er is verder geschat dat deze verrichtingen voor ongeveer 60% door obstetrici/gynaecologen worden uitgevoerd. Dat betekent dat er in 1990 in totaal ongeveer 160.000 van deze poliklinische verrichtingen zijn uitgevoerd door obstetrici/gynaecologen. Ten opzichte van het totaal aantal poliklinische consulten in 1990 (2.158.475 consulten = 392.450 eerste consulten plus 1.766.025 herhaalconsulten) geeft dat ongeveer 0,074 verrichtingen per poliklinisch consult. Toegepast op het totaal poliklinische consulten in 1996 geeft dit een schatting van 169.076 poliklinische verrichtingen in 1996.

Tabel 1.3: Aantal poliklinische verrichtingen

	1990	1994	1995	1996
Poliklinische verrichtingenfactor				
(op basis van totaal aantal poliklinische verrichtingen en aantal consulten)				
- volgens POLIS	0,074	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	x	x
- gebruikt voor model	-	-	-	0,074
<i>Aanname 3: poliklinische verrichtingenfactor blijft constant; verder: zie aanname 1 en 2</i>				
Aantal poliklinische verrichtingen				
- volgens Hingstman, e.a.	160.000	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	x	x
- gebruikt voor model	-	-	-	169.076
<i>Aanname 4: schatting van 160.000 gedeclareerde relevante poliklinische verrichtingen in 1990 is correct</i>				
Aantal poliklinische verrichtingen per 100.000 vrouwen				
- volgens POLIS	2.124	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	x	2.159
- gebruikt voor model	-	-	-	2.159
<i>Aanname: zie aanname 1, 2, 3 en 4</i>				

N.B.: De **vet gedrukte cijfers** zijn de basisgegevens die de verschillende bronnen hebben opgeleverd; x = onbekend; - = niet relevant.

Aantal patiëntcontacten in de polikliniek per werkveld

In tabel 1.4 staan de aantallen poliklinische patiëntcontacten in 1996 per werkveld vermeld. Uitgangspunt waren de opgaven van de eerste consulten in de NIVEL/NVOG-enquête. Deze zijn per werkveld gesommeerd. Voor de herhaalconsulten en de poliklinische consulten zijn per werkveld dezelfde aannames gebruikt voor de herhaalfactor en de poliklinische verrichtingenfactor als hiervoor beschreven is voor alle werkvelden tezamen. Voor alle drie de werkvelden is dus uitgegaan van een herhaalfactor van 3,1 en een poliklinische verrichtingenfactor van 0,074 ten opzichte van het aantal eerste consulten.

Tabel 1.4: Aantal patiëntcontacten in de polikliniek, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Eerste consulten	324.215	175.328	57.729	557.272
Herhaalconsulten	1.005.067	543.517	178.960	1.727.534
Poliklinische verrichtingen	98.367	53.194	17.515	169.076

1.1.2 Kliniek (opnamen en verpleegdagen)

Voor de kliniek wordt onderscheid gemaakt in het aantal opnamen en het aantal verpleegdagen. Twee andere typen activiteiten die bij de kliniek gerekend kunnen worden, de klinische consulten en de medebehandelingen, worden niet meegenomen omdat de aantallen hiervan zeer gering zijn in vergelijking met de overige productiecategorieën:

het gaat slechts om ongeveer 5.000 klinische consulten en 2.200 medebehandelingen per jaar.

Opnamen

Op basis van de NIVEL/NVOG-enquête is voor 1994, 1995 en 1996 een schatting verkregen van het totaal aantal opnamen door obstetrici/gynaecologen in Nederland. Door deze aantallen opnamen te vergelijken met het totaal aantal vrouwen in Nederland per 1 januari van de betreffende jaren, is een schatting verkregen van het aantal opnamen per 100.000 vrouwen in deze jaren. Ter controle van deze aantallen is een vergelijking met het aantal opnamen in 1990, 1994 en 1995 mogelijk, zoals die zijn gepubliceerd door SIG Zorginformatie op basis van de landelijke medische registratie (LMR). In tabel 1.5 staan de aantallen vermeld.

De aantallen opnamen per 100.000-vrouwen op basis van de NIVEL/NVOG-enquête, laten voor 1994 tot en met 1996 een constant beeld zien van ongeveer 3.100 opnamen. Op basis van de LMR is voor 1995 eveneens geconstateerd dat er ongeveer 3.100 opnamen per 100.000 vrouwen zijn. Het LMR-cijfer voor 1994 is iets hoger, met 3.269 opnamen per 100.000 vrouwen, terwijl het LMR-cijfer voor 1990 duidelijker wat lager is, met 2.588 opnamen per 100.000 vrouwen. Het op basis van de NIVEL/NVOG-enquête gebaseerde aantal opnamen in 1996, lijkt in ieder geval voldoende betrouwbaar te zijn om gebruikt te kunnen worden.

Tabel 1.5: Aantal opnamen

	1990	1994	1995	1996
Totaal aantal opnamen				
- volgens LMR	194.965	253.545	242.591	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	239.660	241.993	241.199
- gebruikt voor model	-	-	-	241.199
<i>Aanname 5: opgave enquête aantal opnamen 1996 is correct</i>				
Aantal opnamen per 100.000 vrouwen				
- volgens LMR	2.588	3.269	3.111	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	3.090	3.104	3.080
- gebruikt voor model	-	-	-	3.080
<i>Aanname: zie aanname 5</i>				

N.B.: De vet gedrukte cijfers zijn de basisgegevens die de verschillende bronnen hebben opgeleverd;
x = onbekend; - = niet relevant.

Verpleegdagen

In de NIVEL/NVOG-enquête zijn verder nog gegevens gevraagd over het gemiddelde aantal verpleegdagen per opname in 1994, 1995 en 1996. Dergelijke gegevens zijn ook beschikbaar voor 1990, 1994 en 1995 op basis van de LMR. Voor 1994 en 1995 komen de gegevens van de NIVEL/NVOG-enquête en de LMR (vrijwel) precies met elkaar overeen. De opgave voor 1996 lijkt daarmee eveneens gevalideerd. Duidelijk is dat er in de afgelopen jaren een daling van het gemiddeld aantal verpleegdagen per opname is geweest: van 5,9 in 1990 tot 5,0 in 1996. Voor de komende jaren wordt door de begeleidingscommissie geen verdere daling verwacht.

Tabel 1.6: Aantal verpleegdagen

	1990	1994	1995	1996
Aantal verpleegdagen per opname				
- volgens LMR	5,90	5,19	5,03	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	5,36	5,08	5,04
- gebruikt voor model	-	-	-	5,04
<i>Aanname 6: opgave enquête aantal verpleegdagen per opname 1996 is correct</i>				
Totaal aantal verpleegdagen				
- volgens LMR	1.150.294	1.315.538	1.219.997	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	1.284.578	1.229.324	1.215.437
- gebruikt voor model	-	-	-	1.215.437
<i>Aanname: zie aanname 5 en 6</i>				
Aantal verpleegdagen per 100.000 vrouwen				
- volgens LMR	15.268	16.962	15.647	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	16.562	15.767	15.519
- gebruikt voor model	-	-	-	15.519
<i>Aanname: zie aanname 5 en 6</i>				

N.B.: De vet gedrukte cijfers zijn de basisgegevens die de verschillende bronnen hebben opgeleverd;
x = onbekend; - = niet relevant.

Aantal patiëntcontacten in de kliniek per werkveld

Het totaal aantal opnamen en verpleegdagen per werkveld, zijn beide gebaseerd op enquête-gegevens. Daarbij is rekening gehouden met het feit dat het gemiddelde aantal verpleegdagen per werkveld enigszins verschilt: het bedraagt respectievelijk 4,97 dagen, 5,26 dagen en 4,78 dagen voor de ziekenhuizen zonder opleiding, de algemene ziekenhuizen met een opleiding en de academische ziekenhuizen. Het landelijk gemiddelde bedraagt 5,04 dagen per opname (zie tabel 1.6).

Tabel 1.7: Aantal patiëntcontacten in de kliniek, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Opnamen	143.779	73.307	24.113	241.199
Verpleegdagen	714.582	385.595	115.260	1.215.437

1.1.3 OK (klinische verrichtingen en verrichtingen in dagopname)

Voor de contacten met patiënten op de operatiekamer wordt onderscheid gemaakt in verrichtingen bij patiënten die zijn opgenomen (de klinische verrichtingen) en de verrichtingen die worden uitgevoerd bij patiënten die niet zijn opgenomen in de kliniek (verrichtingen in dagopname).

Klinische verrichtingen

In de NIVEL/NVOG-enquête zijn geen gegevens gevraagd over het aantal klinische verrichtingen. Door SIG Zorginformatie zijn wel gegevens verzameld over de klinische verrichtingen. Daarbij zijn het aantal 'hoofdverrichtingen' en het aantal 'nevenverrichtingen' bij elkaar opgeteld om het totaal aantal klinische verrichtingen te bepalen. Voor zowel 1994 als 1995 gaat het daarbij om ongeveer 27% nevenverrichtingen ten opzichte van het totaal klinische verrichtingen.

Voor 1990 heeft het SIG alleen gegevens over het aantal 'geopereerde patiënten'. Daarbij gaat het waarschijnlijk alleen om het aantal hoofdverrichtingen. Dit getal is daarom niet in de komende tabel opgenomen.

Wanneer de aantallen klinische verrichtingen vergeleken worden met het aantal opnamen (zoals opgegeven in de LMR), kan aangegeven worden hoeveel verrichtingen er per opname plaatsvinden. Dit blijkt voor zowel 1994 als 1995 ongeveer 0,78 te zijn. Door deze klinische verrichtingenfactor toe te passen op het aantal opnamen in 1996 (zoals opgegeven in de NIVEL/NVOG-enquête), kan een schatting worden gemaakt van het totaal aantal klinische verrichtingen in 1996.

Tabel 1.8: Aantal klinische verrichtingen

	1990	1994	1995	1996
Klinische verrichtingenfactor (op basis van aantal klinische verrichtingen en aantal opnamen)				
- volgens LMR	x	0,785	0,781	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	x	x
- gebruikt voor model	-	-	-	0,780
<i>Aanname 7: klinische verrichtingenfactor blijft constant</i>				
Aantal klinische verrichtingen				
- volgens LMR	x	198.979	189.314	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	x	x
- gebruikt voor model	-	-	-	188.135
<i>Aanname: zie aanname 5 en 7</i>				
Aantal klinische verrichtingen per 100.000 vrouwen				
- volgens LMR	x	2.565	2.428	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	x	x
- gebruikt voor model	-	-	-	2.402
<i>Aanname: zie aanname 5 en 7</i>				

N.B.: De **vet** gedrukte cijfers zijn de basisgegevens die de verschillende bronnen hebben opgeleverd;
x = onbekend; - = niet relevant.

Verrichtingen in dagopname

In de NIVEL/NVOG-enquête is gevraagd naar het aantal dagbehandelingen in 1994, 1995 en 1996. Deze kunnen vergeleken worden met gegevens over het aantal verrichtingen in dagopname van 1990, 1994 en 1995 van SIG Zorginformatie. Net als bij de klinische verrichtingen, zijn daarbij voor 1994 en 1995 de hoofd- en nevenverrichtingen bij elkaar opgeteld. De verhouding daarbij is ongeveer 22% nevenverrichtingen ten opzichte van het totaal aantal verrichtingen in dagopname voor beide jaren. Voor 1990 is door het SIG alleen gepubliceerd over het totaal aantal verrichtingen.

Het aantal verrichtingen in dagopname op basis van de LMR en de NIVEL/NVOG-enquête, is voor 1994 vrijwel aan elkaar gelijk. Voor 1995 lopen de twee bronnen uit elkaar en lijkt het erop dat er in de enquête wellicht sprake is van enige onderrapportage. Voor 1996 lijkt het aantal dagbehandelingen zoals is berekend op basis van de enquête echter toch bruikbaar.

Tabel 1.9: Aantal verrichtingen in dagopname

	1990	1994	1995	1996
Aantal verrichtingen in dagopname				
- volgens LMR	61.301	78.341	82.496	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	77.937	72.333	76.569
- gebruikt voor model	-	-	-	76.569
<i>Aanname 8: opgave enquête aantal dagbehandelingen 1996 is correct</i>				
Aantal verrichtingen in dagopname per 100.000 vrouwen				
- volgens LMR	814	1.010	1.058	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	1.005	928	978
- gebruikt voor model	-	-	-	978
<i>Aanname: zie aanname 8</i>				

N.B.: De vet gedrukte cijfers zijn de basisgegevens die de verschillende bronnen hebben opgeleverd; x = onbekend; - = niet relevant.

Aantal patiëntcontacten op de OK per werkveld

Voor het totaal aantal klinische verrichtingen per werkveld, is het in de enquête opgegeven aantal opnamen als uitgangspunt genomen. Per werkveld is vervolgens van een zelfde klinische verrichtingenfactor uitgegaan als gebruikt is voor de drie werkvelden tezamen. Er is dus steeds gerekend met 0,78 verrichtingen per opname. Voor de verrichtingen in dagopname is simpelweg gebruik gemaakt van de in de enquête ingevulde aantallen dagbehandelingen, die vervolgens eerst per werkveld zijn gesommeerd en tenslotte het landelijke cijfer hebben opgeleverd.

Tabel 1.10: Aantal patiëntcontacten op de OK, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Klinische verrichtingen	112.148	57.179	18.808	188.135
Verrichtingen in dagopname	50.848	20.088	5.633	76.569

1.1.4 Verloskamer (partus exclusief sectio's)

Voor het aantal contacten met patiënten op de verloskamers wordt gekeken naar het aantal bevallingen onder specialistische verantwoordelijkheid, minus de bevallingen die op de OK plaatsvinden. Op basis van gegevens van SIG Zorginformatie over bevallingen in de tweede lijn (LVR2), is voor 1993 het totaal aantal bevallingen geleid door obstetrici/gynaecologen beschikbaar. Dit is het enige jaar waarvoor op basis van de LVR2, met vergelijking van het aantal bevallingen in de LVR1 en het totaal aantal be-

vallingen in Nederland en het totaal aantal ziekenhuisbevallingen (zoals vastgesteld door het CBS) is nagegaan hoeveel partus er onder specialistische verantwoordelijkheid hebben plaatsgevonden. In de publikatie 'Verloskunde in Nederland. Grote lijnen 1988-1993' (SIG, 1996) wordt aldus aangetoond dat er in 1993 109.284 bevallingen zijn gedaan door obstetrici/gynaecologen. Op basis van de NIVEL/NVOG-enquête zijn gegevens beschikbaar voor 1994, 1995 en 1996. Deze aantallen zijn vrijwel gelijk aan het voor niet-deelname aan de LVR2 gecorrigeerde cijfer van 1993 en lijken derhalve bruikbaar.

Vervolgens kan op basis van de LVR2 nagegaan worden welk deel van de tweedelijnsbevallingen uit is gemond in een keizersnede. Voor de primaire en de secundaire sectio's tezamen wordt voor 1993 een aandeel van 15,1% van het totaal aantal bevallingen gerapporteerd. Wanneer dit percentage ook wordt toegepast op de enquêtegegevens, dan kan vervolgens een schatting worden gemaakt van het totaal aantal op de verloskamers uitgevoerde bevallingen onder specialistische verantwoordelijkheid.

Tabel 1.11: Aantal partus

	1990	1993	1994	1995	1996
Aantal partus geleid door obstetrici/gynaecologen					
- volgens LVR2	x	109.284	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	110.010	109.790	111.034
- gebruikt voor model	-	-	-	-	111.034
<i>Aanname 9: opgave enquête aantal partus onder specialistische verantwoordelijkheid 1996 is correct</i>					
Aandeel sectio's					
- volgens LVR2	x	15,1%	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	x	x	x
- gebruikt voor model	-	-	-	-	15,1%
<i>Aanname 10: aandeel sectio's is constant gebleven</i>					
Aantal partus op de verloskamer geleid door obstetrici/gynaecologen					
- volgens LVR2	x	92.782	x	x	x
- volgens NIVEL/NVOG-enquête	x	x	93.398	93.212	94.268
- gebruikt voor model	-	-	-	-	94.268
<i>Aanname: zie aanname 9 en 10</i>					

N.B.: De vet gedrukte cijfers zijn de basisgegevens die de verschillende bronnen hebben opgeleverd;
x = onbekend; - = niet relevant.

Aantal patiëntcontacten op de verloskamer per werkveld

In tabel 1.12 staan het aantal partus vermeld zoals dit per werkveld is vastgesteld op basis van de enquêtevraag naar het aantal partus onder specialistische verantwoordelijkheid en na correctie van een per werkveld constant gehouden aandeel van 15,1% keizersneden.

Tabel 1.12: Aantal patiëntcontacten op de verloskamer, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Partus (excl. keizersneden)	55.742	29.411	9.133	94.268

1.2 Verantwoording tijd per patiëntcontact

De aannames betreffende de tijd per type patiëntcontact worden wederom apart besproken voor de zorg verleend in de polikliniek, de kliniek, de OK en de verloskamers. Naast de tijd per patiëntcontact wordt daarbij ook steeds aangegeven hoeveel tijd er in totaal besteed is per type 'zorglokatie' op basis van de combinatie van de aantallen patiëntcontacten en de tijd per contact. Ter vergelijking is vervolgens aangegeven hoeveel tijd er per zorglokatie is besteed wanneer gekeken wordt naar de in de NIVEL/NVOG-enquête ingevulde weekroosters, waarin eveneens per zorglokatie is gevraagd naar de totale reguliere werktijd die daar is besteed. De reguliere werktijd per week per specialist is daarbij vertaald naar de totale tijd per jaar door rekening te houden met het totale aantal werkzame specialisten en met een 44 werkweken per jaar.

1.2.1 Polikliniek (consulten en verrichtingen)

Eerste consulten

Voor de eerste consulten is op basis van de NIVEL/NVOG-enquête vastgesteld dat er in zowel de algemene ziekenhuizen zonder een gynaecologische opleiding als de algemene ziekenhuizen met een gynaecologische opleiding gemiddeld 15,0 minuten per eerst consult wordt besteed. Voor de academische ziekenhuizen is een gemiddelde van 25,0 minuten geconstateerd.

Herhaalconsulten

Voor de herhaalconsulten is in de algemene ziekenhuizen zonder een gynaecologische opleiding een gemiddelde van 8,5 minuut aangetroffen. In de algemene ziekenhuizen met een opleiding blijkt er per herhaalconsult 8,9 minuut te worden besteed. In de academische ziekenhuizen is het gemiddelde per herhaalconsult 12,3 minuut.

Poliklinische verrichtingen

De belangrijkste poliklinische verrichtingen zijn kolposcopie, histerosalpingografie, echografie buikorganen en echografie zwangerschap. Door de beroepsbelangencommissie van de NVOG is geschat dat de eerste drie typen verrichtingen 30 minuten per verrichting vergen. Voor het laatste type verrichting, de echografie zwangerschap, wordt geschat dat er 15 minuten per keer mee gemoeid zijn. Gegeven de aantallen verrichtingen per type en het aantal minuten per verrichting per type, kan geschat worden dat voor alle poliklinische verrichtingen tezamen een gemiddelde van 18 minuten per verrichting nodig is.

Tabel 1.13: Tijdsbeslag in de polikliniek in minuten per type patiëntcontact, naar werkveld, begin 1997

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Eerste consulten	15,0	15,0	25,0	16,0
Herhaalconsulten	8,5	8,9	12,3	9,0
Poliklinische verrichtingen	18,0	18,0	18,0	18,0

Combinatie van de aantallen patiëntcontacten in de polikliniek (tabel 1.4) en de tijd per patiëntcontact (tabel 1.13), resulteert in het totale tijdsbeslag in tabel 1.14.

Tabel 1.14: Totale tijdsbeslag in de polikliniek in uren per type patiëntcontact, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Eerste consulten	81.054	43.832	24.054	148.940
Herhaalconsulten	142.384	80.622	36.687	259.693
Poliklinische verrichtingen	29.510	15.958	5.255	50.723
<i>Aantal uur polikliniek obv. productie</i>	<i>252.948</i>	<i>140.412</i>	<i>65.996</i>	<i>459.356</i>
<i>Aantal uur polikliniek obv. rooster</i>	<i>276.690</i>	<i>144.258</i>	<i>66.409</i>	<i>487.357</i>

De totale hoeveelheid tijd die volgens de aantallen patiëntcontacten en de tijd per contact in 1996 zou zijn besteed in de polikliniek, blijkt redelijk overeen te komen met de hoeveelheid reguliere werktijd in de polikliniek op basis van de weekroosters. Wanneer als uitgangspunt wordt genomen dat de aantallen patiëntcontacten correct zijn, omdat deze sterk lijken op de aantallen contacten zoals deze zijn af te leiden uit andere bronnen, dan blijken nu ook de aannames betreffende de tijd per contact redelijk te zijn.

1.2.2 Kliniek (opnamen en verpleegdagen)

Opnamen

Voor de tijdsbesteding per opname zijn geen enquêtegegevens beschikbaar. Voor het model is gebruik gemaakt van 20 minuten per opname in de algemene ziekenhuizen en 30 minuten per opname in de academische ziekenhuizen. Een tijdsbesteding van 20 minuten per opname is afgeleid van de tijd per opname die in de zogeheten ABA-notitie van 1985 is gehanteerd en die ook voorkomt in de zogeheten 'Tijdsijkingstabel' van 22 december 1989, zoals gebruikt bij de weging voor de herijking van de tarieven in het kader van het vijfpartijen-akkoord.

De begeleidingscommissie is van mening dat de tijd per opname voor de academische ziekenhuizen hoger ingeschat moet worden dan voor de algemene ziekenhuizen het geval is.

Verpleegdagen

Net als voor de opnamen, is voor de tijd per verpleegdag in de algemene ziekenhuizen eveneens gebruik gemaakt van de ABA-notitie uit 1985. Daarin wordt uitgegaan van 5

minuten per verpleegdag. Voor de academische ziekenhuizen is door de begeleidingscommissie uitgegaan van 10 minuten per verpleegdag.

Tabel 1.15: Tijdsbeslag in de kliniek in minuten per type patiëntcontact, naar werkveld, begin 1997

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Opnamen	20,0	20,0	30,0	21,0
Verpleegdagen	5,0	5,0	10,0	9,1

Combinatie van de tabellen 1.7 en 1.15 geeft het totale tijdsbeslag per werkveld voor de kliniek.

Tabel 1.16: Totale tijdsbeslag in de kliniek in uren per type patiëntcontact, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Opnamen	47.926	24.436	12.057	84.419
Verpleegdagen	59.549	32.133	19.210	110.892
<i>Aantal uur kliniek obv. produktie</i>	<i>107.475</i>	<i>56.569</i>	<i>31.267</i>	<i>195.311</i>
<i>Aantal uur kliniek obv. rooster</i>	<i>59.787</i>	<i>28.257</i>	<i>29.515</i>	<i>117.559</i>

Voor de algemene ziekenhuizen geldt dat de tijd die volgens de produktiecijfers in de kliniek besteed wordt, veel hoger is dan de reguliere werktijd die volgens de weekroosters in de kliniek besteed wordt. Dit kan deels verklaard worden doordat een belangrijk deel van de opnamen buiten de reguliere uren plaats vindt. Volgens gegevens van SIG Zorginformatie is het aandeel opnamen buiten reguliere uren in de jaren 1993 tot en met 1995 steeds 42% geweest. Dat er bij de academische ziekenhuizen slechts sprake is van een relatief klein verschil tussen de tijd op basis van de produktiecijfers en de tijd op basis van de weekroosters, is niet duidelijk. Daarbij moet men zich realiseren dat de tijd per opname en per verpleegdag voor de academische ziekenhuizen reeds beduidend hoger is ingeschat dan voor de algemene ziekenhuizen het geval is.

1.2.3 OK (klinische verrichtingen en verrichtingen in dagopname)

Voor de tijd per verrichting in de operatiekamer wordt geen onderscheid gemaakt in verrichtingen bij patiënten die zijn opgenomen (de klinische verrichtingen) en de verrichtingen die worden uitgevoerd bij patiënten die niet zijn opgenomen in de kliniek (verrichtingen in dagopname). Rekening houdend met het redelijk grote aantal nevenverrichtingen, waarvoor de tijdsbesteding relatief klein is, is voor de tijd per verrichting in de algemene ziekenhuizen zonder opleiding gekozen voor 60 minuten per verrichting. Voor de algemene ziekenhuizen met een opleiding is uitgegaan van 70 minuten per verrichting. In de academische ziekenhuizen worden relatief de meest tijdrovende verrichtingen uitgevoerd. Daarom is voor deze ziekenhuizen uitgegaan van 90 minuten per verrichting.

Tabel 1.17: Tijdsbeslag op de OK in minuten per type patiëntcontact, naar werkveld, begin 1997

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Klinische verrichtingen	60,0	70,0	90,0	66,0
Verrichtingen in dagopname	60,0	70,0	90,0	64,8

De aantallen verrichtingen op de OK volgens tabel 1.10, vermenigvuldigd met de tijd per verrichting volgens tabel 1.17, geeft de totale tijd op de OK van tabel 1.18.

Tabel 1.18: Totale tijdsbeslag op de OK in uren per type patiëntcontact, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Klinische verrichtingen	112.148	66.709	28.212	207.079
Verrichtingen in dagopname	50.848	23.436	8.450	82.734
<i>Aantal uur OK obv. productie</i>	<i>162.996</i>	<i>90.145</i>	<i>36.662</i>	<i>289.803</i>
<i>Aantal uur OK obv. rooster</i>	<i>86.205</i>	<i>51.308</i>	<i>31.786</i>	<i>169.299</i>

Net als bij de activiteiten in de kliniek, blijkt ook voor de OK een redelijk groot deel van de daar bestede tijd buiten de reguliere werkuren te vallen. Dit is een verwacht resultaat. Ook nu geldt weer dat er voor de academische ziekenhuizen een veel minder groot verschil te zien is tussen enerzijds totale tijd volgens de productiecijfers en anderzijds de totale tijd volgens het weekrooster.

1.2.4 Verloskamer (partus exclusief sectio's)

Voor de tijd per partus is voor elk van de drie werkvelden uitgegaan van 160 minuten. Deze schatting is gebaseerd op de tijd voor zowel een partus zonder of met voorbehandeling als een kunstverlossing zonder of met voorbehandeling, volgens de notitie 'herstructurering tijdsbeslag verrichtingen gynaecologie/obstetrie' van de beroepsbelangencommissie van de NVOG.

Tabel 1.19: Tijdsbeslag op de verloskamer in minuten per type patiëntcontact, naar werkveld, begin 1997

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Partus (excl. keizersneden)	160,0	160,0	160,0	160,0

Het aantal partus op de verloskamers volgens tabel 1.12, vermenigvuldigd met de tijd per partus volgens tabel 1.19, geeft de totale tijd op de verloskamers van tabel 1.20.

Voor de ziekenhuizen zonder opleiding blijkt dat ongeveer 42% van de verloskamer-tijd buiten de reguliere uren wordt besteed. Voor de ziekenhuizen met een opleiding is dit echter 61% en voor de academische ziekenhuizen is dit slechts 28%.

Tabel 1.20: Totale tijdsbeslag op de verloskamers in uren per type patiëntcontact, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
<i>Aantal uur verloskamers obv. productie</i>	148.598	78.429	24.354	251.381
<i>Aantal uur verloskamers obv. rooster</i>	86.205	30.488	17.596	134.288

1.2.5 Totale patiëntgebonden tijd

In tabel 1.21 staat weergegeven wat de totale tijd voor patiëntgebonden activiteiten is volgens de productiecijfers van de polikliniek, de kliniek, de OK en de verloskamer. Daaronder is weergegeven wat de totale tijd voor patiëntgebonden activiteiten is wanneer op basis van de weekroosters de regulier werktijd voor deze zorglokaties wordt gesommeerd, vermeerderd met de (reguliere) werktijd voor de 'overig patiëntgebonden activiteiten', waaronder correspondentie en (medisch) overleg over patiënten, en vermeerderd met de actieve werktijd tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten.

Tabel 1.21: Totale tijdsbeslag voor patiëntgebonden activiteiten in uren, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
<i>Aantal uur pat.geb.act. obv. productie</i>	672.017	365.555	158.279	1.195.851
<i>Aantal uur pat.geb.act. obv. rooster</i>	622.899	295.953	164.036	1.082.888

Voor de drie werkvelden tezamen, blijken de twee berekeningswijzen sterk vergelijkbare resultaten op te leveren voor wat betreft het totaal aantal patiëntgebonden activiteiten. Voor de algemene ziekenhuizen zonder opleiding en de academische ziekenhuizen wijken de resultaten van de twee berekeningswijzen eveneens minder dan 10% van elkaar af. Voor de algemene ziekenhuizen met een opleiding echter, is het aantal uur patiëntgebonden activiteiten zoals is uitgerekend op basis van de productiecijfers, 21% hoger dan het geval is wanneer gekeken wordt naar de uren op basis van de weekroosters.

1.3 Verantwoording aandeel obstetrische zorg

Omdat het voor het maken van een prognose van de ontwikkeling in behoefte aan obstetrisch/gynaecologische zorg tussen 1996 en 2010 van belang is om voor 1996 aan te geven welk deel van de tijd die wordt besteed in de polikliniek, de kliniek en de OK gerelateerd is aan verloskunde, wordt dat in de komende subparagrafen nagegaan.

Voor de tijd die besteed wordt op de verloskamers, is uiteraard geen berekening nodig, aangezien het daar per definitie om 100% verloskundige zorg gaat.

1.3.1 Polikliniek (consulten en verrichtingen)

Eerste poliklinische consulten

Voor elke partus die onder specialistische zorg is uitgevoerd, wordt uitgegaan van één eerste consult. Dit betekent dat ongeveer 20% van alle eerste consulten betrekking hebben op verloskundige zorg. Voor de tijd per consult is het zelfde aantal minuten aangehouden als het geval is voor de algemene eerste consulten. Op basis van de NIVEL\INVOG-enquête is gebleken dat er vrijwel geen verschil wordt gemaakt in de tijd die besteed wordt aan obstetrische consulten versus algemene consulten.

Herhaalconsulten

Voor de herhaalconsulten voor verloskundige zorg, is uitgegaan van een herhaalfactor van 6. Dit betekent dat er dus rekening mee wordt gehouden dat er aan obstetrische patiënten een bovengemiddeld aantal herhaalconsulten wordt besteed. Voor het totaal aantal herhaalconsulten betekent dit dat bijna 40% van alle herhaalconsulten in verband staat met obstetrische zorg. Voor de tijd per obstetrisch herhaalconsult is wederom uitgegaan van het zelfde gemiddelde als voor de overige herhaalconsulten.

Poliklinische verrichtingen

Per obstetrische patiënt is uitgegaan van ongeveer één echografie zwangerschap. Daarbij is gerekend met 15 minuten per verrichting. Dit betekent dat bijna 65% van alle poliklinische verrichtingen en bijna 55% van alle tijd voor poliklinische verrichtingen aan obstetrische patiënten wordt besteed.

Aandeel obstetrische zorg in de polikliniek per werkveld

In tabel 1.22 is te lezen dat van de totale tijd die door obstetrici/gynaecologen in de polikliniek wordt besteed, 34% te maken heeft met obstetrische zorg.

Tabel 1.22: Aandeel van de tijd voor obstetrische zorg in de polikliniek, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Eerste consulten	20,2%	19,8%	18,6%	19,8%
Herhaalconsulten	39,2%	38,2%	36,1%	38,5%
Poliklinische verrichtingen	54,5%	53,2%	50,2%	53,4%
Totaal aandeel obstetrie in de polikliniek	34,9%	34,2%	30,8%	34,1%

1.3.2 Kliniek (opnamen en verpleegdagen)

Voor de tijd die in verband met obstetrische zorg in de kliniek wordt besteed, is als basis uitgegaan van één opname per partus onder specialistische verantwoordelijkheid. Voor de tijd per obstetrische opname is uitgegaan van het algemene gemiddelde per opname. Ook voor het aantal verpleegdagen per opname en de tijd per verpleegdag is uitgegaan van de algemene gemiddelden, dus ongeveer 5 verpleegdagen per opname

en 5 minuten per verpleegdag in de algemene ziekenhuizen en 10 minuten per verpleegdag in de academische ziekenhuizen.

Het aantal obstetrische opnamen ten opzichte van het totaal aantal opnamen, blijkt gemiddeld 46% te bedragen. Omdat er verondersteld is dat het aantal verpleegdagen per opname en de tijd per opname en per verpleegdag gelijk zijn aan de betreffende gegevens voor de totale klinische produktie, geldt dit percentage ook voor het aandeel van de obstetrische zorg ten opzichte van de totale tijd van de opnamen en de verpleegdagen.

Tabel 1.23: Aandeel van de tijd voor obstetrische zorg in de kliniek, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Opnamen	45,6%	47,3%	44,6%	45,9%
Verpleegdagen	45,6%	47,3%	44,6%	45,9%
Totaal aandeel obstetrie in de kliniek	45,6%	47,3%	44,6%	45,9%

1.3.3 OK (klinische verrichtingen en verrichtingen in dagopname)

Voor de tijd die in verband met obstetrische zorg in de OK wordt besteed, is als basis uitgegaan van het aantal keizersneden. Dit betekent dat 9% van alle klinische verrichtingen obstetrisch van aard zijn. Voor de tijd per sectio is uitgegaan van 120 minuten, wat relatief veel is ten opzichte van de gemiddelde klinische verrichting. Daarom is het aandeel voor obstetrie binnen de totale OK-tijd bijna 12%. Voor wat betreft de dagopnamen is uitgegaan van het idee dat geen enkele dagopname van doen heeft met obstetrische zorg.

Tabel 1.24: Aandeel van de tijd voor obstetrische zorg in de OK, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Klinische verrichtingen	17,7%	15,7%	11,5%	16,2%
Verrichtingen in dagopname	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Totaal aandeel obstetrie in de OK	12,2%	11,6%	8,9%	11,6%

1.3.4 Totale aandeel tijd voor obstetrische zorg

In tabel 1.25 staat nogmaals weergegeven wat het aandeel tijd voor obstetrische activiteiten is in de polikliniek, de kliniek, de OK en de verloskamer. Daaronder is weergegeven wat het totale aandeel tijd voor obstetrische activiteiten is. Het blijkt dat ongeveer 44% van de totale tijd aan obstetrie wordt besteed.

Tabel 1.25: Totale aandeel voor obstetrische activiteiten, naar werkveld, in 1996

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Aandeel obstetrie in de polikliniek	34,9%	34,2%	30,8%	34,1%
Aandeel obstetrie in de kliniek	45,6%	47,3%	44,6%	45,9%
Aandeel obstetrie in de OK	12,2%	11,6%	8,9%	11,6%
Aandeel obstetrie in de verloskamers	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Totaal aandeel obstetrie	45,5%	44,8%	39,1%	44,1%

BIJLAGE 2: Leeftijdsverdeling van de totale vraag (tijdsbeslag) naar obstetrisch/gynaecologische zorg in 1996

Voor het berekenen van de invloed van de bevolkingsontwikkeling naar omvang van de verschillende leeftijdsgroepen, moet voor elk van de 'zorglokaties' (polikliniek, kliniek, OK en verloskamers) geschat worden wat op dit moment de leeftijdsverdeling is van de zorgvraag. Daarbij gaat het niet zo zeer om de leeftijdsverdeling van de patiënten, maar om de tijd aan obstetrisch/gynaecologische zorg die de patiënten vragen.

Voor wat betreft de obstetrische zorg, die in principe aan moeder en kind wordt besteed, is daarbij gezorgd dat deze toe wordt gerekend aan de nul-jarigen, dit ter onderscheid van de tijd die aan gynaecologische zorg wordt besteed.

Polikliniek

Voor de leeftijdsverdeling van de zorgvraag in de polikliniek in 1996, is de leeftijdsverdeling van de poliklinische patiënten in 1995 als uitgangspunt genomen (zie tabel 2.1). Deze leeftijdsverdeling is gebaseerd op de leeftijdsverdeling van de eerste poliklinische consulten zoals is vastgesteld op basis van het poliklinisch registratiesysteem (POLIS) van SIG Zorginformatie.

De zorgvraag in verband met verloskunde is (vrijwel) volledig geconcentreerd in de leeftijdscategorie 15-44 jarigen. In bijlage 1 is gesteld dat elke partus onder specialistische verantwoordelijkheid gepaard gaat met één eerste poliklinisch consult. Voortbouwend op deze aanname kan dan gesteld worden dat 20% van alle eerste consulten in verband gebracht kan worden met verloskundige zorg. Dit is tot uitdrukking gebracht door het aandeel van de nul-jarigen op 20% te zetten en het aandeel van de 15-44-jarigen met 20% te verminderen.

Vervolgens moet nog rekening gehouden worden met de relatief hoge herhaalfactor voor de obstetrische zorgvraag in de polikliniek. In bijlage 1 is geschat dat in totaal 34,1% van de zorgvraag in de polikliniek obstetrisch van aard is. Dit betekent dat het gezamenlijke aandeel van de overige leeftijdscategorieën in de totale poliklinische zorgvraag dus $100 - 34,1 = 66,9\%$ bedraagt, bij een aandeel van $100 - 20,0 = 80\%$ in het aantal eerste consulten. Door voor elk van de leeftijdscategorieën het aandeel in de eerste consulten te vermenigvuldigen met een factor $669/800$, is een schatting van het aandeel van deze leeftijdscategorieën in de totale poliklinische zorgvraag verkregen.

Tabel 2.1: Berekening leeftijdsverdeling voor de tijdsbesteding in de polikliniek, in 1996

Type patiëntcontact	Leeftijdsverdeling poliklinische patiënten (=1e cons.) volgens POLIS 1995	Leeftijdsverdeling poliklinische patiënten na correctie voor aandeel partus	Leeftijdsverdeling zorgvraag in de polikliniek na correctie voor herhaalfactor partus
0 jaar	0,1%	20,0%	34,1%
1-14 jaar	0,3%	0,3%	0,2%
15-44 jaar	77,9%	58,0%	47,8%
45-64 jaar	16,6%	16,6%	13,7%
65-74 jaar	3,0%	3,0%	2,5%
75-84 jaar	1,7%	1,7%	1,4%
85+ jaar	0,4%	0,4%	0,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Kliniek

Voor de leeftijdsverdeling van de zorgvraag in de kliniek (voor wat betreft de opnamen en de verpleegdagen), is de leeftijdsverdeling van de klinische patiënten in 1995 als uitgangspunt genomen (zie tabel 2.2). Deze leeftijdsverdeling is gebaseerd op de leeftijdsverdeling van de klinische verrichtingen en de verrichtingen in dagopname zoals is vastgesteld op basis van het klinisch registratiesysteem (LMR) van SIG Zorginformatie. Bij de leeftijdsverdeling van de klinische patiënten volgens de LMR, is te zien dat 21,8% van de verrichtingen toegeschreven zijn aan nul-jarigen. Besloten is om dit aandeel buiten beschouwing te laten en de leeftijdsverdeling van de overige leeftijdscategorieën te herwegen met een factor $1/(100-21,8)$.

Vervolgens is het in bijlage 1 geschatte aandeel van 45,9% tijd voor opnamen en verpleegdagen in verband met partus afgehaald van de leeftijdsgroep 15-44 jaar en toegeschreven aan de nul-jarigen.

Tabel 2.2: Berekening leeftijdsverdeling voor de tijdsbesteding in de kliniek, in 1996

Type patiëntcontact	Leeftijdsverdeling klinische patiënten (=verricht.) volgens LMR 1995	Leeftijdsverdeling klinische patiënten na correctie voor aandeel nul-jarigen	Leeftijdsverdeling zorgvraag in de kliniek na correctie voor aandeel partus
0 jaar	21,8%	0,0%	45,9%
1-14 jaar	0,1%	0,1%	0,1%
15-44 jaar	64,5%	82,5%	36,5%
45-64 jaar	10,0%	12,8%	12,8%
65-74 jaar	2,2%	2,8%	2,8%
75-84 jaar	1,2%	1,5%	1,5%
85+ jaar	0,2%	0,3%	0,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

OK

Voor de leeftijdsverdeling van de zorgvraag in de OK, is (net als bij de zorgvraag in de kliniek) de leeftijdsverdeling van de klinische patiënten in 1995 als uitgangspunt genomen (zie tabel 2.3). Ook nu is allereerst gezorgd voor het verwijderen van het binnen de LMR opgegeven aandeel nul-jarigen.

Vervolgens is het in bijlage 1 berekende aandeel van 11,6% van de zorgvraag in de OK voor de keizersneden weggehaald bij de 15-44-jarigen en overgebracht naar de nul-jarigen.

Tabel 2.3: Berekening leeftijdsverdeling voor de tijdsbesteding in de OK, in 1996

Type patiëntcontact	Leeftijds- verdeling klinische patiënten (=verricht.) volgens LMR 1995	Leeftijds- verdeling klinische patiënten na correctie voor aandeel nul-jarigen	Leeftijds- verdeling zorgvraag in de OK na correctie voor aandeel sectio's
0 jaar	21,8%	0,0%	11,6%
1-14 jaar	0,1%	0,1%	0,1%
15-44 jaar	64,5%	82,5%	70,9%
45-64 jaar	10,0%	12,8%	12,8%
65-74 jaar	2,2%	2,8%	2,8%
75-84 jaar	1,2%	1,5%	1,5%
85+ jaar	0,2%	0,3%	0,3%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%

Verloskamer

De zorgvraag in de verloskamer wordt in zijn geheel toegeschreven aan de nul-jarigen.

BIJLAGE 3a: Prognoses van het aantal vrouwen (x 1.000) naar leeftijdscategorie

	1996	2005	2005	2005	2010	2010	2010
		lage variant	midden variant	hoge variant	lage variant	midden variant	hoge variant
0 jaar (M+V!)	196	170	186	202	152	175	200
1-14 jaar	1.296	1.270	1.326	1.384	1.162	1.278	1.396
15-44 jaar	3.439	3.246	3.304	3.364	3.101	3.217	3.332
45-64 jaar	1.768	2.096	2.110	2.122	2.276	2.306	2.334
65-74 jaar	652	655	662	666	703	715	725
75-84 jaar	427	475	484	493	471	486	500
> 84 jaar	154	164	175	185	180	200	218
Totaal	7.932	8.075	8.248	8.418	8.043	8.375	8.704

Bron: CBS, 1996.

BIJLAGE 3b: Groeipercentages van het aantal vrouwen ten opzichte van 1996 naar leeftijdscategorie

	2005	2005	2005	2010	2010	2010
	lage variant	midden variant	hoge variant	lage variant	midden variant	hoge variant
0 jaar (M+V!)	-13,1%	-5,1%	+3,1%	-22,4%	-10,7%	+2,0%
1-14 jaar	-2,0%	+2,3%	+6,8%	-10,3%	-1,4%	+7,7%
15-44 jaar	-5,6%	-3,9%	-2,2%	-9,8%	-6,5%	-3,1%
45-64 jaar	+18,6%	+19,3%	+20,0%	+28,7%	+30,4%	+32,0%
65-74 jaar	+0,5%	+1,5%	+2,1%	+7,8%	+9,7%	+11,2%
74-84 jaar	+11,2%	+13,3%	+15,5%	+10,3%	+13,8%	+17,1%
> 84 jaar	+6,5%	+13,6%	+20,1%	+16,9%	+29,9%	+41,6%
Totaal	+1,8%	+4,0%	+6,1%	+1,4%	+5,6%	+9,7%

BIJLAGE 4: Benodigde groei van het aantal obstetrici/gynaecologen tot 2010 als gevolg van bevolkingsgroei en -samenstelling

In de komende tabellen wordt uitgerekend wat de invloed is van de ontwikkeling in omvang van de verschillende leeftijdsgroepen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de zorgvraag per zorglocatie, zoals is vastgesteld in bijlage 2, en de groei per leeftijdsgroep, zoals is vastgesteld in bijlage 3. Per variant van de bevolkingsprognose, worden de ontwikkelingen per zorglocatie doorgerekend en wordt vervolgens een totaal-tabel gegeven.

Tabel 4.1: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de polikliniek: lage variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de polikliniek	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de polikliniek	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de polikliniek
0 jaar	34,1%	-22,0%	156.607	122.153
1-14 jaar	0,2%	-10,4%	1.136	1.018
15-44 jaar	47,8%	-9,8%	219.467	197.959
45-64 jaar	13,7%	28,7%	62.840	80.875
65-74 jaar	2,5%	7,8%	11.357	12.242
75-84 jaar	1,4%	10,3%	6.435	7.098
85 jaar en ouder	0,3%	16,9%	1.514	1.770
Totaal	100,0%	-7,9%	459.356	423.115

Tabel 4.2: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de kliniek: lage variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de kliniek	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de kliniek	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de kliniek
0 jaar	45,9%	-22,0%	89.742	69.999
1-14 jaar	0,1%	-10,4%	250	224
15-44 jaar	36,5%	-9,8%	71.351	64.358
45-64 jaar	12,8%	28,7%	24.976	32.144
65-74 jaar	2,8%	7,8%	5.495	5.923
75-84 jaar	1,5%	10,3%	2.997	3.306
85 jaar en ouder	0,3%	16,9%	500	584
Totaal	100,0%	-9,6%	195.311	176.538

Tabel 4.3: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de OK: lage variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de OK	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de OK	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de OK
0 jaar	11,6%	-22,0%	33.532	26.155
1-14 jaar	0,1%	-10,4%	371	332
15-44 jaar	70,9%	-9,8%	205.499	185.360
45-64 jaar	12,8%	28,7%	37.059	47.695
65-74 jaar	2,8%	7,8%	8.153	8.789
75-84 jaar	1,5%	10,3%	4.447	4.905
85 jaar en ouder	0,3%	16,9%	741	866
Totaal	100,0%	-5,4%	289.803	274.103

Tabel 4.4: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de verloskamers: lage variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de verlosk.	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de verlosk.	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de verlosk.
Totaal (=0 jaar)	100,0%	-22,0%	251.381	196.077

Tabel 4.5: Invloed bevolkingsontwikkeling op de totale zorgvraag: lage variant

Zorglocatie	Groei van de zorgvraag tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag	Toekomstig aantal uren zorgvraag
Polikliniek	-7,9%	459.356	423.115
Kliniek	-9,6%	195.311	176.538
OK	-5,4%	289.803	274.103
Verloskamers	-22,0%	251.381	196.077
Totaal	-10,5%	1.195.851	1.069.833

Tabel 4.6: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de polikliniek: midden variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de polikliniek	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de polikliniek	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de polikliniek
0 jaar	34,1%	-9,7%	156.607	141.416
1-14 jaar	0,2%	-1,4%	1.136	1.120
15-44 jaar	47,8%	-6,5%	219.467	205.202
45-64 jaar	13,7%	30,4%	62.840	81.943
65-74 jaar	2,5%	9,7%	11.357	12.458
75-84 jaar	1,4%	13,8%	6.435	7.323
85 jaar en ouder	0,3%	29,8%	1.514	1.965
Totaal	100,0%	-1,7%	459.356	451.427

Tabel 4.7: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de kliniek: midden variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de kliniek	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de kliniek	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de kliniek
0 jaar	45,9%	-9,7%	89.742	81.037
1-14 jaar	0,1%	-1,4%	250	246
15-44 jaar	36,5%	-6,5%	71.351	66.713
45-64 jaar	12,8%	30,4%	24.976	32.568
65-74 jaar	2,8%	9,7%	5.495	6.028
75-84 jaar	1,5%	13,8%	2.997	3.411
85 jaar en ouder	0,3%	29,8%	500	648
Totaal	100,0%	-2,4%	195.311	190.652

Tabel 4.8: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de OK: midden variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de OK	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de OK	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de OK
0 jaar	11,6%	-9,7%	33.532	30.280
1-14 jaar	0,1%	-1,4%	371	365
15-44 jaar	70,9%	-6,5%	205.499	192.142
45-64 jaar	12,8%	30,4%	37.059	48.325
65-74 jaar	2,8%	9,7%	8.153	8.944
75-84 jaar	1,5%	13,8%	4.447	5.061
85 jaar en ouder	0,3%	29,8%	741	962
Totaal	100,0%	-1,3%	289.803	286.079

Tabel 4.9: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de verloskamers: midden variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de verlosk.	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de verlosk.	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de verlosk.
Totaal (=0 jaar)	100,0%	-9,7%	251.381	226.997

Tabel 4.10: Invloed bevolkingsontwikkeling op de totale zorgvraag: midden variant

Zorglocatie	Groei van de zorgvraag tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag	Toekomstig aantal uren zorgvraag
Polikliniek	-1,7%	459.356	451.427
Kliniek	-2,4%	195.311	190.652
OK	-1,3%	289.803	286.079
Verloskamers	-9,7%	251.381	226.997
Totaal	-3,4%	1.195.851	1.155.155

Tabel 4.11: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de polikliniek: hoge variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de polikliniek	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de polikliniek	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de polikliniek
0 jaar	34,1%	3,7%	156.607	162.401
1-14 jaar	0,2%	7,8%	1.136	1.224
15-44 jaar	47,8%	-3,1%	219.467	212.664
45-64 jaar	13,7%	32,0%	62.840	82.948
65-74 jaar	2,5%	11,2%	11.357	12.628
75-84 jaar	1,4%	17,1%	6.435	7.536
85 jaar en ouder	0,3%	41,6%	1.514	2.144
Totaal	100,0%	4,8%	459.355	481.546

Tabel 4.12: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de kliniek: hoge variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de kliniek	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de kliniek	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de kliniek
0 jaar	45,9%	3,7%	89.742	93.063
1-14 jaar	0,1%	7,8%	250	269
15-44 jaar	36,5%	-3,1%	71.351	69.139
45-64 jaar	12,8%	32,0%	24.976	32.968
65-74 jaar	2,8%	11,2%	5.495	6.110
75-84 jaar	1,5%	17,1%	2.997	3.510
85 jaar en ouder	0,3%	41,6%	500	707
Totaal	100,0%	5,4%	195.310	205.766

Tabel 4.13: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de OK: hoge variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de OK	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de OK	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de OK
0 jaar	11,6%	3,7%	33.532	34.773
1-14 jaar	0,1%	7,8%	371	399
15-44 jaar	70,9%	-3,1%	205.499	199.129
45-64 jaar	12,8%	32,0%	37.059	48.918
65-74 jaar	2,8%	11,2%	8.153	9.066
75-84 jaar	1,5%	17,1%	4.447	5.208
85 jaar en ouder	0,3%	41,6%	741	1.050
Totaal	100,0%	3,0%	289.803	298.543

Tabel 4.14: Invloed bevolkingsontwikkeling op de zorgvraag in de verloskamers: hoge variant

Leeftijdscategorie	Aandeel van de leeftijds-groep in 1996 in de verlosk.	Groei van de zorgvraag (= groei leeftijds-groep) tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag in de verlosk.	Toekomstig aantal uren zorgvraag in de verlosk.
Totaal (= 0 jaar)	100,0%	3,7%	251381	260682

Tabel 4.15: Invloed bevolkingsontwikkeling op de totale zorgvraag: hoge variant

Zorglocatie	Groei van de zorgvraag tot 2010	Huidig aantal uren zorgvraag	Toekomstig aantal uren zorgvraag
Polikliniek	4,8%	459.356	481.546
Kliniek	5,4%	195.311	205.766
OK	3,0%	289.803	298.543
Verloskamers	3,7%	251.381	260.682
Totaal	4,2%	1.195.851	1.246.537

**BIJLAGE 5: Verwachtingen van werkzame obstetrici/gynaecologen
omtrent de toe- of afname van de werkbelasting in de
periode 1996-2005**

	Invloed op werkbelasting		
	afname	onver- anderd	toename
Samenwerking c.q. verschuiving 1e/2e lijn	8,4	68,3	23,4
Verandering in behandelingstechnieken	4,3	40,5	55,2
Multidisciplinaire behandelingen	1,0	44,4	54,6
Budgetbeheersing	17,9	45,8	36,3
Second opinions	0,5	40,2	59,3
Juridische zaken	0,8	33,6	65,6
Expertises	0,5	52,7	46,8
Managementparticipatie	1,3	17,3	81,5
Automatisering praktijkadministratie	18,9	64,3	16,8
Etnische en sociale samenstelling patiënten	0,5	55,2	44,2
Vergrijzing van de bevolking	3,0	29,7	67,3
Mondigheid patiënten	0,3	17,4	82,3
WGBO problematiek	0,8	28,3	70,9
Kwaliteitsontwikkeling/controle	0,3	21,8	77,9
Protocollaire geneeskunde	5,9	57,9	36,2
Na- en bijscholing	0,5	40,1	59,4
Opleiding AGIO's	0,3	63,1	36,6

BIJLAGE 6: Groei in verband met verschil tussen huidige en gewenste tijdsbeslag per consult/verrichting naar werkveld

Tabel 6.1: Overzicht factor tijdsbesteding per patiëntcontact (in minuten per patiënt per type consult)

	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Situatie in 1996:				
- Eerste consulten	15,0	15,0	25,0	16,0
- Herhaalconsulten	8,5	8,9	12,3	9,0
Verwacht voor 2010:				
- Eerste consulten	17,6	18,8	27,2	19,0
- Herhaalconsulten	9,5	10,9	14,4	10,4

Tabel 6.2: Totale tijdsbeslag in de polikliniek in uren per type patiëntcontact

Type patiëntcontact	Algemeen ziekenhuis zonder opl.	Algemeen ziekenhuis met opl.	Academisch ziekenhuis	Totaal
Situatie in 1996:				
- Eerste consulten	81.054	43.832	24.054	148.940
- Herhaalconsulten	142.384	80.622	36.687	259.693
Totale zorgvraag	672.017	365.555	158.279	1.195.851
Verwacht voor 2010:				
- Eerste consulten	95.103	54.936	26.170	176.210
- Herhaalconsulten	159.136	98.738	42.950	300.825
Totale zorgvraag	702.817	394.777	166.657	1.264.251
Groei in totale zorgvraag:	+ 4,6%	+ 8,0%	+ 5,3%	+ 5,7%

BIJLAGE 7: Vergelijking tussen vraag en aanbod

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van obstetrici/gynaecologen is een aantal scenario's uitgewerkt. Daarbij is voor het prognosejaar 2010 onderscheid gemaakt naar een drietal CBS-bevolkingsprognoses (laag/midden/hoog).

Scenario 1 (demografisch scenario)

In dit model wordt er vanuit gegaan dat de vraag naar obstetrisch/gynaecologische zorg in 2010 uitsluitend afhankelijk is van demografische ontwikkelingen.

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	548	592	639
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	47	91	138
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	7	13	20

Scenario 2

In dit model wordt, naast de demografische ontwikkelingen (scenario 1), rekening gehouden met de veronderstelling dat de obstetrici/gynaecologen in het jaar 2010 gemiddeld 8,5 *dagdelen* per week (exclusief diensten) werken.

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	596	643	694
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	95	142	193
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	14	20	28

Scenario 3a

In dit model wordt, naast de demografische ontwikkelingen (scenario 1), rekening gehouden met de veronderstelling dat de obstetrici/gynaecologen in het jaar 2010 8,5 *dagdelen* per week werken (scenario 2) en 53 *uur* per 10 *dagdelen* (exclusief diensten) werken.

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	624	673	727
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	123	172	226
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	18	25	32

Scenario 3b

In dit model wordt, naast demografische ontwikkelingen (scenario 1), rekening gehouden met de veronderstelling dat de obstetrici/gynaecologen in het jaar 2010 8,5 dagdelen per week werken (scenario 2) en 50 uur per 10 dagdelen (exclusief diensten) werken.

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	661	714	770
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	160	213	269
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	23	30	38

Scenario 3c

In dit model wordt, naast demografische ontwikkelingen (scenario 1), rekening gehouden met de veronderstelling dat de obstetrici/gynaecologen in het jaar 2010 8,5 dagdelen per week werken (scenario 2) en 48 uur per 10 dagdelen (exclusief diensten) werken.

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	688	743	802
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	188	242	301
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	27	35	43

Scenario 4a

In dit model wordt, naast de demografische ontwikkelingen (scenario 1), ook rekening gehouden met:

- 8,5 dagdelen per week in 2010 (scenario 2)
- 53 uur per 10 dagdelen (exclusief diensten) in 2010 (scenario 3a)
- Toename aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	668	721	778
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	167	220	277
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	24	31	40

Scenario 4b

In dit model wordt, naast de demografische ontwikkelingen (scenario 1), ook rekening gehouden met:

- 8,5 dagdelen per week in 2010 (scenario 2)
- 50 uur per 10 dagdelen (exclusief diensten) in 2010 (scenario 3b)
- Toename aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	708	764	825
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	207	264	324
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	30	38	46

Scenario 4c

In dit model wordt, naast de demografische ontwikkelingen (scenario 1), ook rekening gehouden met:

- 8,5 dagdelen per week in 2010 (scenario 2)
- 48 uur per 10 dagdelen (exclusief diensten) in 2010 (scenario 3c)
- Toename aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	737	796	859
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	236	295	358
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	34	42	51

Scenario 5a

In dit model wordt, naast de demografische ontwikkelingen (scenario 1), ook rekening gehouden met:

- 8,5 dagdelen per week in 2010 (scenario 2)
- 53 uur per 10 dagdelen (exclusief diensten) in 2010 (scenario 3a)
- Toename aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten (scenario 4)
- Toename tijdsbesteding per patiëntcontact

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	706	762	822
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	205	261	322
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	29	37	46

Scenario 5b

In dit model wordt, naast de demografische ontwikkelingen (scenario 1), ook rekening gehouden met:

- 8,5 dagdelen per week in 2010 (scenario 2)
- 50 uur per 10 dagdelen (exclusief diensten) in 2010 (scenario 3b)
- Toename aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten (scenario 4)
- Toename tijdsbesteding per patiëntcontact

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	748	808	872
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	247	307	381
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	35	44	53

Scenario 5c

In dit model wordt, naast de demografische ontwikkelingen (scenario 1), ook rekening gehouden met:

- 8,5 dagdelen per week in 2010 (scenario 2)
- 48 uur per 10 dagdelen (exclusief diensten) in 2010 (scenario 3c)
- Toename aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten (scenario 4)
- Toename tijdsbesteding per patiëntcontact

	CBS-bevolkingsprognose		
	laag	midden	hoog
Benodigde vraag	779	842	908
Aanbod	501	501	501
Totaal aantal op te leiden obst./gyn. in de periode 1997-2003	278	341	407
Jaarlijks aantal op te leiden obst./gyn. vanaf 1997	40	49	48

BIJLAGE 8

Tabel 1: Uitkomsten scenario's (bij de lage variant van de bevolkingsprognose)

	Benodigde aantal obst./gyn. in 2010	Benodigde instroom per jaar	Vershil met huidige instroom per jaar
Scenario 1			
- demografische ontwikkelingen (<i>lage variant</i>)	548	7	-25
Scenario 2			
- demografische ontwikkelingen (<i>lage variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)	596	14	-18
Scenario 3			
- demografische ontwikkelingen (<i>lage variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
3a (53 uur per fte)	624	18	-14
3b (50 uur per fte)	661	23	-9
3c (48 uur per fte)	688	27	-5
Scenario 4			
- demografische ontwikkelingen (<i>lage variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten			
4a (53 uur per fte)	668	24	-8
4b (50 uur per fte)	708	30	-2
4c (48 uur per fte)	737	34	+2
Scenario 5			
- demografische ontwikkelingen (<i>lage variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten			
- toename tijdsbesteding per patiëntcontact			
5a (53 uur per fte)	706	29	-3
5b (50 uur per fte)	748	35	+3
5c (48 uur per fte)	779	40	+8

BIJLAGE 9

Tabel 1: Uitkomsten scenario's (bij de hoge variant van de bevolkingsprognose)

	Benodigde aantal obst./gyn. in 2010	Benodigde instroom per jaar	Verschil met huidige instroom per jaar
Scenario 1			
- demografische ontwikkelingen (<i>hoge variant</i>)	639	20	-12
Scenario 2			
- demografische ontwikkelingen (<i>hoge variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)	694	28	-4
Scenario 3			
- demografische ontwikkelingen (<i>hoge variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
3a (53 uur per fte)	727	32	0
3b (50 uur per fte)	770	38	+6
3c (48 uur per fte)	802	43	+11
Scenario 4			
- demografische ontwikkelingen (<i>hoge variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten			
4a (53 uur per fte)	778	40	+8
4b (50 uur per fte)	825	46	+14
4c (48 uur per fte)	859	51	+19
Scenario 5			
- demografische ontwikkelingen (<i>hoge variant</i>)			
- daling in dagdelen per week (8,5 dagdeel per week)			
- daling in uren per fte			
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten			
- toename tijdsbesteding per patiëntcontact			
5a (53 uur per fte)	822	46	+14
5b (50 uur per fte)	872	53	+21
5c (48 uur per fte)	908	58	+26

BIJLAGE 10: Vragenlijsten

De volgende vragenlijsten zijn in het kader van het onderzoek 'Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1996-2010' uitgezet:

- Vragenlijst voor obstetrici/gynaecologen;
- Vragenlijst voor obstetrici/gynaecologen in opleiding (AGIO's).

Indien u belangstelling heeft voor bovenstaande vragenlijsten, dan kunt u contact opnemen met de heer L. van der Velden of de heer L. Hingstman van het NIVEL, telefoon: 030-2729700.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1997, deel 1: Hoofdrapport; deel 2: Tabellenrapport

Auteurs: T. Wiegers, J. Harmsen, L. Hingstman, W. van der Windt, J. van der Bent, P.C. Allaart

Utrecht/Den Haag: NIVEL/NZi/OSA, 1997, 90 pag., f 15,00 - deel 1; 170 pag., f 25,00 - deel 2

Beschrijvenderwijs worden de belangrijkste actuele ontwikkelingen binnen beroepsgroepen en subsectoren in de gezondheidssector weergegeven. In tekst en bijlagen zijn relevante tabellen opgenomen, waaronder enkele algemene overzichtstabellen betreffende de arbeidsmarkt in de zorgsector.

Allereerst wordt in het rapport een beeld geschetst van de algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, waarbij de zorgsector wordt vergeleken met de Nederlandse economie in het algemeen. Vervolgens worden de belangrijkste ontwikkelingen binnen diverse sectoren en beroepen in de zorgsector beschreven, alsmede werkgelegenheidsaspecten van de arbeidsmarkt binnen de zorgsector. Het gaat daarbij zowel om zelfstandige als in loondienst uitgeoefende beroepen.

Behoefteraming longartsen 1996-2010

Auteurs: J. Harmsen, L. van der Velden, L. Hingstman

Utrecht: NIVEL, 1996, 88 pag., f 17,00

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) heeft het NIVEL gevraagd een behoefteramingsstudie voor longartsen uit te voeren. Op basis hiervan kan een betere onderbouwing gegeven worden ten behoeve van de toekomstige opleidingscapaciteit. De opzet van deze studie is in hoofdlijnen afgeleid uit eerdere behoefteramingsstudies van het NIVEL. Dit betekent dat allereerst gekeken wordt naar de huidige en de te verwachten vraag naar longgeneeskundige zorg. Verschillende factoren die deze vraag beïnvloeden zullen worden vertaald in het aantal longartsen dat nodig is om aan die (verwachte) vraag te kunnen voldoen. Na de bepaling van de toekomstige vraag naar longartsen wordt vervolgens aangegeven welke ontwikkelingen er verwacht kunnen worden met betrekking tot het aanbod van longartsen. Aan de hand hiervan kan worden bepaald hoe het aanbod van longartsen zich in aantal en samenstelling zal ontwikkelen. Tenslotte is de toekomstige vraag naar longgeneeskundige zorg geconfronteerd met het toekomstige aanbod van longartsen. Op basis hiervan worden vervolgens een aantal scenario's ramingen opgesteld die aangeven hoeveel longartsen er tot het prognosejaar (2010) jaarlijks in opleiding moeten komen om vraag en aanbod in dat prognosejaar goed op elkaar te laten aansluiten.

Behoefteraming reumatologen 1997 - 2010

Auteurs: L. van der Velden, L. Hingstman, J. Harmsen

Utrecht: NIVEL, 1997, 88 pag., f 17,00

De Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) heeft het NIVEL gevraagd een behoefteramingsstudie voor reumatologen uit te voeren. Op basis hiervan kan een betere onderbouwing gegeven worden ten behoeve van de toekomstige opleidingscapaciteit. De opzet van deze studie is in hoofdlijnen afgeleid van eerdere behoefteramingsstudies van het NIVEL. Er wordt eerst gekeken naar de huidige en te verwachten vraag naar reumatologen. Verschillende factoren die deze vraag mogelijkwerwijs gaan beïnvloeden, zijn daarbij meegenomen. Vervolgens is nagegaan hoe het aanbod van reumatologen zich zal ontwikkelen. Op basis van een aantal scenario's, die onderling verschillen in de veronderstellingen over de ontwikkelingen van zowel de vraag als het aanbod, wordt nagegaan hoeveel reumatologen opgeleid moeten worden om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten.

