(15698)

GEVOLGEN VOOR ZORGAANBOD EN WACHTTIJDEN DOOR OVERGANG VAN MEDISCH SPECIALISTEN VAN VRIJ BEROEP NAAR DIENSTVERBAND

L.F.J. van der Velden
L. Hingstman
Ph. Heiligers
P.P. Groenewegen

Oktober 1997

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
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

Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband / L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, Ph. Heiligers, P.P. Groenewegen
Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
Met lit. opg.
ISBN 90-6905-354-3
Trefw.: medisch specialisten; zorgaanbod; wachttijden

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.

INHOUD

pag.

1. INLEIDING 5

2. METHODE VAN ONDERZOEK 7
   2.1. Gegevensverzameling behoefteramingsstudies 7
   2.2. Gegevensverzameling deeltijdonderzoek 8
   2.3. Selectie van gegevens 10
   2.4. Representativiteit 12
   2.5. Statistische procedures 12

3. ACHTERGRONDKENMERKEN VAN VRIJ BEROEPERS EN DIENSTVERBANDERS 15

4. VERSCHILLEN IN TIJDSBESTEDING VAN VRIJ BEROEPERS EN DIENSTVERBANDERS 19
   4.1. Aantal fte 20
   4.2. Reguliere werkuren 21
   4.3. Patiëntgebonden versus niet-patiëntgebonden uren 23
   4.4. Tijdsbesteding per patiëntcontact 25
   4.5. Diensten 26
   4.6. Overige tijdsbesteding 30
   4.7. Conclusie 32

5. SCENARIO's VOOR DE INVLOED VAN DE OVERGANG VAN VRIJ BEROEP NAAR DIENSTVERBAND OP HET ZORGAANBOD 35
   5.1. Inleiding 35
   5.2. Methode 36
   5.3. Uitkomsten 38

6. SCENARIO's VOOR DE INVLOED VAN DE OVERGANG VAN VRIJ BEROEP NAAR DIENSTVERBAND OP DE WACHTTIJDEN 41
   6.1. Inleiding 41
   6.2. Wachtlijsten en wachttijden 41
   6.3. Registratie van wachtlijsten 42
   6.4 Duur en omvang van wachtlijsten 42
   6.5. Enkele scenario's overgang vrij beroep naar dienstverband op de wachttijd 44

7. CONCLUSIE 47

8. LITERATUUR 49

BIJLAGEN 51

In dit rapport wordt overigens met de term '*vrijgevestigden*' gedoeld op medisch specialisten die vrij beroepsbeoefenaar zijn. Wanneer we in dit rapport spreken over '*rechtspositie*', dan wordt daarmee het onderscheid bedoeld tussen '*vrijgevestigden*' enerzijds en '*dienstverbanders*' anderzijds.

1 INLEIDING

Twee belangrijke uitgangspunten van het Nederlandse gezondheidszorgbeleid zijn kostenbeheersing en doelmatigheid. In navolging van de voorstellen van de Commissie Biesheuvel (Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994) probeert het huidige kabinet dit te realiseren via het wetsvoorstel 'Integratie medisch specialistische zorg' (VWS, 1997). Eén van de consequenties van dit wetsvoorstel leek te zijn dat de vrije keuze van medisch specialisten tussen een volwaardig vrij beroep en een volwaardig dienstverband zou komen te vervallen en dat alle medisch specialisten in dienst van de ziekenhuizen zouden komen. Recent is echter een convenant gesloten tussen de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ vereniging van ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland om vorm te geven aan het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, zoals omschreven in het wetsvoorstel. In dit convenant wordt expliciet uitgegaan van het blijven bestaan van de keuze tussen een volwaardig vrij beroep en een volwaardig dienstverband. Hoewel de overheid geen partij is in dit Convenant, ligt er als ontbindende voorwaarde aan ten grondslag dat medisch specialisten niet door aanvaarding van het wetsvoorstel worden beperkt hun praktijk uit te oefenen in een volwaardig vrij beroep dan wel in een volwaardig dienstverband. Deze ontbindende voorwaarde kan slechts door de overheid worden vervuld. Gelet de intenties van alle betrokkenen mag worden verwacht dat genoemde vrije keuze voor medisch specialisten gehandhaafd blijft.

Opmerkelijk bij de discussies gedurende de afgelopen periode was dat de gevolgen van het wetsvoorstel voor de doelmatigheid, de kwaliteit en de kwantiteit van het aanbod aan medisch specialistische zorg en, in het verlengde daarvan, voor de wachttijden, nauwelijks serieus zijn bekeken. Voorstanders van het wetsvoorstel verwachten van een overgang van vrij beroep naar dienstverband een mogelijke verbetering van de doelmatigheid van de medisch specialistische zorg en daardoor een daling van de wachttijden. Tegenstanders van het wetsvoorstel verwachten dat een overgang van vrij beroep naar dienstverband zal betekenen dat de omvang van het aanbod aan medisch specialistische zorg waarschijnlijk zal dalen en dat daardoor de wachttijden zullen toenemen.

Er zijn in Nederland vrijwel geen empirische gegevens gepubliceerd die de ene dan wel de andere veronderstelling kunnen onderbouwen. Het ontbreken van de benodigde gegevens was voor het Petrus Camper Instituut, het onafhankelijk wetenschappelijk instituut van de Orde van Medisch Specialisten, aanleiding om een inventariserende studie te laten uitvoeren. Het Petrus Camper Instituut heeft het NIVEL in juli 1997 gevraagd om deze studie uit te voeren (zie bijlage 1).

Het doel van deze studie is inzicht te krijgen in de mogelijke effecten van een overgang van een vrij ondernemerschap van medisch specialisten naar een dienstverband op de omvang van het aanbod aan medisch specialistische zorg in het algemeen en op de wachttijden in het bijzonder. De studie beperkt zich tot de kwantitatieve aspecten van het zorgaanbod. Eventuele consequenties voor de doelmatigheid en de kwaliteit blijven in deze rapportage buiten beschouwing.

Het onderzoek is opgesplitst in een aantal deelvraagstellingen. In de onderhavige rapportage zullen de volgende deelvraagstellingen worden uitgewerkt:

1. In hoeverre zijn er op dit moment in Nederland verschillen tussen specialisten in het vrij beroep en specialisten in dienstverband ten aanzien van:
   a. het aantal werkuren per week;
   b. het aandeel patiëntgebonden werkuren;
   c. het aantal patiëntcontacten per patiëntgebonden werkuur?

2. In hoeverre zijn er veranderingen te verwachten bij een overgang van een systeem van vrij beroep naar een systeem van dienstverband ten aanzien van de omvang van het zorgaanbod en de wachttijden?

Eén van de mogelijkheden om een indicatie te krijgen hoe de omvang van het zorgaanbod van medisch specialisten kan veranderen bij invoering van een systeem van dienstverband, is het verrichten van dwarsdoorsnede onderzoek in de huidige Nederlandse situatie. Het gaat dan om het vaststellen van het eventuele verschil in omvang van het zorgaanbod van de huidige groep vrijgevestigde specialisten en de groep specialisten die nu reeds in dienstverband werkzaam is. Een kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat het moeilijk is om op basis van dwarsdoorsnede onderzoek uitspraken te doen over veranderingen. Het is nooit zeker dat specialisten die nu vrijgevestigd zijn en straks in één of andere vorm van dienstverband werken, ook het gedrag van de huidige groep dienstverbanders zullen gaan aannemen. Het is mogelijk dat de huidige groep dienstverbanders reeds uit een specifieke groep specialisten bestaat. Aangezien er geen gegevens zijn die de veranderingen in de tijd beschrijven, biedt het dwarsdoorsnede onderzoek echter de enige mogelijkheid om voor de Nederlandse situatie enig empirisch inzicht te krijgen in de problematiek.
Naast het rekening houden met de verschillen in tijdsbesteding van de vrijgevestigden en de huidige groep dienstverbanders, is het niet geheel irreëel om te veronderstellen dat het arbeidspatroon van de totale groep medisch specialisten zal veranderen. Op dit moment zijn de werktijden van de vrijgevestigde specialisten te zien als een norm waaraan de huidige dienstverbanders hun werktijden ontlenen. Indien de vrij beroepsbeoefenaren als normstellende groep wegvallen, dan is er kans dat er een nieuwe, lagere norm zal ontstaan. Ook hier zal rekening mee worden gehouden.

De rapportage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt uitbreid ingegaan op de gegevensbronnen die gebruikt zijn. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 een beschrijvende analyse worden gegeven over de verschillen tussen vrij beroepsbeoefenaren en dienstverbanders ten aanzien van een aantal achtergrondkenmerken, zoals sekse en type ziekenhuis. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de verschillen in tijdsbesteding tussen beide groepen, zonder en met controle voor verschillen in de achtergrondkenmerken. De geconstateerde verschillen in tijdsbesteding na controle, worden in hoofdstuk 5 omgezet in enkele scenario's, waarin de gevolgen worden beschreven die een overgang naar een dienstverband zou kunnen hebben voor het zorgaanbod. Daarbij zal een teruggang in de norm van alle medisch specialisten als één van de scenario's worden meegenomen. In hoofdstuk 6 wordt tenslotte aangegeven hoe de voorspelde ontwikkelingen in het zorgaanbod in de verschillende scenario's van invloed zijn op de wachttijden.

2 METHODE VAN ONDERZOEK

Voor het beantwoorden van de eerste vraagstelling is gebruik gemaakt van gegevens die het NIVEL heeft verzameld in het kader van verschillende behoefteramingsstudies (Harmsen e.a., 1996; Van der Velden e.a., 1997a; Van der Velden e.a., 1997b; Van der Velden e.a., 1997c) en het 'Deeltijdonderzoek onder artsen' (Heiligers e.a., 1997) In deze studies zijn via schriftelijke enquêtes, naast tal van achtergrondgegevens (leeftijd, sekse, rechtspositie, type ziekenhuis e.d.), ook gegevens verzameld over de tijdsbesteding (reguliere werkuren, patiënt/niet-patiëntgebonden uren, diensten e.d.). Aangezien er tussen de behoefteramingsstudies en de deeltijdstudie enige verschillen bestaan in de wijze van gegevensverzameling, peiljaar, steekproeftrekking e.d. zullen beide gegevensverzamelingen apart besproken worden.
Voor de eerste vraagstelling zijn per specialisme vergelijkingen gemaakt in de tijdsbesteding van de vrijgevestigden en de dienstverbanders in niet-academische ziekenhuizen. De methodologische verantwoording van deze vergelijking wordt in dit hoofdstuk gegeven en de uitwerking volgt in de hoofdstukken 3 en 4.
Voor de tweede vraagstelling zijn vervolgens enkele scenario's geschetst die, wederom per specialisme, zijn doorgerekend voor wat betreft hun consequenties op het zorgaanbod in termen van het aantal patiënten dat behandeld kan worden en de wachttijden. Over de opzet en uitwerking van de scenario's, wordt in de hoofdstukken 5 en 6 gerapporteerd.

2.1 Gegevensverzameling behoefteramingsstudies

In de afgelopen jaren heeft het NIVEL ten behoeve van een aantal Wetenschappelijke Verenigingen van erkende medisch specialismen behoefteramingsstudies uitgevoerd (zie schema).

	Afgerond in
Longartsen	December 1996
Reumatologen	Januari 1997
Gynaecologen	Oktober 1997
Orthopaeden	November 1997

De opzet van de verschillende behoefteramingsstudies was vrijwel identiek. Dit betekent dat alle werkzame beroepsbeoefenaren van de vier onderscheiden specialismen een schriftelijke enquête hebben ontvangen. De naam- en adresgegevens zijn verkregen van de betrokken Wetenschappelijke Verenigingen.

In dit rapport wordt overigens met de term '*vrijgevestigden*' gedoeld op medisch specialisten die vrij beroepsbeoefenaar zijn. Wanneer we in dit rapport spreken over '*rechtspositie*', dan wordt daarmee het onderscheid bedoeld tussen '*vrijgevestigden*' enerzijds en '*dienstverbanders*' anderzijds.

Respons en representativiteit
Uit tabel 2.1 blijkt dat er enige verschillen zijn in de respons tussen de verschillende specialistengroepen. Bij de reumatologen ligt de respons het hoogst. Dit heeft deels te maken met het feit dat het bestuur van de Wetenschappelijke Vereniging van dit specialisme een relatief actieve campagne heeft gevoerd om iedereen te laten meedoen. Bij de overige specialismen schommelt het responspercentage tussen de 73% en 75%.

Tabel 2.1: Overzicht van de responsgegevens

	Aangeschreven	Ingevuld retour	Responspercentage
Longartsen	342	255	74,6%
Reumatologen	130	120	92,3%
Gynaecologen	613	450	73,4%
Orthopaeden	380	278	73,2%

Voor alle vier studies is een non-responsanalyse uitgevoerd. In alle studies bleek dat degenen die de enquête niet hadden ingevuld op een aantal kenmerken (leeftijd, sekse, type ziekenhuis) nauwelijks afwijken van de groep die wel gerespondeerd hebben. Op basis van deze non-responsanalyse en het feit dat het een populatie-onderzoek betreft (iedereen is aangeschreven en meer dan 70% van de aangeschrevenen heeft gereageerd) kunnen de uitkomsten als representatief worden beschouwd.

2.2 Gegevensverzameling deeltijdonderzoek

In het deeltijdonderzoek zijn gegevens verzameld over de volgende groepen van (grotendeels) intramuraal werkende medisch specialisten: anesthesiologen, internisten, oogartsen, orthopaedisch chirurgen en psychiaters. Voor het onderzoek naar de gevolgen van een overgang naar een dienstverband, hebben wij de volgende drie groepen specialisten geselecteerd: anesthesiologen, internisten en oogartsen. De psychiaters zijn niet meegenomen, aangezien er vrijwel geen vrijgevestigde psychiaters werkzaam zijn in niet-academische ziekenhuizen (vrijwel iedereen werkt in dienstverband). Voor wat betreft de orthopaedisch chirurgen is gebruik gemaakt van gegevens die in het kader van de behoefteramingsstudie over deze beroepsgroep zijn verzameld (zie de vorige paragraaf).

Steekproef en respons
De gegevens over de drie geselecteerde specialistengroepen zijn verkregen via een steekproefonderzoek. Voor het verrichten van de steekproeftrekking is gebruik gemaakt van de ledenbestanden van de drie betrokken Wetenschappelijke Verenigingen. Daarbij is gekozen voor een gestratificeerde aselecte steekproef. Om voldoende deeltijders per specialisme te kunnen enquêteren is per specialisme een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Er zijn relatief meer vrouwen geënquêteerd dan mannen. Hier wordt in de analyses rekening mee gehouden door middel van het toepassen van weegfactoren.

Tabel 2.2: Steekproefkader, steekproefgrootte en respons per specialisme

	Steekproefkader			Steekproefgrootte			Respons					
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man		vrouw		totaal	
							abs	%	abs	%	abs	%
Anesthesiologen	627	161	788	291	161	452	176	60	112	70	288	64
Internisten	932	192	1.124	423	192	615	287	68	120	63	407	66
Oogartsen	323	116	439	172	116	288	107	62	75	65	182	63

Uit tabel 2.2 blijkt dat er tussen de drie groepen geen grote verschillen zijn in respons: deze varieert tussen de 63% en 66%. Binnen elk van de drie groepen verschilt de respons enigszins voor mannen en vrouwen. Ook hiervoor wordt in de analyses gecorrigeerd met behulp van weegfactoren. Helaas waren er geen gegevens beschikbaar om een meer uitgebreide non-responsanalyse uit te voeren.

Periode van de gegevensverzameling

De gegevensverzameling heeft plaatsgevonden in de periode januari 1996-juni 1996. Om de respons zo hoog mogelijk te krijgen is in april 1996 een rappel-enquête verstuurd.

Weging

Aangezien in de steekproeftrekking het aantal vrouwen is opgehoogd en de respons van de vrouwen relatief hoog is geweest, moesten weegfactoren worden opgesteld om de verhouding tussen beide seksen weer te relateren aan de bestaande man-vrouw-verhouding van de totale populatie (zie tabel 2.3).

Tabel 2.3: Weegfactoren, respons en gewogen respons naar geslacht

	Weegfactoren		Respons		Gewogen respons	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Anesthesiologen	1.3011	0.5268	176	112	229	59
Internisten	1.1759	0.5794	287	120	337	70
Oogartsen	1.2515	0.6412	107	75	134	48

In tabel 2.3 is weergegeven hoe de responsaantallen na toepassing van de weegfactoren veranderd zijn in gewogen responsaantallen. Het resultaat is een kleine ophoging van de respons van mannen en een verlaging van de responsgroep vrouwen. Door toepassing van de weegfactoren is de man-vrouw-verdeling van de gewogen steekproef van elk van de specialismen gelijk geworden aan de man-vrouw-verdeling in de populatie van die specialismen.

2.3 Selectie van gegevens

Welke specialisten

Gezien de vraagstelling van het onderzoek hebben wij ons beperkt tot de groep specialisten die of 100% van hun tijd als vrijgevestigde of 100% als dienstverbander werkzaam zijn in niet-academische ziekenhuizen. Op die manier kan een vergelijking worden gemaakt van het arbeidspatroon onder de condities van enerzijds vrije vestiging en anderzijds dienstverband, onder constant houding van de context waarbinnen gewerkt wordt.

Dit betekent dat de volgende groepen specialisten buiten beschouwing zijn gebleven:

1. Alle specialisten werkzaam in academische ziekenhuizen.
2. Alle specialisten die zowel in een niet-academisch ziekenhuis als in een academisch ziekenhuis werkzaam zijn.
3. Alle specialisten die in een eigen praktijk buiten een ziekenhuis werkzaam zijn.
4. Alle specialisten die deels vrijgevestigd en deels in dienstverband werkzaam zijn.

De keuze om de academische ziekenhuizen buiten beschouwing te laten heeft te maken met het feit dat het werk binnen deze ziekenhuizen van bijzondere aard is door het relatief grote aandeel tijd dat besteed wordt aan onderwijs en onderzoek. De tijdsbesteding van de academisch specialisten is daarom niet goed vergelijkbaar met die van de medisch specialisten die werkzaam zijn in niet-academische ziekenhuizen. Bovendien is de patiëntenpopulatie van deze twee typen ziekenhuizen niet goed vergelijkbaar.

Verder wordt ook die groep specialisten buiten beschouwing gelaten die deels in een niet-academisch ziekenhuis werkt en deels in een academisch ziekenhuis. Dit vanwege het feit dat er in de beschikbare databestanden geen onderscheid gemaakt kan worden in de tijdsbesteding van deze specialisten naar type werkveld. Eveneens worden de specialisten die in een eigen praktijk buiten een ziekenhuis werkzaam zijn niet in de analyses meegenomen. De reden is dat een eventuele overgang naar dienstverband niet op deze groep van toepassing is.

Om inzicht te geven in de gevolgen van deze selectie is in tabel 2.4 een overzicht gegeven van het aantal werkzame specialisten naar type werkveld. Allereerst moet worden geconstateerd dat binnen de meeste specialismen het merendeel van de medisch specialisten werkzaam is in een niet-academisch ziekenhuis. Dit loopt uiteen van 54% voor de oogartsen tot 85% van de orthopaeden. Met uitzondering van de internisten, is minder dan 22% van de specialisten werkzaam in een academisch ziekenhuis. Verder blijkt dat een deel van de specialisten, met name de oogartsen, een eigen praktijk buiten een ziekenhuis heeft.

Tabel 2.4: Relatieve verdeling werkzame specialisten naar type werkveld

	niet-Academisch ziekenhuis	Academisch ziekenhuis	Combinatie niet-Academisch + Academisch	Extra-muraal	Totaal
Anesthesiologen[1]	75,2	21,5	-	3,3	100,0
Gynaecologen[2]	77,6	20,0	2,4	-	100,0
Internisten[1]	56,3	38,3	-	5,4	100,0
Longartsen[1]	76,1	21,4	-	2,5	100,0
Oogartsen[1]	54,4	13,1	2,2	30,3	100,0
Orthopaeden[2]	85,0	14,3	0,7	-	100,0
Reumatologen[2]	70,8	15,0	13,3	0,9	100,0

[1] Peildatum 1996.
[2] Peildatum 1997.

Tot slot is ook de keuze gemaakt om binnen de niet-academische ziekenhuizen die specialisten buiten beschouwing te laten die deels in dienstverband en deels vrijgevestigd zijn. In het kader van de vraagstelling van het onderzoek zou deze groep juist een interessante onderzoeksgroep zijn. Echter, in de beschikbare databestanden is per specialist helaas geen onderscheid te maken in de tijdsbesteding voor het deel dat men als vrijgevestigde en het deel dat men als dienstverbander werkt.
Uit tabel 2.5 kan worden afgeleid dat binnen de niet-academische ziekenhuizen slechts een relatief klein deel zowel vrijgevestigd als in dienstverband werkzaam is (combinatie). De groep die buiten beschouwing wordt gelaten is dus niet erg groot.

Tabel 2.5: Relatieve verdeling werkzame specialisten in *niet-academische ziekenhuizen* naar rechtspositie

	Vrijgevestigd	Dienstverband	Combinatie Vrijgev. + Dienstverb.	Totaal
Anesthesiologen[1]	81,7	16,4	1,9	100,0
Gynaecologen[2]	83,8	10,3	5,9	100,0
Internisten[1]	86,5	9,4	4,1	100,0
Longartsen[1]	73,5	19,5	7,0	100,0
Oogartsen[1]	81,5	16,4	2,1	100,0
Orthopaeden[2]	88,6	5,9	5,5	100,0
Reumatologen[2]	55,4	39,8	4,8	100,0

[1] Peildatum 1996.
[2] Peildatum 1997.

De gebruikte variabelen

Voor het uitwerken van de vraagstellingen zijn de volgende variabelen geselecteerd, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. De onafhankelijke variabelen betreffen de achtergrondkenmerken en rechtspositie, terwijl de afhankelijke variabelen de tijdsbestedingsaspecten vertegenwoordigen. Tevens is aangegeven wanneer een bepaalde variabele niet in een studie beschikbaar is.

Onafhankelijke variabelen (achtergrondkenmerken en rechtspositie)

1. Leeftijd;
2. Sekse;
3. Aantal specialisten per praktijk;
4. Opleidingspraktijk (dwz.: heeft de praktijk een opleiding van het eigen specialisme);
5. Rechtspositie (dwz.: is de specialist 100% vrijgevestigd of 100% in dienstverband).

Afhankelijke variabelen (tijdsbestedingsvariabelen)

6. Aantal full-time equivalenten (dwz.: werkt men 40%, dan is het aantal fte 0.4);
7. Aantal reguliere werkuren per week (dwz.: werkuren exclusief diensten);
8. Aantal patiëntgebonden reguliere werkuren per week;
9. Aantal niet-patiëntgebonden reguliere werkuren per week;
10. Tijd per eerste consult (nb.: alleen beschikbaar voor de behoefteramingsstudies);
11. Tijd per herhaalconsult (nb.: alleen beschikbaar voor de behoefteramingsstudies);
12. Aantal avond/nachtdiensten per jaar;
13. Aantal weekenddiensten per jaar;
14. Aantal irreguliere werkuren per week (nb.: alleen beschikbaar voor de behoefteramingsstudies);
15. Aantal dagen bij- en nascholing per jaar;
16. Aantal vakantiedagen dat men per jaar opneemt.

2.4 Representativiteit

Het onderzoek geeft een beeld van een beperkt aantal specialismen. Namelijk die specialismen waarover gegevens beschikbaar waren. Dit betekent dat de resultaten niet zomaar vertaald mogen worden voor de gehele beroepsgroep van medisch specialisten. Met betrekking tot de onderzochte specialismen moet overigens wel worden aangetekend dat van vrijwel alle typen poortspecialismen er minimaal één specialisme in de onderzoeksgroep is opgenomen. Verder moet worden opgemerkt dat het totaal aantal beroepsbeoefenaren van de zeven onderzochte specialismen ongeveer 33% van de totale groep specialisten uitmaakt.

2.5 Statistische procedures

In de eerste plaats wordt via beschrijvende statistiek inzicht gegeven in de verschillen tussen de vrijgevestigden en de dienstverbanders ten aanzien van zowel de achtergrondkenmerken als de tijdsbestedingsvariabelen.
Om vervolgens een antwoord te kunnen geven of de eventuele verschillen in de tijdsbesteding tussen vrijgevestigden en dienstverbanders toegeschreven kunnen worden aan de rechtspositie dan wel aan de achtergrondkenmerken, zal een multiple regressie-analyse worden uitgevoerd. Daarbij wordt berekend in hoeverre de variatie in tijdsbesteding verband houdt met variatie in de achtergrondkenmerken én de rechtspositie. Op die manier kan er bijvoorbeeld rekening mee worden gehouden dat vrouwelijke specialisten enerzijds relatief vaak in dienstverband werken en anderzijds relatief vaak in deeltijd werkzaam zijn. Het verschil tussen de vrijgevestigden en dienstverbanders kan vervolgens worden geschat onder constant houding van het achtergrondkenmerk sekse.

De respondenten die na de hiervoor beschreven selecties beschikbaar zijn voor de verschillende specialismen vormen een representatieve afspiegeling van de achterliggende populaties. De aantallen respondenten worden in tabel 2.6 gepresenteerd. Daarin valt af te lezen dat voor een aantal specialismen het absolute aantal dienstverbanders klein is. De gehanteerde statistische procedures houden rekening met de onzekerheden die het gevolg zijn van deze kleine aantallen. Dit heeft als gevolg dat schijnbaar grote verschillen in tijdsbesteding niet altijd als statistisch significante verschillen kunnen worden aangemerkt.

Tabel 2.6: Absoluut aantal *respondenten* naar rechtspositie in niet-academische ziekenhuizen

	Vrijgevestigd	Dienstverband
Anesthesiologen	135	28
Gynaecologen	274	32
Internisten	183	20
Longartsen	136	35
Oogartsen	72	15
Orthopaeden	177	10
Reumatologen	45	33

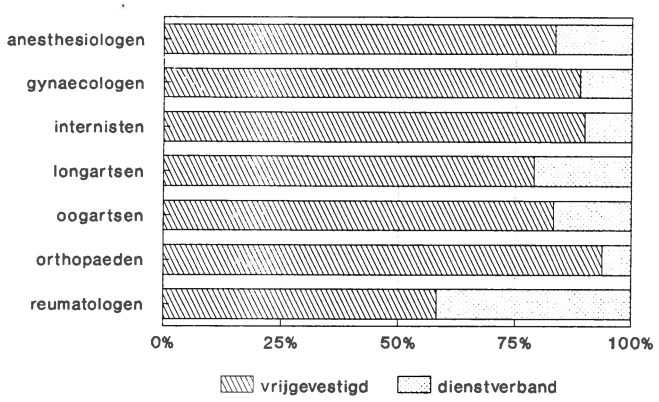
3 ACHTERGRONDKENMERKEN VAN VRIJ BEROEPERS EN DIENSTVERBANDERS

In dit hoofdstuk zullen de specialisten die als vrij beroepsbeoefenaren werken op een aantal kenmerken worden vergeleken met degenen die in dienstverband werken. Wij hebben ons daarbij beperkt tot die kenmerken die een belangrijke rol zouden kunnen spelen bij het verklaren van mogelijke verschillen tussen de vrijgevestigden en dienstverbanders. Alvorens op deze kenmerken in te gaan zal de huidige verdeling van het aantal vrijgevestigden en dienstverbanders in niet-academische ziekenhuizen worden weergegeven.

Aantallen vrijgevestigden en dienstverbanders

Binnen de meeste specialismen is het percentage dienstverbanders binnen de niet-academische ziekenhuizen nog relatief gering (figuur 3.1). Alleen de reumatologen springen eruit met 42% dienstverbanders. Binnen de groep orthopaeden is het percentage dienstverbanders verreweg het laagst.
Helaas zijn er geen gegevens beschikbaar die inzicht zouden kunnen geven in de groei van het aantal dienstverbanders in de afgelopen jaren.

Figuur 3.1: Relatieve verdeling van het aantal vrijgevestigden en dienstverbanders binnen de niet-academische ziekenhuizen

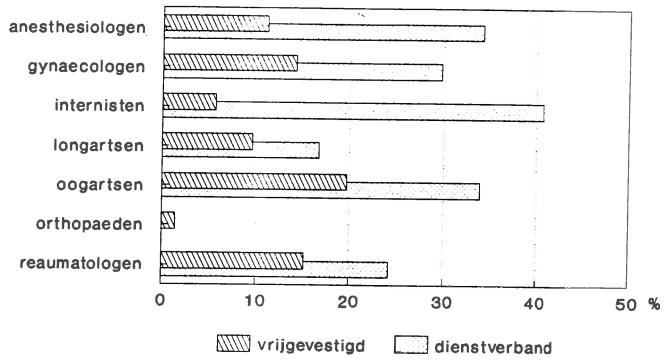


Geslacht

Dat er aanzienlijke verschillen zijn in de verdeling naar geslacht tussen vrijgevestigden en dienstverbanders wordt duidelijk in beeld gebracht in figuur 3.2. Binnen vrijwel alle specialismen zijn er onder de dienstverbanders relatief gezien meer vrouwen werkzaam dan binnen de groep vrijgevestigden. Zo blijkt bijvoorbeeld dat van de groep gynaecologen die in dienstverband werkt 30% vrouw is, terwijl van de vrijgevestigde gynaecologen iets meer dan 14% vrouw is.

In dit rapport wordt overigens met de term '*vrijgevestigden*' gedoeld op medisch specialisten die vrij beroepsbeoefenaar zijn. Wanneer we in dit rapport spreken over '*rechtspositie*', dan wordt daarmee het onderscheid bedoeld tussen '*vrijgevestigden*' enerzijds en '*dienstverbanders*' anderzijds.

Figuur 3.2: Percentage vrouwelijke specialisten naar rechtspositie



Leeftijd

Voor wat betreft de gemiddelde leeftijd zijn er kleine verschillen tussen de vrijgevestigden en dienstverbanders. Bij drie specialismen is de gemiddelde leeftijd van de dienstverbanders iets hoger dan van de vrijgevestigden (anesthesiologen, longartsen en reumatologen) en bij de andere specialismen zien we het omgekeerde.

Tabel 3.3: Gemiddelde leeftijd van werkzame specialisten in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	Vrijgevestigd	Dienstverband
Anesthesiologen	45,0 jaar	45,8 jaar
Gynaecologen	47,6 jaar	46,2 jaar
Internisten	47,7 jaar	43,8 jaar
Longartsen	45,6 jaar	46,8 jaar
Oogartsen	44,7 jaar	41,3 jaar
Orthopaeden	48,2 jaar	44,8 jaar
Reumatologen	45,6 jaar	47,0 jaar

Aantal specialisten per praktijk

Het aantal specialisten dat in een praktijk werkzaam is vormt een belangrijk achtergrondkenmerk van de werkplek van een medisch specialist. Voor alle zeven specialismen geldt dat de dienstverbanders in praktijken met meer specialisten werkzaam zijn dan de vrijgevestigden. Dit zien we vooral terug bij de reumatologie. Het gemiddelde aantal reumatologen in dienstverband per praktijk bedraagt 6,5, terwijl de vrijgevestigde reumatologen werkzaam zijn in praktijken met gemiddeld 2,0 reumatologen. Hierbij moet overigens aangetekend worden dat bijna de helft van de in dienstverband werkzame reumatologen in een praktijk werken met in totaal 2 reumatologen. Daarnaast werkt echter eveneens bijna de helft in een klein aantal relatief grote praktijken.
De omvang van de praktijk zal voor wat betreft de tijdsbesteding vooral van invloed zijn op het aantal diensten dat men moet draaien. Overigens zou idealiter ook nog rekening gehouden moeten worden met het aantal full-time equivalenten per praktijk. Dit gegeven is echter voor een aantal specialismen niet beschikbaar.

Tabel 3.4: Gemiddeld aantal specialisten per praktijk in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

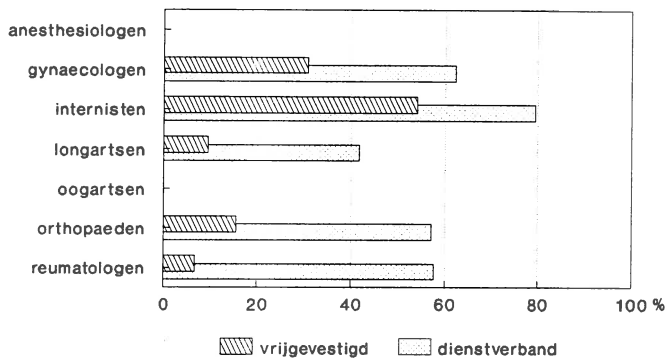
	Vrijgevestigd	Dienstverband
Anesthesiologen	5,3	5,7
Gynaecologen	5,2	6,0
Internisten	7,0	7,6
Longartsen	3,0	3,9
Oogartsen	3,9	4,5
Orthopaeden	3,5	4,9
Reumatologen	2,0	6,5[1]

[1] N.B. Bijna de helft van de in dienstverband werkzame reumatologen is overigens werkzaam in een praktijk met 2 reumatologen.

Opleiding

In het kader van dit onderzoek is het van belang om een onderscheid te maken tussen specialisten die werkzaam zijn in praktijken die opleiding hebben voor het eigen specialisme en praktijken zonder opleiding. Binnen de opleidingspraktijken besteden de specialisten immers een deel van hun tijd aan de opleiding, hetgeen van invloed is op de omvang van de patiëntenzorg.
Uit figuur 3.3 kan worden afgeleid dat van de dienstverbanders een relatief groot deel werkzaam is in een opleidingspraktijk. Dit geldt vooral voor de internisten (79,5%), de gynaecologen (62%) en de reumatologen (58%). Van de vrijgevestigden is veelal een veel kleiner deel werkzaam in een opleidingspraktijk.
Bij de anesthesiologen en de oogartsen is geen van de respondenten werkzaam in een perifere opleidingspraktijk. Voor deze groepen specialisten geldt dat de opleiding (vrijwel) geheel plaatsvindt in de academische ziekenhuizen.

Figuur 3.3: Relatief aantal specialisten werkzaam in opleidingspraktijken (niet-academische ziekenhuizen) naar rechtspositie



Conclusie

In niet-academische ziekenhuizen zijn relatief gezien nog weinig specialisten in dienstverband werkzaam. Voor de meeste specialismen ligt dit aandeel onder de 22%. Helaas zijn er geen gegevens beschikbaar die ons zouden kunnen vertellen hoe snel het aandeel dienstverbanders in de afgelopen jaren is toegenomen.

Er zijn duidelijke verschillen tussen de vrijgevestigde specialisten en de dienstverbanders op een aantal achtergrondkenmerken. In het algemeen kan worden vastgesteld dat binnen de groep dienstverbanders er relatief gezien meer vrouwen zijn, dat men veelal in praktijken werkzaam is met relatief veel medisch specialisten en dat men relatief vaak in opleidingspraktijken werkt.

4 VERSCHILLEN IN TIJDSBESTEDING VAN VRIJ BEROEPERS EN DIENSTVERBANDERS

In het kader van de vraagstelling van dit onderzoek zal worden gekeken of er verschillen zijn in tijdsbesteding tussen de vrijgevestigden en dienstverbanders. Daarbij wordt in de eerste plaats gekeken naar de 'ruwe' verschillen. Dat zijn verschillen waarbij geen rekening is gehouden met het feit dat de achtergrondkenmerken sekse, leeftijd, aantal specialisten per praktijk en opleidingspraktijk eveneens samenhangen met de tijdsbesteding en bovendien ook met de rechtspositie. Een deel van de ruwe verschillen in tijdsbesteding tussen vrijgevestigden en dienstverbanders zullen wellicht terug te voeren zijn op verschillen in achtergrondkenmerken. Derhalve worden ook de 'gecorrigeerde' verschillen in tijdsbesteding gepresenteerd. Daartoe zijn per beroepsgroep regressie-analyses uitgevoerd voor elk van de tijdsbestedingsvariabelen. In deze regressie-analyses zijn, naast de rechtspositie, ook de achtergrondkenmerken sekse, leeftijd, aantal specialisten per praktijk en opleidingspraktijk opgenomen. Op basis van deze analyses kan vervolgens per tijdsbestedingsvariabele worden aangegeven wat het verschil is tussen de dienstverbanders en de vrijgevestigden, wanneer gelijktijdig rekening wordt gehouden met de verschillen die samenhangen met de vier achtergrondkenmerken.
Voor tijdsbestedingsvariabelen, zoals het aantal fte, de reguliere uren per week en de reguliere patiëntgebonden uren per week, zou men verwachten dat dienstverbanders lager 'scoren' dan vrijgevestigden. Voor de tijd per patiënt zou men daarentegen verwachten dat dienstverbanders waarschijnlijk meer tijd per patiënt besteden dan de vrij beroepers. Dit geldt ook voor het aantal dagen dat besteed wordt aan bij- en nascholing en aan vakantie. Bovengenoemde verwachtingen zijn gebaseerd op het idee dat het zorgaanbod terug zal lopen bij een overgang van vrij beroep naar dienstverband. Dit idee is gebaseerd op mico-economische en nutstheoretische analyses van de wijze waarop een verschil in honoreringssysteem kan doorwerken in het gedrag van medici (Hickson, et al, 1987; Hemenway, et al, 1990; Flierman, 1991; Westert, 1991; Stearns, et al, 1992; Delnoij, 1994). Uit deze (theoretische) analyses komt naar voren dat, binnen bepaalde grenzen, de vrijgevestigden meer patiënten zullen behandelen in vergelijking met dienstverbanders.

In dit hoofdstuk worden de bovenstaande verwachtingen empirisch getoetst.

In dit rapport wordt overigens met de term '*vrijgevestigden*' gedoeld op medisch specialisten die vrij beroepsbeoefenaar zijn. Wanneer we in dit rapport spreken over '*rechtspositie*', dan wordt daarmee het onderscheid bedoeld tussen '*vrijgevestigden*' enerzijds en '*dienstverbanders*' anderzijds.

In de tabellen wordt aangegeven hoe zeker het is dat een verschil - in de verwachte richting - afwijkt van nul: bij een $p < .05$ is er minimaal 95% kans dat het verschil groter is dan nul en bovendien in de verwachte richting is. Daarbij wordt expliciet rekening gehouden met zowel het absolute verschil tussen de vrijgevestigden en de dienstverbanders, de variatie binnen deze twee groepen en het aantal respondenten per groep.
Bij de tijdsbesteding wordt in de eerste plaats gekeken of er verschillen zijn in het aantal fte dat men is 'aangesteld'. Vervolgens wordt in paragraaf 4.2 onderzocht of er verschillen zijn in het gemiddeld aantal reguliere uren per week. Daarna zal ingegaan worden op eventuele verschillen in patiënt- en niet-patiëntgebonden uren (paragraaf 4.3). In paragraaf 4.4 zal aandacht besteed worden aan de verschillen in tijdsbesteding per patiëntcontact. De diensten komen in paragraaf 4.5 aan de orde en tenslotte zal in paragraaf 4.6 aandacht besteed worden aan overige tijdsbestedingsaspecten, zoals vakantie en bij- en nascholing.

4.1 Aantal Fte

Voor vrijgevestigde specialisten is veelal in het toelatingscontract met het ziekenhuis bepaald voor welk deel van een full-time equivalent (fte) de specialist werkzaam zal zijn. Dit kan worden beschouwd als een vorm van 'aanstelling'. Op grond daarvan kan dus een vergelijking worden gemaakt tussen de vrijgevestigden en de dienstverbanders voor wat betreft de omvang van de werkweek in fte.
Medisch specialisten in dienstverband hebben, zonder controle voor de achtergrondkenmerken (zie de kolom met de 'ruwe' verschillen), bij drie van de zeven specialismen een significant 'kleinere' aanstelling dan de vrijgevestigden. Dit betreft de anesthesiologen, de internisten en de reumatologen. Voor de andere vier specialismen is het verschil in fte te verwaarlozen.
Als vervolgens wordt gecontroleerd voor de vier achtergrondvariabelen (zie de kolom met de 'gecorrigeerde' verschillen), dan blijkt dat er bij geen van de specialismen een statistisch significant verschil wordt waargenomen in het aantal fte voor de vrijgevestigden enerzijds en de dienstverbanders anderzijds. Voor zover er dus al verschillen waren in de omvang van de werkweek in fte, blijken deze door de achtergrondkenmerken te zijn veroorzaakt.

Tabel 4.1: Gemiddeld aantal fte van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	fte	fte	fte	fte
Anesthesiologen	0,961	0,908	-0,053*	-0,008
Gynaecologen	0,911	0,919	0,008	0,037
Internisten	0,978	0,889	-0,088*	-0,040
Longartsen	0,965	0,980	0,015	0,029
Oogartsen	0,904	0,895	-0,009	0,014
Orthopaeden	0,981	1,000	0,019	0,019
Reumatologen	0,966	0,879	-0,087*	-0,046

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse mèt de achtergrondkenmerken.

4.2 Reguliere werkuren

Onder reguliere uren worden verstaan alle werkuren exclusief avond/nacht/weekenddiensten. Het gaat daarbij zowel om de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden uren. Uit tabel 4.2 kan worden afgeleid dat het gemiddeld aantal reguliere werkuren per week van de dienstverbanders significant lager is dan van de vrijgevestigden voor, op één na, alle onderzochte specialismen. De 'ruwe' verschillen lopen uiteen van 7,4 uur voor de oogartsen tot 3,7 uur voor de longartsen. Voor de orthopaeden is weliswaar een in omvang vergelijkbaar verschil te zien van 4,0 uur, maar is in dit geval, mede door het relatief zeer kleine aantal dienstverbanders bij de orthopaeden, niet significant afwijkend van nul.
Als we vervolgens kijken naar de 'gecorrigeerde' verschillen, dan zijn de verschillen wat minder pregnant, maar wijzen wel in dezelfde richting. De verschillen zijn nu echter voor drie van de zeven specialismen niet significant afwijkend van nul.

Tabel 4.2: Gemiddeld aantal reguliere uren per week van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	uren per week	uren per week	uren per week	uren per week
Anesthesiologen	53,9	49,2	-4,7*	-2,8
Gynaecologen	51,2	46,9	-4,3*	-3,2*
Internisten	55,0	47,7	-7,3*	-5,7*
Longartsen	53,6	49,9	-3,7*	-2,8
Oogartsen	48,0	40,6	-7,4*	-6,7*
Orthopaeden	56,7	52,7	-4,0	-4,6*
Reumatologen	53,8	47,0	-6,8*	-2,5

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Wanneer vervolgens gekeken wordt naar het aantal reguliere werkuren per week per fte, dan zien we eveneens dat voor vier van de zeven onderscheiden specialismen geldt dat de dienstverbanders significant minder uren per fte per week werken dan de vrijgevestigden (tabel 4.3). Bij de andere drie specialismen is wel een negatief verschil te zien, maar deze zijn kennelijk te klein om significant afwijkend van nul te zijn.
Als we de 'gecorrigeerde' verschillen onder de loep nemen, dan zijn er significante verschillen voor vijf van de zeven specialismen. Deze verschillen lopen uiteen van -4,2 uur voor de internisten tot -8,4 uur voor de oogartsen. Het gecorrigeerde verschil van -2,6 uur bij de anesthesiologen, is niet statistisch significant afwijkend van nul.
Reumatologie is het enige specialisme waar de dienstverbanders, na correctie voor de achtergrondkenmerken, een verschil van vrijwel precies nul uur laten zien in het aantal uren per fte van de dienstverbanders in vergelijking met de vrij beroepers.

Tabel 4.3: Gemiddeld aantal reguliere uren per week per fte van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	uren per week per fte	uren per week per fte	uren per week per fte	uren per week per fte
Anesthesiologen	56,3	54,5	-1,8	-2,6
Gynaecologen	56,3	51,0	-5,3*	-6,0*
Internisten	56,3	53,3	-3,0	-4,2*
Longartsen	55,6	50,8	-4,8*	-4,7*
Oogartsen	53,2	45,3	-7,9*	-8,4*
Orthopaeden	58,1	52,7	-5,4*	-5,8*
Reumatologen	55,9	54,1	-1,8	0,5

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

4.3 Patiëntgebonden versus niet-patiëntgebonden uren

De vraag is of de geconstateerde verschillen in reguliere werkuren zich in gelijke mate voordoen bij de patiëntgebonden en de niet-patiëntgebonden uren.

Patiëntgebonden uren

Uit tabel 4.4 kan worden afgeleid dat de dienstverbanders bij zes van de zeven specialismen significant minder patiëntgebonden uren per week maken dan de vrijgevestigden. De significante 'ruwe' verschillen lopen uiteen van -4,0 uur bij de longartsen tot -10,3 uur voor de reumatologen. Alleen bij de orthopaeden is het verschil (van -3,4 uur) niet significant afwijkend van nul.

Als vervolgens rekening wordt gehouden met de achtergrondvariabelen (zie de gecorrigeerde verschillen) blijken de verschillen nog steeds voor vijf van de zeven specialismen significant van nul af te wijken, waarbij dienstverbanders minder tijd besteden aan reguliere patiëntgebonden werkzaamheden dan vrijgevestigden. De significante verschillen lopen nu uiteen van -2,9 uur voor de longartsen tot -6,2 uur bij de internisten.

Tabel 4.4: Gemiddeld aantal reguliere patiëntgebonden uren per week van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrijgevestigd	100% Dienstverband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	uren per week	uren per week	uren per week	uren per week
Anesthesiologen	46,9	42,4	-4,5*	-2,7
Gynaecologen	42,1	36,9	-5,1*	-3,1*
Internisten	42,1	34,8	-7,3*	-6,2*
Longartsen	41,3	37,3	-4,0*	-2,9*
Oogartsen	39,8	35,2	-4,6*	-4,1*
Orthopaeden	47,0	43,6	-3,4	-2,2
Reumatologen	45,8	35,5	-10,3*	-4,9*

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Ook als het aantal reguliere uren per week wordt uitgedrukt per fte, blijken de dienstverbanders in het algemeen minder patiëntgebonden activiteiten te verrichten. De 'ruwe' verschillen in uren per fte zijn overigens in het algemeen wat minder groot dan in het geval alleen gekeken wordt naar de ruwe verschillen in het aantal reguliere uren (tabel 4.5).

Voor wat betreft de gecorrigeerde verschillen zien we dat, met uitzondering van de orthopaeden en reumatologen, voor alle specialismen een significant verschil wordt waargenomen. Dat wil zeggen dat dienstverbanders in het algemeen significant minder uren per fte besteden aan patiëntgebonden activiteiten dan vrijgevestigden, ook nadat rekening wordt gehouden met de achtergrondkenmerken.

Tabel 4.5: Gemiddeld aantal reguliere patiëntgebonden uren per week per fte van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	uren per week per fte	uren per week per fte	uren per week per fte	uren per week per fte
Anesthesiologen	48,9	46,7	-2,2	-2,7*
Gynaecologen	46,4	40,1	-6,3*	-5,7*
Internisten	43,1	39,2	-4,0*	-5,2*
Longartsen	42,8	38,0	-4,8*	-4,3*
Oogartsen	44,2	39,3	-4,9*	-5,4*
Orthopaeden	48,0	43,6	-4,4*	-3,2
Reumatologen	47,5	41,1	-6,4*	-2,6

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Niet-patiëntgebonden uren

Bij het aantal (reguliere) niet-patiëntgebonden uren per week is vrijwel geen verschil tussen de vrijgevestigden en de dienstverbanders. Alleen bij de oogartsen blijken de dienstverbanders significant minder niet-patiëntgebonden uren per week te werken in vergelijking met de vrijgevestigden. Bij de reumatologen lijkt het omgekeerde het geval te zijn: daar is een positief verschil gevonden in het aantal niet-patiëntgebonden uren. Bij de gecorrigeerde verschillen is verder vrijwel hetzelfde beeld te zien: slechts bij één specialisme is het gecorrigeerde verschil significant negatief.

Tabel 4.6: Gemiddeld aantal reguliere niet-patiëntgebonden uren per week van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	uren per week	uren per week	uren per week	uren per week
Anesthesiologen	7,0	6,8	-0,1	-0,1
Gynaecologen	9,1	10,0	0,9	-0,1
Internisten	12,9	12,9	-0,0	0,5
Longartsen	12,3	12,6	0,3	0,1
Oogartsen	8,2	5,4	-2,8*	-2,6*
Orthopaeden	9,6	9,1	-0,5	-2,3
Reumatologen	8,0	11,5	3,5	2,5

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Als vervolgens wordt gecorrigeerd voor het aantal fte, blijft wederom hetzelfde beeld bestaan. Ook nu zien we dat de in dienstverband werkende oogartsen per fte significant minder niet-patiëntgebonden uren werken dan de vrijgevestigden, terwijl de in dienstverband werkende reumatologen meer niet-patiëntgebonden uren per fte werken.

Tabel 4.7: Gemiddeld aantal reguliere niet-patiëntgebonden uren per week per fte van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	uren per week per fte	uren per week per fte	uren per week per fte	uren per week per fte
Anesthesiologen	7,3	7,7	0,4	0,1
Gynaecologen	9,9	10,8	1,0	-0,4
Internisten	13,2	14,1	0,9	0,9
Longartsen	12,8	12,7	-0,0	-0,4
Oogartsen	9,0	6,0	-3,0*	-3,0*
Orthopaeden	10,0	9,1	-0,9	-2,5
Reumatologen	8,4	13,0	4,6	3,2

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

4.4 Tijdsbesteding per patiëntcontact

Alleen voor die specialismen waarvoor een beroepskrachtenplanning is uitgevoerd zijn gegevens beschikbaar over het gemiddeld aantal minuten dat specialisten besteden aan het eerste consult en het herhaalconsult.
Voor wat betreft het eerste consult hebben de dienstverbanders bij drie van de vier specialismen gemiddeld een significant langere consultduur dan de vrijgevestigden. Bij de longartsen wordt een verschil genoteerd van bijna vijf minuten. Alleen voor de gynaecologen zien we dat de vrijgevestigden voor het eerste consult iets meer tijd uittrekken dan de dienstverbanders.
Als we vervolgens controleren voor de achtergrondvariabelen, dan blijken dienstverbanders (wederom met uitzondering van de gynaecologen) nog steeds meer tijd uit te trekken voor het eerste consult dan vrijgevestigde specialisten. Echter, alleen voor de longartsen is er sprake van een significant verschil.

Tabel 4.8: Gemiddeld aantal minuten per eerste consult van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	minuten per consult	minuten per consult	minuten per consult	minuten per consult
Gynaecologen	15,1	14,8	-0,3	-0,4
Longartsen	23,6	28,2	4,6*	5,0*
Orthopaeden	11,9	14,1	2,2*	2,1
Reumatologen	28,8	32,7	4,0*	1,6

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **positieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%. De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Voor de herhaalconsulten zien we eveneens dat dienstverbanders een statistisch significant langere consultduur hebben dan vrijgevestigden bij drie van de vier specialismen. Voor twee van de vier specialismen geldt ook voor de gecorrigeerde verschillen dat er sprake is van een significant verschil.

Tabel 4.9: Gemiddeld aantal minuten per herhaalconsult van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	minuten per consult	minuten per consult	minuten per consult	minuten per consult
Gynaecologen	8,6	9,2	0,6	0,4
Longartsen	10,0	11,8	1,8*	2,2*
Orthopaeden	6,1	7,8	1,6*	1,1
Reumatologen	10,3	11,2	0,9*	1,3*

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **positieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%. De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

4.5 Diensten

De tijdsbesteding in verband met diensten wordt uitgesplitst in het aantal avond- en nachtdiensten, het aantal weekenddiensten en het aantal uren aanwezigheid in het ziekenhuis in verband met diensten.

Avond- en nachtdiensten

Met betrekking tot het aantal avond- en nachtdiensten dat men per jaar heeft, is bij vier van de zeven specialismen sprake van een significant negatief verschil tussen de dienstverbanders en de vrijgevestigden. Dienstverbanders bij de reumatologen, de

orthopaeden, de longartsen en de anesthesiologen blijken minder avond- en nachtdiensten te hebben dan voor vrijgevestigden het geval is. Voor de oogartsen lijkt overigens sprake van het omgekeerde: dienstverbanders in dit specialisme hebben relatief veel avond- en nachtdiensten.
Als wordt gecontroleerd voor de achtergrondvariabelen, blijken de geconstateerde negatieve verschillen alleen nog op te gaan voor de longartsen en de anesthesiologen, waarbij de negatieve verschillen duidelijk kleiner worden. Een reden hiervoor is dat - zoals reeds eerder is aangeduid - de dienstverbanders in het algemeen in praktijken met relatief veel medisch specialisten werkzaam zijn. In die praktijken kan men het aantal diensten over meer personen verdelen.

Tabel 4.10: Gemiddeld aantal avond/nachtdiensten per jaar van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrijgevestigd	100% Dienstverband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	avond/nacht-diensten per jaar	avond/nacht-diensten per jaar	avond/nacht-diensten per jaar	avond/nacht-diensten per jaar
Anesthesiologen	58,2	43,6	-14,6*	-11,9*
Gynaecologen	53,1	49,6	-3,8	4,2
Internisten	48,2	41,0	-7,2	-2,6
Longartsen	83,7	59,7	-24,0*	-14,4*
Oogartsen	42,0	77,3	35,3	31,6
Orthopaeden	82,9	56,9	-26,0*	2,7
Reumatologen	94,0	47,8	-46,1*	-12,1

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Ook als rekening wordt gehouden met het aantal fte dat men is aangesteld, blijken de dienstverbanders bij vier van de zeven specialismen minder diensten te hebben. Na correctie voor de achtergrondkenmerken blijven er significante verschillen voor slechts twee specialismen over.

Tabel 4.11: Gemiddeld aantal avond/nachtdiensten per jaar per fte van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	avond/nacht-diensten per jaar per fte	avond/nacht-diensten per jaar per fte	avond/nacht-diensten per jaar per fte	avond/nacht-diensten per jaar per fte
Anesthesiologen	60,7	49,5	-11,3*	-10,8*
Gynaecologen	58,8	53,2	-5,7	1,4
Internisten	49,0	43,6	-5,4	-2,5
Longartsen	87,2	60,2	-26,8*	-18,6*
Oogartsen	48,4	86,0	37,6	31,4
Orthopaeden	84,4	56,9	-27,5*	1,9
Reumatologen	97,5	58,2	-39,3*	-1,2

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Weekenddiensten

Wat voor de avond/nachtdiensten is geconstateerd zien we deels ook terug bij het aantal weekenddiensten per jaar (tabel 4.12) en per jaar per fte (tabel 4.13). Een belangrijk verschil is wel dat de absolute aantallen diensten per jaar ongeveer een factor vier kleiner zijn voor de weekenddiensten in vergelijking met de avond- en nachtdiensten. Daardoor zijn ook de verschilscores ongeveer een factor vier kleiner.

Tabel 4.12: Gemiddeld aantal weekenddiensten per jaar van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	weekend-diensten per jaar	weekend-diensten per jaar	weekend-diensten per jaar	weekend-diensten per jaar
Anesthesiologen	30,1	26,3	-3,8	-2,3
Gynaecologen	13,1	12,7	-0,5	1,0
Internisten	23,8	23,1	-0,7	2,1
Longartsen	30,7	24,4	-6,3*	-5,4*
Oogartsen	22,0	25,4	3,3	5,0
Orthopaeden	16,9	11,3	-5,6*	-1,0
Reumatologen	23,9	12,1	-11,8*	-3,2

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Tabel 4.13: Gemiddeld aantal weekenddiensten per jaar per fte van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrijgevestigd	100% Dienstverband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	weekenddiensten per jaar per fte	weekenddiensten per jaar per fte	weekenddiensten per jaar per fte	weekenddiensten per jaar per fte
Anesthesiologen	32,0	30,0	-2,0	-2,0
Gynaecologen	14,5	13,6	-0,9	0,3
Internisten	24,3	26,1	1,8	3,5
Longartsen	32,3	24,7	-7,6*	-7,5*
Oogartsen	25,0	28,5	3,5	4,9
Orthopaeden	17,1	11,3	-5,8*	-1,2
Reumatologen	24,7	14,7	-10,0*	-0,5

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%. De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Aanwezigheid in verband met diensten

In tabel 4.14 is het gemiddeld aantal uren per week weergegeven dat men tijdens diensten (avond/nacht- èn weekenddiensten) in het ziekenhuis aanwezig is. Voor een groot deel wordt deze tijd besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten. Het aantal uur aanwezigheid is overigens niet voor alle specialismen beschikbaar.

Als we ons eerst richten op het aantal uren per week (dus zonder rekening te houden met het aantal fte dat men werkzaam is), dan zien we bij de ruwe verschillen voor drie van de vier specialismen dat de dienstverbanders significant minder uren aanwezig zijn in het ziekenhuis dan de vrijgevestigden. Bij de voor de achtergrondkenmerken gecorrigeerde verschillen, blijft alleen voor de longartsen een significant verschil over.

Tabel 4.14: Gemiddeld aantal uur per week aanwezigheid in ziekenhuis in verband met diensten van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrijgevestigd	100% Dienstverband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	uur per week	uur per week	uur per week	uur per week
Gynaecologen	7,2	6,5	-0,6	0,4
Longartsen	4,2	2,1	-2,1*	-1,9*
Orthopaeden	3,4	2,0	-1,4*	-0,8
Reumatologen	1,0	0,7	-0,3*	-0,2

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%. De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Voor het aantal uren aanwezigheid in het ziekenhuis per fte zijn de verschillen tussen de vrijgevestigden en de dienstverbanders vrijwel gelijk aan de verschillen in tabel 4.14. Alleen de reumatologen wijken enigszins af. Voor deze groep is in de uren aanwezigheid per fte (tabel 4.15) geen significant verschil te zien, terwijl dit bij de uren aanwezigheid op zich (tabel 4.14) wel het geval was.

Tabel 4.15: Gemiddeld aantal uur per week per fte aanwezigheid in ziekenhuis in verband met diensten van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrijgevestigd	100% Dienstverband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	uur per week per fte	uur per week per fte	uur per week per fte	uur per week per fte
Gynaecologen	7,9	7,0	-0,9	-0,0
Longartsen	4,4	2,2	-2,3*	-2,2*
Orthopaeden	3,5	2,0	-1,5*	-0,8
Reumatologen	1,1	0,8	-0,2	-0,2

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **negatieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

4.6 Overige tijdsbesteding

Er zijn geen grote verschillen tussen de vrijgevestigden en dienstverbanders in de tijd die men besteedt aan bij- en nascholing. Voor geen enkel specialisme wordt een significant verschil in de verwachte richting gevonden: er is nergens sprake van een (significant) groter aantal dagen bij- en nascholing van dienstverbanders.
Voor zover er 'ruwe' en 'gecorrigeerde' verschillen zijn te zien, gaat het er eerder om dat de dienstverbanders iets minder dagen lijken te besteden aan bij- en nascholing. Bij de gynaecologen blijkt dat de dienstverbanders twee dagen per jaar minder aan bij- en nascholing besteden, maar ten opzichte van minimaal 220 werkdagen in een jaar is dit verschil slechts zeer gering. Bij de oogartsen lijkt het verschil iets substantiëler te zijn, aangezien daar een gecorrigeerd verschil van 3,9 dagen minder bij- en nascholing wordt gevonden. Maar ook dat geeft nog geen 2% verschil in het zorgaanbod per jaar.

Tabel 4.16: Gemiddeld aantal dagen bij- en nascholing per jaar van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrijgevestigd	100% Dienstverband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	dagen per jaar	dagen per jaar	dagen per jaar	dagen per jaar
Anesthesiologen	8,9	9,3	0,5	0,3
Gynaecologen	9,7	8,4	-1,4	-2,0
Internisten	12,8	11,3	-1,5	-0,8
Longartsen	12,8	13,1	0,3	-0,3
Oogartsen	11,2	7,7	-3,5	-3,9
Orthopaeden	13,7	12,9	-0,7	-2,0
Reumatologen	11,4	11,0	-0,2	-0,4

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **positieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Ook wanneer gekeken wordt naar de dagen bij- en nascholing per fte zijn er vrijwel geen substantiële verschillen te zien tussen de dienstverbanders en de vrijgevestigden.

Tabel 4.17: Gemiddeld aantal dagen bij- en nascholing per jaar per fte van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrijgevestigd	100% Dienstverband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	dagen per jaar per fte	dagen per jaar per fte	dagen per jaar per fte	dagen per jaar per fte
Anesthesiologen	9,4	10,9	1,5	0,6
Gynaecologen	10,9	9,1	-1,8	-2,6
Internisten	13,5	12,7	-0,8	-0,5
Longartsen	13,3	13,1	-0,2	-1,1
Oogartsen	12,6	8,8	-3,8	-4,5
Orthopaeden	14,0	12,9	-1,1	-2,4
Reumatologen	11,7	13,8	2,1	0,7

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **positieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Voor wat betreft het aantal vakantiedagen dat men per jaar opneemt, zijn de verschillen tussen de vrijgevestigden en de dienstverbanders eveneens gering. Slechts bij één specialisme is het verschil significant positief afwijkend van nul, maar het verschil is niet erg substantieel. Bij de andere specialismen komen zowel niet-significante positieve verschillen als negatieve verschillen voor. Deze negatieve verschillen zijn wederom niet erg substantieel.

Tabel 4.18: Gemiddeld aantal dagen vakantie per jaar van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	dagen per jaar	dagen per jaar	dagen per jaar	dagen per jaar
Anesthesiologen	35,1	34,9	-0,1	0,4
Gynaecologen	30,6	31,5	0,9	1,2
Internisten	32,0	29,4	-2,7	-2,1
Longartsen	32,3	34,8	2,5*	3,3*
Oogartsen	30,0	25,4	-4,6	-3,8
Orthopaeden	32,0	28,0	-4,0	-3,5
Reumatologen	30,6	28,3	-2,3	-5,0

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **positieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

Tabel 4.19: Gemiddeld aantal dagen vakantie per jaar per fte van specialisten werkzaam in niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie

	100% Vrij-gevestigd	100% Dienst-verband	'Ruwe' verschillen	'Gecorrigeerde' verschillen
	dagen per jaar per fte	dagen per jaar per fte	dagen per jaar per fte	dagen per jaar per fte
Anesthesiologen	36,9	39,4	2,6	0,8
Gynaecologen	34,5	34,1	-0,4	-0,3
Internisten	33,5	33,6	0,1	-1,0
Longartsen	33,9	34,8	0,9	0,6
Oogartsen	34,2	34,5	0,2	0,2
Orthopaeden	32,9	28,0	-4,9	-4,5
Reumatologen	31,7	33,0	1,4	-3,6

* $p < 0.05$: de kans dat het verschil in de verwachte, **positieve** richting afwijkt van nul is minimaal 95%.
De 'ruwe' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse zonder de achtergrondkenmerken. De 'ruwe' verschillen zijn, afgezien van eventuele afrondingen, exact gelijk aan de verschillen tussen kolom 2 minus kolom 1. De 'gecorrigeerde' verschillen betreffen de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van rechtspositie in een analyse met de achtergrondkenmerken.

4.7 Conclusie

Met betrekking tot de tijdsbesteding van vrijgevestigden en dienstverbanders in niet-academische ziekenhuizen kan in de eerste plaats worden geconstateerd dat er onder de dienstverbanders weliswaar iets meer in deeltijd wordt gewerkt dan door de vrijgevestigden, maar dat deze verschillen slechts bij drie van de zeven specialismen significant zijn.
In de tweede plaats blijkt voor zes van de zeven onderzochte specialismen dat de dienstverbanders significant minder uren per week werken dan de vrijgevestigden. Ook

als wordt gecontroleerd voor de achtergrondkenmerken sekse, leeftijd, aantal specialisten per praktijk en opleidingspraktijk blijven de verschillen voor vier van de zeven specialismen significant.
De geconstateerde verschillen in reguliere werkuren kunnen met name worden toegeschreven aan het geringere aantal patiëntgebonden uren van dienstverbanders. In het aantal niet-patiëntgebonden uren is er vrijwel geen verschil te zien tussen vrijgevestigden en dienstverbanders. De verschillen in patiëntgebonden uren blijven grotendeels bestaan als rekening wordt gehouden met het aantal fte en de vier genoemde achtergrondkenmerken. De gecorrigeerde verschillen lopen uiteen van -2,9 uur per week voor de longartsen tot -6,2 uur per week voor de internisten.
Ook ten aanzien van de consultduur zijn er verschillen tussen de vrijgevestigden en dienstverbanders. Bij drie van de vier specialismen waarvoor deze gegevens beschikbaar waren, hebben de dienstverbanders zowel voor het eerste consult als het herhaalconsult een langere consultduur dan de vrijgevestigden. Voor de gecorrigeerde verschillen is voor twee van de vier specialismen een significant verschil gevonden.
Op basis van bovengenoemde resultaten mogen we met enige voorzichtigheid concluderen dat de verschillen tussen de dienstverbanders en de vrijgevestigden zich vooral manifesteren bij de directe patiëntenzorg (patiëntgebonden uren en consultduur), ofwel het zorgaanbod. In het volgende hoofdstuk zullen op basis van deze bevindingen berekeningen worden uitgevoerd omtrent de gevolgen van een eventuele overgang van vrij beroep naar dienstverband op het zorgaanbod. In het daaropvolgende hoofdstuk wordt nagegaan wat een en ander voor gevolgen kan hebben voor de wachttijden.

5 SCENARIO's VOOR DE INVLOED VAN OVERGANG VRIJ BEROEP NAAR DIENSTVERBAND OP HET ZORGAANBOD

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk hebben we kunnen constateren dat er voor een aantal aspecten van de tijdsbesteding verschillen zijn tussen vrijgevestigden en dienstverbanders. Dit geldt vooral voor het aantal patiëntgebonden uren per week. Gemiddeld over de zeven specialismen besteden de dienstverbanders zo'n drie uur per week minder aan patiëntgebonden activiteiten dan de vrijgevestigden. Aangezien het zorgaanbod vooral betrekking heeft op de patiëntgebonden uren, kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat het zorgaanbod van de individuele dienstverbander dus zo'n drie uur per week lager ligt dan van de vrijgevestigde. Verder is er een verschil in het aantal minuten dat per patiënt besteed wordt en dus in het aantal patiënten dat per uur wordt behandeld. Dit verschil is overigens voor wat betreft de eerste consulten slechts bij één specialisme significant afwijkend van nul. Verder kon de tijdsbesteding per patiënt niet voor alle specialismen worden nagegaan.
In dit hoofdstuk zal gekeken worden hoe dergelijke verschillen in tijdsbesteding vertaald kunnen worden in een teruggang in het zorgaanbod bij een overgang van vrij beroep naar dienstverband. Daarbij wordt een scenario-aanpak gehanteerd, waarbij in een eerste scenario nagegaan wordt wat een vermindering in het aantal patiëntgebonden uren voor invloed heeft op het totale zorgaanbod. In een tweede scenario wordt niet alleen uitgegaan van een vermindering in patiëntgebonden uren, maar wordt tevens rekening gehouden met een teruggang in het aantal patiënten dat per uur wordt behandeld. In een derde scenario wordt tenslotte nog nagegaan wat het wegvallen van de vrijgevestigden als normstellende groep kan betekenen voor het zorgaanbod. Daarbij wordt rekening gehouden met een daling in het aantal uren per fte voor alle specialisten, ongeacht werkveld en rechtspositie.
Voor elk van de scenario's wordt steeds uitgegaan van de veronderstelling dat er geen sprake is van een geleidelijke overgang naar een dienstverband. Bovendien wordt verondersteld dat het aantal specialisten constant blijft. Verder wordt er in de scenario's vanuit gegaan dat het dienstverband op dezelfde manier zal zijn vormgegeven als nu het geval is.

Alvorens op de resultaten van de scenario's in te gaan, zal in het kort aandacht worden besteed aan de wijze waarop de veranderingen in het totale zorgaanbod worden berekend.

In dit rapport wordt overigens met de term '*vrijgevestigden*' gedoeld op medisch specialisten die vrij beroepsbeoefenaar zijn. Wanneer we in dit rapport spreken over '*rechtspositie*', dan wordt daarmee het onderscheid bedoeld tussen '*vrijgevestigden*' enerzijds en '*dienstverbanders*' anderzijds.

5.2 Methode

Voor het bepalen van de eventuele invloed van een verandering in rechtspositie (dat wil zeggen een overgang van vrij beroep naar dienstverband) op het zorgaanbod, is eerst nagegaan hoe groot het huidige zorgaanbod is, uitgedrukt als het totaal aantal nieuwe patiënten dat behandeld wordt in een jaar. Dit huidige zorgaanbod is bovendien uitgesplitst naar werkveld en - binnen de niet-academische ziekenhuizen - naar rechtspositie. Overigens geldt dat het voor het bepalen van de eventuele effecten op het zorgaanbod alleen van belang is dat de relatieve verdeling van het huidige zorgaanbod over de werkvelden en de rechtsposities van belang zijn. De absolute aantallen doen in feite niet ter zake.

Op basis van de gegevens die zijn verzameld in de beroepskrachtenplanningen, is voor elk van de daarbij betrokken specialismen nagegaan hoe groot het totaal aantal eerste consulten in 1996 is geweest. Bovendien is voor deze specialismen nagegaan hoe de verdeling van deze consulten is over de niet-academische en de academische ziekenhuizen. Voor de drie specialismen die alleen aan de deeltijdstudie hebben meegedaan (de anesthesiologen, de internisten en de oogartsen), is het totaal aantal eerste consulten in de niet-academische ziekenhuizen afgeleid van gegevens van het NZi uit 1994 (Delnoij, e.a., 1996). Voor deze groepen is ten aanzien van het aantal eerste consulten in de academische ziekenhuizen een eigen schatting gemaakt. Deze schatting is gebaseerd op de bij de andere specialismen gevonden verhoudingen tussen het aantal patiënten dat per patiëntgebonden uur wordt behandeld in de niet-academische ziekenhuizen enerzijds en in de academische ziekenhuizen anderzijds. Deze verhouding is vrijwel steeds gelijk aan twee staat tot één.

De verdeling van de patiënten in de niet-academische ziekenhuizen naar rechtspositie, is in de eerste plaats afgeleid op basis van de verdeling van de totale aantallen patiëntgebonden uren naar rechtspositie. Vervolgens moet nog rekening gehouden worden met een verschil in het aantal patiënten per uur van de dienstverbanders ten opzichte van degenen die vrijgevestigd zijn. Voor het bepalen van dit verschil is slechts een beperkte hoeveelheid empirisch materiaal voorhanden. Het gaat dan om het verschil in minuten per patiënt dat besteed wordt aan de eerste consulten en de herhaalconsulten bij vier van de zeven specialismen. Voor de overige drie specialismen zal dus gewerkt moeten worden met een schatting. Bovendien zal voor de klinische werkzaamheden een schatting gemaakt moeten worden van het verschil in aantal patiënten per uur van dienstverbanders en vrijgevestigden voor alle zeven specialismen. Bij de eerste consulten en de herhaalconsulten is, voor zover beschikbaar, een verschil te zien van minimaal 5%. Op basis daarvan is voor elk van de specialismen geschat dat voor zowel het poliklinische en het klinische werk er minimaal een verschil van 2,5% bestaat in het aantal patiënten per uur. Via dit verschil van 2,5% in het aantal patiënten per uur, is rekening gehouden met een beperkt deel van de geconstateerde verschillen in tijd voor de eerste consulten en de herhaalconsulten. Voor de specialismen waarvoor deze gegevens beschikbaar zijn, is immers een verschil van minimaal 5% gevonden. Het gehanteerde verschil van 2,5% kan dus als conservatief bestempeld worden. Dit alles betekent dat in het geval dat de vrijgevestigden 50% van alle patiëntgebonden uren maken, zij bij een verschil van 2,5% in het aantal patiënten per uur in feite 50,6% van alle patiënten behandelen (zie bijlage 5 voor een rekenvoorbeeld). Dit betekent tevens dat de vrijgevestigden in dat geval verantwoordelijk zijn voor 50,6% van het totale zorgaanbod.

Nadat de huidige verdeling van het aantal patiënten over de werkvelden en de rechtsposities is bepaald, is nagegaan wat voor invloed de overgang naar dienstverband

volgens de drie geformuleerde scenario's zou hebben. Hieronder wordt besproken hoe deze berekeningen in principe plaatsvinden.

Scenario 1

In het eerste scenario wordt ervan uitgegaan dat bij de overgang naar dienstverband de huidige groep vrijgevestigden minder patiëntgebonden uren gaat werken, conform het 'gecorrigeerde' verschil met de huidige groep dienstverbanders. Het aantal patiënten dat door de huidige groep vrijgevestigden zal worden behandeld, zal dan na de overgang afnemen naar rato van het verschil tussen het toekomstig en het huidig aantal patiëntgebonden uren van de vrijgevestigden. Als er op dit moment gemiddeld 45 patiëntgebonden uren per week wordt gewerkt door de vrijgevestigden en het gecorrigeerde verschil met de huidige dienstverbanders 4,5 uur bedraagt, dan wordt dus verwacht dat de huidige vrijgevestigden straks 40,5 uur per week aan patiëntgebonden activiteiten zullen besteden. Dit zal een daling van 10% in het aantal door hen behandelde patiënten met zich mee brengen. Indien de huidige groep vrijgevestigden 50,6% van alle patiënten zien, dan zal de daling in patiëntgebonden uren zich vertalen naar een daling van 5,06% in het totale zorgaanbod (zie bijlage 6 voor een rekenvoorbeeld).

Scenario 2

Een tweede type effect van de overgang naar dienstverband, is de daling in het aantal patiënten per uur dat door de huidige groep vrijgevestigden wordt behandeld. Het gaat dan dus om het verdwijnen van het verschil in aantal patiënten per uur met de huidige dienstverbanders. Dit verschil is (conservatief) geschat op 2,5% minder patiënten per uur. In dit scenario wordt aangenomen dat het aantal door de huidige groep vrijgevestigde specialisten behandelde patiënten met 2,5% zal verminderen op het moment dat zij in dienstverband praktiseren. De veronderstelde daling in het aantal patiënten per uur treedt in dit scenario op in combinatie met een daling in het aantal patiëntgebonden uren, zoals verondersteld in scenario 1. Het aantal door de huidige groep vrijgevestigde specialisten behandelde patiënten zal in dit scenario met 10% plus (2,5% van 90%) = 12,25% verminderen. Voor het totale zorgaanbod betekent dit bij een oorspronkelijk aandeel van de vrijgevestigden van 50,6% een daling van 6,2% in het zorgaanbod (zie bijlage 7 voor een rekenvoorbeeld).

Scenario 3

Het derde type effect van de overgang naar dienstverband dat mogelijkerwijs kan optreden, is een daling in het aantal patiënt- en niet-patiëntgebonden uren voor alle specialisten, inclusief de huidige dienstverbanders in zowel de niet-academische ziekenhuizen als de academische ziekenhuizen. Op dit moment zijn de werktijden van de vrijgevestigde specialisten te zien als een norm waaraan ook de huidige dienstverbanders zich spiegelen. Immers, een grote meerderheid van de specialisten is als vrij beroepsbeoefenaar werkzaam. Doordat zij in de meerderheid zijn, zal hun gedrag, oftewel hun aantal werkuren, binnen de beroepsgroep als 'normaal' worden gezien. Indien de vrijgevestigde specialisten als normstellende groep wegvallen, dan is er kans dat er een nieuwe, lagere norm zal ontstaan.

Er is nog een andere reden om een scenario door te rekenen waarin over de hele linie minder uren zal worden gewerkt. Het is niet geheel irreëel om te veronderstellen dat op termijn een norm van 48 uur per week per fte zal ontstaan. De huidige groep assistenten in opleiding werkt op dit moment volgens deze norm. Om het effect van een norm van 48 uur per week per fte na te gaan, moet eerst worden gekeken naar het huidige aantal uren per week per fte, en moet tevens rekening worden gehouden met

de reeds in de vorige scenario's veronderstelde teruggang in patiëntgebonden uren per week van de huidige groep vrijgevestigden. Bij de meeste specialismen werkt men op dit moment ongeveer 55 reguliere uren per week per fte. Indien de vrijgevestigden 10% minder patiëntgebonden uren gaan werken, dan wordt verondersteld dat zij tevens 10% minder niet-patiëntgebonden uren gaan werken en dus ook 10% minder uren per fte gaan werken. Dit zou neerkomen op een teruggang naar 50 uren per fte. Indien er vervolgens een nieuwe norm van 48 uur per fte ontstaat, zou er een daling van 10,05% in het zorgaanbod ontstaan (zie bijlage 8 voor een rekenvoorbeeld).

5.3 Uitkomsten

In tabel 5.1 zijn de uitkomsten samengevat van de berekeningen op basis van de hiervoor beschreven scenario's. Het effect van een daling in het aantal patiëntgebonden uren van de vrijgevestigden (scenario 1), conform het gecorrigeerde verschil met de huidige groep dienstverbanders, loopt uiteen van -4,8% voor de anesthesiologen tot -10,5% voor de longartsen. Het gaat hierbij om de vermindering in het totale zorgaanbod. Daarbij is dus rekening gehouden met het feit dat de vrijgevestigde specialisten een deel van het totale zorgaanbod leveren. Het zorgaanbod van de specialisten die in loondienst werken bij de niet-academische ziekenhuizen en degenen die in de academische ziekenhuizen werken, blijft in dit scenario gelijk aan het huidige zorgaanbod.
In het tweede scenario is het effect van een teruggang van 2,5% in het aantal patiënten per uur voor de vrijgevestigden toegevoegd aan het effect van een teruggang in het aantal patiëntgebonden uren van deze zelfde groep. Wederom blijft het zorgaanbod van de overige specialisten in de niet-academische en de academische ziekenhuizen ongemoeid in dit scenario. Voor het totale zorgaanbod loopt het effect van het tweede scenario uiteen van -6,6% voor de anesthesiologen tot -12,2% voor de longartsen.
Het derde scenario gaat uit van een daling in de norm voor de werktijden naar 48 uur per week per fte voor alle specialisten, ongeacht werkveld en rechtspositie, bovenop het effect van de teruggang in patiëntgebonden uren en patiënten per uur voor de vrijgevestigden. Het effect van de overgang naar dienstverband op het totale zorgaanbod loopt in dit scenario uiteen van -9,7% voor de oogartsen tot -19,0% voor de orthopaeden.

Tabel 5.1: Mogelijke effecten van een overgang in rechtspositie op het totale zorgaanbod in drie scenario's

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
	Daling in aantal patiëntgebonden uren	Daling in aantal patiëntgebonden uren + patiënten per uur	Daling in aantal patiëntgebonden uren + patiënten per uur + uren per fte
Anesthesiologen	-4,8%	-6,6%	-15,8%
Gynaecologen	-5,1%	-7,0%	-15,4%
Internisten	-9,5%	-11,2%	-15,8%
Longartsen	-10,5%	-12,2%	-13,9%
Oogartsen	-7,9%	-9,7%	-9,7%
Orthopaeden	-5,3%	-7,3%	-19,0%
Reumatologen	-6,4%	-7,7%	-14,4%

Conclusie

Wanneer verondersteld wordt dat alle vrij beroepsbeoefenaren overgaan naar dienstverband en dat zij dan dezelfde tijdsbesteding hebben als de huidige dienstverbanders, zal dit leiden tot een daling van het aantal patiënten dat geholpen kan worden, variërend van ongeveer 5% voor de anesthesiologen tot bijna 11% voor longartsen.

Wanneer daarbovenop rekening wordt gehouden met een daling van het aantal patiënten dat per uur wordt gezien, loopt de daling van het zorgaanbod op tot bijna 7% voor de anesthesiologen en ruim 12% voor de longartsen.

Indien, tenslotte, verondersteld wordt dat er tevens nog een daling van het totaal aantal reguliere werkuren optreedt voor alle specialisten (dus ook voor de huidige dienstverbanders) tot 48 uur per week, zal de daling van het zorgaanbod oplopen tot bijna 10% voor de oogartsen tot 19% voor de orthopaedisch chirurgen.

6 SCENARIO's VOOR DE INVLOED VAN DE OVERGANG VRIJ BEROEP NAAR DIENSTVERBAND OP DE WACHTTIJDEN

6.1 Inleiding

In hoofdstuk 5 is geconstateerd dat de overgang van vrij beroep naar dienstverband zou kunnen leiden tot vermindering van het zorgaanbod. De mate waarin dit zal gebeuren is daarbij afhankelijk van de veronderstellingen van de drie geschetste scenario's.
Indien de zorgvraag in deze scenario's gelijk blijft, zal de vermindering van het zorgaanbod betekenen dat er patiënten zijn die niet (meteen) geholpen kunnen worden. Er ontstaat dus een discrepantie tussen vraag en aanbod. Deze discrepantie kan tot gevolg hebben dat er wachtlijsten ontstaan of in omvang toenemen. Bij een aantal specialismen bestaan er momenteel reeds lange wachtlijsten en wachttijden, te weten voor oogheelkunde en orthopaedie (Blom et al., 1997). Het probleem is echter dat er geen uniforme wachtlijstregistratie bestaat, zodat er op landelijke schaal weinig betrouwbare gegevens zijn omtrent de omvang van de wachtlijsten.
Ondanks bovengenoemde beperking zal in dit hoofdstuk toch een poging worden gedaan om de scenario's voor de overgang van vrij beroep naar dienstverband en de daarmee gepaard gaande veranderingen in het zorgaanbod te vertalen in de lengte en duur van de wachtlijsten. Het gaat hierbij om relatief eenvoudige vertalingen van de teruggang in het zorgaanbod op de wachtlijsten.
Alvorens de effecten van de scenario's op de wachtlijsten worden doorgerekend, zal eerst in het kort worden ingegaan op de problematiek van de wachtlijsten.

6.2 Wachtlijsten en wachttijden

Rond het begrip 'wachtlijsten' bestaan verschillende definities. In het Financieel Overzicht Zorg 1994 wordt een wachtlijst als volgt gedefinieerd: "Een wachtlijst geeft het aantal patiënten weer dat geïndiceerd is voor een ingreep, behandeling, verpleging. Bij wachtlijsten zijn een tweetal parameters van belang: de lengte van de wachtlijst uitgedrukt in aantallen personen en de duur van de periode die patiënten op de wachtlijst staan".
Wachtlijsten zijn te benoemen als 'planningslijsten', of als zogenaamde 'problematische wachtlijsten'. Een planningslijst geeft op enig moment het aantal mensen weer dat geïndiceerd is voor een behandeling. Een problematische wachtlijst is een planningslijst waarop een maximaal aanvaardbare wachttijd wordt overschreden.
De wachttijd wordt in de curatieve sector vaak onderscheiden in toegangstijd en klinische wachttijd. Onder *toegangstijd* verstaat men de tijd tussen de verwijzing door de ene hulpverlener en het eerste contact met de andere. *Klinische wachttijd* is de tijd die verloopt tussen het moment waarop de indicatie voor een interventie is gesteld en het moment waarop de behandeling feitelijk begint (VWS, 1996).

> In dit rapport wordt overigens met de term '*vrijgevestigden*' gedoeld op medisch specialisten die vrij beroepsbeoefenaar zijn. Wanneer we in dit rapport spreken over '*rechtspositie*', dan wordt daarmee het onderscheid bedoeld tussen '*vrijgevestigden*' enerzijds en '*dienstverbanders*' anderzijds.

6.3 Registratie van wachtlijsten

In Nederland is er slechts op beperkte schaal informatie beschikbaar over de wachtlijsten. Ziekenhuizen werken meestal met een geautomatiseerd systeem om wachtenden te registreren. Toch blijken veel ziekenhuizen niet in staat om aantallen wachtenden en gemiddelde wachtduur per behandeling of aandoening op te geven. Ziektespecifieke wachtlijstinformatie is zelden voorhanden. Voor zover er wachtlijstgegevens zijn, worden deze veelal op lokaal niveau gepresenteerd. De geregistreerde gegevens zijn meestal zeer divers per wachtlijst. Er zijn dan ook geen formele regels over de wijze waarop een wachtlijst moet worden opgesteld. Het ontbreken van een landelijke uniforme wachtlijstregistratie belemmert het kwantitatief vaststellen van geïndiceerd, maar nog niet gerealiseerd zorggebruik en daarmee planning en sturing door beleid. Overigens worden momenteel in een aantal sectoren initiatieven genomen om op landelijk niveau tot een uniforme registratie te komen. Een voorbeeld hiervan is het initiatief van de NVZ vereniging van ziekenhuizen. De NVZ heeft het NZi opdracht gegeven een methodiek voor uniforme registratie van wachtlijsten te ontwikkelen (NZi/NVZ, 1997). Daartoe is per 1 juli 1997 een enquête naar alle lidinstellingen van de NVZ gestuurd. De ziekenhuizen geven hierbij op patiëntniveau inzicht in (problematische) wachttijden per specialisme en opnamediagnose. Patiënten die op eigen verzoek wachten zijn in de tellingen niet meegenomen. Verder is gevraagd naar de poliklinisch (te verwachten) toegangstijd, indien de patiënt zich voor een polikliniekbezoek meldt.
Deze gegevens geven inzicht in de actuele wachtlijstsituatie in niet-academische ziekenhuizen per 1 juli 1997. Het betreft een momentopname. De enquête zal op geregelde tijden worden herhaald, zodat inzicht verkregen kan worden in de fluctuaties in de wachtlijsten.
De eerste voorlopige resultaten van de peiling per 1 juli 1997 zullen als vergelijkingsmateriaal in deze rapportage worden meegenomen.

6.4 Duur en omvang van wachtlijsten

Zoals reeds eerder is aangegeven wordt er bij de wachttijden een onderscheid gemaakt tussen de toegangstijden tot de polikliniek en de klinische wachttijden. Voor wat betreft de huidige toegangstijd voor de polikliniek worden in tabel 6.1 gegevens gepresenteerd zoals die zijn verzameld bij de ziekenhuizen. Uit deze tabel blijkt dat er tussen de diverse specialismen grote verschillen zijn. Voor de in dit rapport opgenomen specialismen, varieert de huidige toegangstijd van 13 dagen voor de longartsen tot 72 dagen voor de oogartsen. Binnen dezelfde bandbreedte variëren overigens ook de toegangstijden van de andere specialismen waarvan de huidige toegangstijd bekend is.

Tabel 6.1: Toegangstijd polikliniek

	Gemiddelde toegangstijd (dagen)
Gynaecologen	19
Internisten	21
Longartsen	13
Orthopaeden	30
Oogartsen	72
Reumatologen	36

Bron: NVZ/NZi, 1997.

Om op landelijke schaal een indicatie te krijgen omtrent de omvang en duur van de wachtlijsten voor behandeling, kan gebruik gemaakt worden van gegevens uit de gezondheidsenquête van het CBS, 1993/1996. In deze enquête worden sinds 1993 vragen opgenomen over medische wachtlijsten. Aan een a-selecte groep van 10.000 personen ouder dan 16 jaar is gevraagd of men in de laatste twee jaar weleens een medische behandeling nodig heeft gehad, maar dat deze niet meteen kon plaatsvinden. Ruim 7% van de volwassen bevolking (16 jaar en ouder) is de laatste twee jaar weleens op een wachtlijst terecht gekomen. Dit percentage is de afgelopen drie jaar vrij constant gebleven. Op basis hiervan heeft het CBS berekend dat in één jaar minimaal 415.000 Nederlanders van 16 jaar en ouder op een medische wachtlijst staan. Voor de in het huidige rapport opgenomen specialismen zijn de uitkomsten weergegeven in tabel 6.2.

Tabel 6.2: Omvang en lengte van de wachtlijsten tussen diagnose en behandeling

	Aantal personen op wachtlijst	Gemiddelde wachttijd (dagen)
Gynaecologen	29.000	52
Internisten	18.000	32
Longartsen	?	?
Orthopaeden	117.000	67
Oogartsen	48.000	89
Reumatologen	4.000	41

Bron: CBS, 1996.

Uit deze tabel blijkt dat het aantal personen op de wachtlijst voor een behandeling of operatie door een orthopaed het grootst is. Het aantal personen dat wacht op een behandeling door een oogarts blijkt ook groot te zijn. In de gezondheidsenquête is aan de personen die in de afgelopen twee jaar op de wachtlijst hebben gestaan gevraagd na hoeveel dagen de behandeling plaatsvond. Uit tabel 6.2 blijkt dat men met name voor een behandeling door een oogarts relatief lang moet wachten (gemiddeld 89 dagen).

6.5 Effecten van de overgang van vrij beroep naar dienstverband op de wachttijd

Voor het nagaan van het effect van de overgang van vrij beroep naar dienstverband op de wachttijden, wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan de toegangstijd voor de polikliniek èn aan de wachttijd tussen diagnose en behandeling. De effecten zijn afhankelijk van de veronderstelling over de wijze waarop de teruggang in het zorgaanbod verdeeld wordt over werkzaamheden ten behoeve van de diagnose (de tijd voor de poliklinische consulten) enerzijds en behandeling (de tijd voor opname en klinische verrichtingen) anderzijds.
Indien verondersteld wordt dat de teruggang in zorgaanbod evenredig wordt verdeeld over de tijd die aan de verschillende (poli)klinische activiteiten wordt besteed, dan zal een teruggang van bijvoorbeeld 5% in het zorgaanbod betekenen dat er eveneens 5% minder eerste consulten zullen plaatsvinden. Op de eerste dag dat deze teruggang van kracht wordt zal daardoor 95% van de nieuwe patiënten de daarvoor gebruikelijke toegangstijd moeten wachten, terwijl 5% van de nieuwe patiënten één dag langer moeten wachten dan daarvoor. Gemiddeld geeft dat voor deze patiënten een extra toegangstijd van 0,05 dag. Op de tweede dag zal voorrang gegeven moeten worden aan de patiënten van de vorige dag, voordat de nieuwe patiënten geholpen worden. De nieuwe patiënten moeten derhalve een aantal mensen voor laten gaan die gelijk is aan 5% van het gebruikelijke aantal nieuwe patiënten. Dit betekent dat op de tweede dag nog maar 90% van de nieuwe patiënten van die dag de gebruikelijke toegangstijd zal hebben en dat 10% een extra toegangstijd van één dag zal hebben, wat gemiddeld genomen neerkomt op een extra toegangstijd van 0,1 dag. Wanneer een dergelijke redenering wordt voortgezet voor een geheel jaar, dan blijkt dat er bij een teruggang van 5% in het zorgaanbod na 1 jaar een toename van de toegangstijd ontstaat van 19 (kalender)dagen. De nieuwe patiënten moeten dan dus 19 dagen langer wachten dan nu het geval is (zie bijlage 9 voor een rekenvoorbeeld).

In tabel 6.3 zijn de percentages teruggang in zorgaanbod van tabel 5.1 vertaald naar de verwachte toename in toegangstijd voor de polikliniek na één jaar. Voor het eerste scenario, waarin alleen rekening is gehouden met een teruggang in het aantal patiëntgebonden uren, ontstaan na één jaar toegangstijden voor de polikliniek die 19 tot 43 dagen langer zijn dan nu het geval is. In het tweede scenario, waarbij tevens rekening is gehouden met een teruggang in het aantal patiënten per uur, loopt de toename in de toegangstijd voor de polikliniek op tot 26 à 51 dagen. Hierbij is overigens uitgegaan van een conservatieve schatting van het verschil in aantal patiënten per uur van de vrijgevestigden versus de dienstverbanders. In het derde scenario, waarbij ook nog sprake is van een teruggang naar 48 uren per fte, zullen de toegangstijden in totaal met 40 à 86 dagen toenemen bovenop de huidige toegangstijd. Overigens geldt voor de oogartsen dat er geen verschil bestaat tussen de extra toegangstijd in het tweede en derde scenario, omdat de oogartsen nu reeds 48 uur per week per fte werkzaam zijn.
De verlenging van de toegangstijden zullen, ceterus paribus, na twee jaar in principe dubbel zo groot zijn geworden.

Tabel 6.3: Verwachtte toename van de toegangstijd polikliniek na één jaar (in dagen)

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
	Daling pat.geb. uren/week	Daling pat.geb. uren/week + pat./uur	Daling pat.geb. uren/week + pat./uur + uren/fte
Anesthesiologen	19	26	69
Gynaecologen	20	28	67
Internisten	39	46	69
Longartsen	43	51	59
Oogartsen	32	40	40
Orthopaeden	21	29	86
Reumatologen	25	31	62

In tabel 6.4 is weergegeven hoe de totale toegangstijd voor de polikliniek zou worden onder de condities van de verschillende scenario's. Het gaat hierbij dus om de toegangstijd inclusief de huidige toegangstijd. Voor een aantal specialismen zal reeds bij het eerste scenario sprake zijn van een verdubbeling van de toegangstijd na één jaar.

Tabel 6.4: Verwachtte toegangstijd polikliniek na één jaar (in dagen) voor specialismen waarvan de huidige toegangstijd bekend is

	Huidige situatie	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
		Daling pat.geb. uren/week	Daling pat.geb. uren/week + pat./uur	Daling pat.geb. uren/week + pat./uur + uren/fte
Gynaecologen	19	39	47	86
Internisten	21	60	67	90
Longartsen	13	56	64	72
Oogartsen	72	104	112	112
Orthopaeden	30	51	59	119
Reumatologen	36	61	67	98

Bij een evenredige daling van het zorgaanbod over alle soorten (poli-)klinische activiteiten, zal er in principe geen extra wachttijd ontstaan tussen het eerste poliklinische consult en het moment van behandeling. Het aantal mensen dat vanuit de diagnosefase in de behandelfase terecht komt zal immers met eenzelfde percentage dalen als het aantal uren dat beschikbaar is voor de behandelingen.
Het lijkt echter aannemelijk dat bij een toename van de toegangstijd voor de polikliniek, het aandeel patiënten dat voor behandeling in aanmerking komt wellicht zal stijgen. Deze veronderstelling is gebaseerd op de gedachte dat langere toegangstijden voor het eerste polikliniekbezoek tot gevolg zullen hebben dat er priotering van patiënten plaatsvindt. Daarom zal de case-mix van de patiënten die voor een eerste polikliniekbezoek komen verschuiven in de richting van meer urgente en/of ernstigere gevallen. Deze verschuiving zal leiden tot een extra wachttijd voor de behandeling. De omvang

van deze toename is echter niet goed in te schatten op basis van de beschikbare informatie.

Aan andere veronderstellingen betreffende de verdeling van de daling in het zorgaanbod over de polikliniek en de kliniek, is geen aandacht besteed. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om een gelijkblijven van de tijd voor de polikliniek, hetgeen zou leiden tot een sterke daling van de klinische werkzaamheden.

7 CONCLUSIE

In dit rapport van het onderzoek 'Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband' zijn twee vragen beantwoord: wat zijn de huidige verschillen in tijdsbesteding tussen medisch specialisten die in het vrij beroep werken en dienstverbanders; welke veranderingen treden mogelijkerwijs op in deze tijdsbesteding - en dus in het zorgaanbod - als gevolg van een overgang van vrij beroep naar dienstverband en welke gevolgen heeft zo'n overgang voor de wachttijden.
Uit het antwoord op de eerste vraag kan niet zonder meer het antwoord op de tweede vraag worden afgeleid. Immers, het is niet zeker dat specialisten die nu in het vrij beroep werkzaam zijn, bij een overgang naar dienstverband het gedrag van de huidige groep dienstverbanders zullen gaan aannemen. Er zijn nadere veronderstellingen nodig om van het antwoord op de eerste vraag tot een antwoord op de tweede te komen. In deze rapportage zijn daartoe enkele scenario's opgesteld. Op basis van deze scenario's is een doorrekening gemaakt van veranderingen in de tijdsbesteding naar verschillen in zorgaanbod en wachttijden.

De vraag naar de huidige verschillen in tijdsbesteding tussen specialisten in dienstverband en specialisten die als vrij beroepsbeoefenaar werken, is beantwoord op basis van enquêtegegevens die in de afgelopen jaren zijn verzameld door het NIVEL.
Er konden gegevens worden gebruikt over de volgende specialismen: anesthesiologie, gynaecologie, interne geneeskunde, longziekten, oogheelkunde, orthopaedie en reumatologie. Deze specialismen geven een goed beeld van de diversiteit aan specialismen. Verder is er sprake van een hoge respons op de enquêtes, zodat ook op het niveau van de afzonderlijke specialismen kan worden gesproken van representatieve gegevens.
Bij de vergelijking van de tijdsbesteding van de dienstverbanders en de vrij beroepsbeoefenaren is uiteraard rekening gehouden met verschillen in samenstelling van beide groepen. Zo zijn er onder de dienstverbanders meer vrouwen, meer medisch specialisten die in een opleidingspraktijk werkzaam zijn en meer specialisten die in een praktijk met relatief veel collega's werken. Ook zijn er per specialisme variërende verschillen in leeftijd.
De belangrijkste uitkomsten van de vergelijking (waarbij rekening is gehouden met de genoemde verschillen tussen de groepen) zijn dat specialisten in dienstverband in niet-academische ziekenhuizen minder reguliere werkuren werkzaam zijn dan de vrij beroepsbeoefenaren in niet-academische ziekenhuizen. Het verschil blijkt niet zo zeer in de niet-patiëntgebonden uren te zitten, maar vooral in de patiëntgebonden uren. Verder is een verschil in consultduur. Dienstverbanders hebben wat langere consulten. Deze verschillen zijn evenwel alleen significant voor twee van de vier specialismen waar deze gegevens voor beschikbaar zijn.

Op basis van deze uitkomsten zijn drie scenario's ontwikkeld die inzicht moeten geven in de mogelijke veranderingen in tijdsbesteding en dus het zorgaanbod en de wachttijden als gevolg van een overgang van vrij beroep naar dienstverband. Daarbij is steeds uitgegaan van de veronderstelling dat er geen sprake is van een geleidelijke overgang naar dienstverband en dat het aantal specialisten constant blijft. Verder wordt

er in de scenario's vanuit gegaan dat het dienstverband op dezelfde manier zal zijn vormgegeven als nu het geval is.
Het eerste scenario gaat vervolgens uit van de veronderstelling dat alle vrij beroepsbeoefenaren overgaan naar dienstverband en dat zij dan dezelfde tijdsbesteding hebben als de huidige dienstverbanders. De consequentie van dit scenario is een daling van het aantal patiënten dat geholpen kan worden, variërend van ongeveer 5% voor de anesthesiologen tot ongeveer 11% voor longartsen.
Het tweede scenario houdt daarbovenop rekening met een daling van het aantal patiënten dat per uur wordt gezien. In dit scenario loopt de daling van het zorgaanbod op tot bijna 7% voor de anesthesiologen en ruim 12% voor de longartsen.
In het derde scenario, tenslotte, is verondersteld dat er een daling van het totaal aantal reguliere werkuren optreedt voor alle specialisten (dus ook voor de huidige dienstverbanders) tot 48 uur per week. Dit is het aantal uren dat op dit moment geldt voor de assistent-geneeskundigen in opleiding tot medisch specialist. In dit scenario is er sprake van een daling van het zorgaanbod met bijna 10% voor de oogartsen tot 19% voor de orthopaedisch chirurgen.

Deze zorgaanbod-scenario's hebben consequenties voor de wachttijden. Daarbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen de tijd die verloopt tussen verwijzing en eerste polikliniekbezoek (de toegangstijd) en de tijd tussen indicatiestelling en behandeling (de wachttijd). Over het eerste is het gemakkelijker om iets te zeggen dan over het tweede.
Er wordt verondersteld dat de daling van het zorgaanbod uit de hierboven beschreven scenario's gelijkmatig wordt verdeeld over het poliklinisch en het klinisch werk. Gegeven deze veronderstelling zal binnen het eerste scenario de toename van de toegangstijd uiteenlopen van 19 dagen voor de anesthesiologen tot 43 dagen voor de longartsen. In het tweede scenario is sprake van een toename van de toegangstijd die uiteenloopt van 26 tot 51 dagen. In het derde scenario loopt dit uiteen van 40 tot 86 dagen. Deze toename komt bovenop de nu reeds bestaande toegangstijd voor eerste polikliniekbezoeken. Bij gelijkblijvende omstandigheden zal de verlenging van de toegangstijd na twee jaar dubbel zo groot zijn geworden.
Gegeven de veronderstelling van een gelijke verdeling van de daling in het zorgaanbod over het poliklinisch en het klinisch werk, hoeft de wachttijd tussen indicatiestelling en behandeling niet per definitie toe te nemen. Het is echter niet uitgesloten dat bij een stijging van de toegangstijd voor de polikliniek, er zich toch relatief meer urgente en/of ernstige gevallen aandienen. Daardoor kan de wachttijd in de kliniek alsnog oplopen. Een kwantificering hiervoor is, op basis van de huidige beschikbare informatie, echter moeilijk te geven.

8 LITERATUUR

Blom J.W., A.P.M.G. Kroonen, E.W. Roscam Abbing (1992). Wachtlijsten in ziekenhuizen. Medisch Contact 47: 1151-1155.

CBS (1996). Wachten op een medische behandeling; een verkenning van wachtlijsten. Maandbericht Gezondheidsstatistiek nr. 10, p.12-17.

Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994). Gedeelde zorg: betere zorg. Zoetermeer.

Delnoij, D.M.J. (1994). Physician Payment System and Cost Control. Proefschrift. Utrecht, NIVEL.

Delnoij D.M.J., R. Schuller, C.M. van Heugten, A.J.J. van der Kwartel, R.L.C. Smit, L.J.R. Vandementen (1996). Brancherapport Curatieve Somatische Zorg. Utrecht, NIVEL/NZi.

Flierman H.A. (1991). Changing the payment system of general practitioners. Proefschrift. Utrecht, NIVEL.

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

Heiligers Ph.J.M., L. Hingstman, J. Marrée (1997). Inventarisatie deeltijd werken onder artsen. Utrecht, NIVEL.

Hemenway D., A. Killen, S.B. Cashman, C.L. Parks, W.J. Bicknell (1990). Physicians' responses to financial incentives: evidence from a for-profit ambulatory care centre. New Engl J Medicine 322:1059-63.

Hickson G.B., W.A. Altemeier, J.M. Perrin (1987). Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. Pediatrics 80:344-50.

NZi/NVZ (1997). Wachtlijsten voor medisch specialistische zorg in ziekenhuizen; resultaten van de landelijke enquête patiënten-wachtlijsten per 1 juli 1997 (concept-rapportage).

Stearns S.C., B.L. Wolfe, D.A. Kindig (1992). Physician response to fee-for-service and capitation payment. Inquiry 29:416-25.

Velden L.F.J. van der, L. Hingstman, J. Harmsen (1997a). Behoefteraming reumatologen 1996-2010. Utrecht, NIVEL.

Velden L.F.J. van der, L. Hingstman, F. Coelingh Bennink, M. Ridder (1997b). Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010. Utrecht, NIVEL.

Velden L.F.J. van der, L. Hingstman, M. Ridder (1997c). Behoefteraming orthopaeden 1997-2010 (concept-rapportage). Utrecht, NIVEL.

VWS (1996). Brief van de Minister van Gezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 25170, nr.1, Den Haag.

VWS (1997). Wetsvoorstel integratie medisch specialistische zorg. Rijswijk, VWS.

Westert G.P. (1991). Verschillen in ziekenhuisgebruik. Proefschrift. Amsterdam, Thesis Publishers.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Dit rapport is het verslag van het onderzoek 'Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medisch specialisten van vrij beroep naar dienstverband', dat door het NIVEL is uitgevoerd, in opdracht van het Petrus Camper Instituut, het recent opgerichte onafhankelijk wetenschappelijk instituut van de Orde van Medisch Specialisten. Voor de begeleiding van het onderzoek is een commissie in het leven geroepen bestaande uit de volgende personen:

- dr. G.J. den Heeten (voorzitter)
- R. van Nieuwenhuizen (voorzitter Petrus Camper Instituut)
- drs. F.W.M. Hol
- P.A.W. Edgar, arts MBA
- mw. mr. W.L.R. Kuipers
- H.J.T. Vermeulen.

BIJLAGE 2

Verschillen tussen vrijgevestigde specialisten en dienstverbanders op een aantal variabelen

	% vrouwen		Gemiddelde leeftijd		Gemiddeld praktijkgrootte		Opleidings praktijk	
	Vrijge-vestigd	Dienst-verband	Vrijge-vestigd	Dienst-verband	Vrijge-vestigd	Dienst-verband	Vrijge-vestigd	Dienst-verband
Anesthesiologen	11,1%	34,2%	45,0 jr	45,8 jr	5,3	5,7	-	-
Gynaecologen	14,3%	29,7%	47,6 jr	46,2 jr	5,2	6,0	30,7%	62,2%
Internisten	5,7%	40,8%	47,0 jr	43,8 jr	7,0	7,6	54,1%	79,5%
Longartsen	9,6%	16,7%	45,6 jr	46,8 jr	3,0	3,9	9,6%	41,7%
Oogartsen	19,7%	33,9%	44,7 jr	41,3 jr	3,9	4,5	-	-
Orthopaeden	1,4%	-	48,2 jr	44,8 jr	3,5	4,9	15,7%	57,1%
Reumatologen	15,2%	24,2%	45,6 jr	47,0 jr	2,0	6,5	6,5%	57,6%

BIJLAGE 3

Tabel 1: Aantal reguliere werkuren per week per fte per activiteit voor anesthesiologen

Anestesiologen	100% vrijgevestigden	100% dienstverbanders
Polikliniek per fte	6,8	4,3
Kliniek per fte	38,6	38,7
Overig patiëntgebonden per fte	3,5	3,8
Subtotaal patiëntgebonden per fte	48,9	46,7
Onderwijs per fte	1,0	1,4
Onderzoek per fte	2,9	3,8
Overig niet-patiëntgebonden per fte	3,5	2,5
Subtotaal niet-patiëntgebonden per fte	7,3	7,7
Totaal aantal reguliere werkuren per fte	56,3	54,5

Tabel 2: Aantal reguliere werkuren per week per fte per activiteit voor gynaecologen

Gynaecologen	100% vrijgevestigden	100% dienstverbanders
Polikliniek per fte	22,3	17,6
Kliniek per fte	17,8	16,5
Overig patiëntgebonden per fte	6,3	5,9
Subtotaal patiëntgebonden per fte	46,4	40,1
Onderwijs per fte	1,6	3,2
Onderzoek per fte	1,3	1,6
Overig niet-patiëntgebonden per fte	6,9	6,1
Subtotaal niet-patiëntgebonden per fte	9,9	10,8
Totaal aantal reguliere werkuren per fte	56,3	51,0

Tabel 3: Aantal reguliere werkuren per week per fte per activiteit voor internisten

Internisten	100% vrijgevestigden	100% dienstverbanders
Polikliniek per fte	19,8	17,0
Kliniek per fte	14,8	13,5
Overig patiëntgebonden per fte	8,6	8,7
Subtotaal patiëntgebonden per fte	43,1	39,2
Onderwijs per fte	2,5	4,0
Onderzoek per fte	4,1	4,8
Overig niet-patiëntgebonden per fte	6,6	5,2
Subtotaal niet-patiëntgebonden per fte	13,2	14,1
Totaal aantal reguliere werkuren per fte	56,3	53,3

Tabel 4: Aantal reguliere werkuren per week per fte per activiteit voor longartsen

Longartsen	100% vrijgevestigden	100% dienstverbanders
Polikliniek per fte	18,5	15,8
Kliniek per fte	16,0	11,4
Overig patiëntgebonden per fte	8,3	10,8
Subtotaal patiëntgebonden per fte	42,8	38,0
Onderwijs per fte	1,6	1,8
Onderzoek per fte	3,9	5,0
Overig niet-patiëntgebonden per fte	7,2	5,9
Subtotaal niet-patiëntgebonden per fte	12,8	12,7
Totaal aantal reguliere werkuren per fte	55,6	50,8

Tabel 5: Aantal reguliere werkuren per week per fte per activiteit voor oogartsen

Oogartsen	100% vrijgevestigden	100% dienstverbanders
Polikliniek per fte	33,0	31,0
Kliniek per fte	8,1	6,0
Overig patiëntgebonden per fte	3,1	2,3
Subtotaal patiëntgebonden per fte	44,2	39,3
Onderwijs per fte	1,0	0,7
Onderzoek per fte	3,2	1,7
Overig niet-patiëntgebonden per fte	4,9	3,7
Subtotaal niet-patiëntgebonden per fte	9,0	6,0
Totaal aantal reguliere werkuren per fte	53,2	45,3

Tabel 6: Aantal reguliere werkuren per week per fte per activiteit voor orthopaeden

Orthopaeden	100% vrijgevestigden	100% dienstverbanders
Polikliniek per fte	20,0	18,1
Kliniek per fte	20,2	18,9
Overig patiëntgebonden per fte	7,8	6,7
Subtotaal patiëntgebonden per fte	48,0	43,6
Onderwijs per fte	1,5	2,4
Onderzoek per fte	1,3	1,4
Overig niet-patiëntgebonden per fte	7,2	5,2
Subtotaal niet-patiëntgebonden per fte	10,0	9,1
Totaal aantal reguliere werkuren per fte	58,1	52,7

Tabel 7: Aantal reguliere werkuren per week per fte per activiteit voor reumatologen

Reumatologen	100% vrijgevestigden	100% dienstverbanders
Polikliniek per fte	30,7	25,6
Kliniek per fte	5,8	5,4
Overig patiëntgebonden per fte	10,9	10,0
Subtotaal patiëntgebonden per fte	47,5	41,1
Onderwijs per fte	1,0	1,8
Onderzoek per fte	1,2	3,2
Overig niet-patiëntgebonden per fte	6,2	8,0
Subtotaal niet-patiëntgebonden per fte	8,4	13,0
Totaal aantal reguliere werkuren per fte	55,9	54,1

BIJLAGE 4: Resultaten van de regressie-analyses

Toelichting bij de tabellen: de getallen in de kolommen van de achtergrondkenmerken en de rechtspositie betreffen de ongestandaardiseerde regressie-coëfficiënten van de analyse waarin alle onafhankelijke variabelen zijn opgenomen. Bij de rechtspositie gaat het dus om de 'gecorrigeerde' verschillen. De kolom met de adjusted R2 geeft de proportie verklaarde variantie.

Voor de achtergrondkenmerken is gewerkt met een zogeheten tweezijdige toetsing met een p <.10: dat wil zeggen, de kans dat het verschil afwijkt van nul (in positieve of negatieve richting), is minimaal 90%.
Voor de rechtspositie is gewerkt met een zogeheten eenzijdige toetsing met een p <.05: dat wil zeggen, de kans dat het verschil in de verwachte richting afwijkt van nul, is minimaal 95%.

Tabel 1: Afhankelijke variabele: aantal fte

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leef-tijd	Aantal specia-listen	Type zieken-huis	Rechts-positie	Adj. R2
Anesthesiologen	-0.196*	0.001	-0.001	x	-0.008	.280
Gynaecologen	-0.159*	-0.001	-0.006	0.025*	0.037	.198
Internisten	-0.163*	-0.001	-0.001	0.014	-0.040	.194
Longartsen	-0.160*	-0.001	0.006	-0.019	0.029	.205
Oogartsen	-0.159*	0.001	0.003	x	0.014	.233
Orthopaeden	-0.121*	-0.001	-0.003	0.001	0.190	.022
Reumatologen	-0.213*	-0.005*	0.001	-0.039	-0.046	.456

Tabel 2: Afhankelijke variabele: reguliere uren per week

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leef-tijd	Aantal specia-listen	Type zieken-huis	Rechts-positie	Adj. R2
Anesthesiologen	-8.7*	0.0	0.2	x	-2.8	.087
Gynaecologen	-7.8*	-0.1	-0.5	2.9*	-3.2*	.079
Internisten	-9.0*	-0.2*	-0.2	3.8*	-5.7*	.110
Longartsen	-9.8*	-0.1	-0.2	0.5	-2.8	.094
Oogartsen	-6.0*	0.1	0.8*	x	6.7*	.143
Orthopaeden	-12.8*	-0.2*	-0.1	0.7	-4.6*	.053
Reumatologen	-12.1*	-0.4*	-0.9*	2.4	-2.5	.405

Tabel 3: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal reguliere uren per fte

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leef-tijd	Aantal specia-listen	Type zieken-huis	Rechts-positie	Adj. R2
Anesthesiologen	3.3	-0.0	0.3	x	-2.6	.001
Gynaecologen	1.6	-0.1	-0.2	1.6	-6.0*	.030
Internisten	0.5	-0.1	-0.1	3.0*	-4.2*	.013
Longartsen	-1.1	-0.1	-0.6	1.9	-4.7*	.044
Oogartsen	2.3	0.1	0.6	x	-8.4*	.095
Orthopaeden	-5.6	-0.2*	-0.1	0.6	-5.8*	.009
Reumatologen	-1.1	-0.1	-1.2*	6.4	0.5	.040

Tabel 4: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal reguliere patiëntgebonden uren per week

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leef-tijd	Aantal specia-listen	Type zieken-huis	Rechts-positie	Adj. R2
Anesthesiologen	-8.7*	0.1	0.1	x	-2.7	.130
Gynaecologen	-7.0*	-0.1	-0.5*	-0.9	-3.1*	.123
Internisten	-5.3*	-0.1	-0.1	1.9	-6.2*	.086
Longartsen	-5.9*	-0.1	0.1	-2.1	-2.9*	.063
Oogartsen	-7.0*	-0.0	0.6*	x	-4.1*	.161
Orthopaeden	-8.8*	-0.1*	-0.7*	-1.4	-2.2	.070
Reumatologen	-9.1*	-0.1	-0.3	-5.7*	-4.9*	.451

Tabel 5: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal reguliere patiëntgebonden uren per week per fte

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leef-tijd	Aantal specia-listen	Type zieken-huis	Rechts-positie	Adj. R2
Anesthesiologen	1.7	0.1	0.2	x	-2.7*	-.001
Gynaecologen	0.8	-0.1	-0.2	-2.3*	-5.7*	.093
Internisten	2.4	-0.0	-0.1	1.3	-5.2*	.014
Longartsen	1.4	-0.1	-0.2	-1.1	-4.3*	.064
Oogartsen	-0.0	-0.1	0.4	x	-5.4*	.047
Orthopaeden	-1.9	-0.1	-0.6	-1.6	-3.2	.048
Reumatologen	0.6	0.1	-0.5	-3.4	-2.6	.194

Tabel 6: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal reguliere niet-patiëntgebonden uren per week

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	-0.1	-0.0	0.1	x	-0.1	-.020
Gynaecologen	-0.8	-0.0	-0.0	3.7*	-0.1	.087
Internisten	-3.7*	-0.1	-0.0	1.9*	0.5	.030
Longartsen	-3.9*	-0.1	-0.3	2.6	0.1	.037
Oogartsen	0.9	0.1*	0.3	x	-2.6*	.064
Orthopaeden	-3.8	-0.1*	0.5	2.4*	-2.3	.055
Reumatologen	-3.0*	-0.3*	-0.6*	8.1*	2.5	.236

Tabel 7: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal reguliere niet-patiëntgebonden uren per week per fte

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	1.6	-0.1	0.1	x	0.1	-.002
Gynaecologen	0.6	-0.0	0.0	3.8*	-0.4	.084
Internisten	-1.8	-0.1	-0.0	1.7	0.9	.003
Longartsen	-2.5	-0.0	-0.4	2.9	-0.4	.009
Oogartsen	2.4*	0.1*	0.2	x	-3.0*	.073
Orthopaeden	-3.5	-0.1	0.4	2.4	-2.5	.008
Reumatologen	-1.6	-0.2	-0.7*	9.8*	3.2	.193

Tabel 8: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal minuten eerste consult

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	x	x	x	x	x	x
Gynaecologen	-0.1	-0.1*	0.0	0.2	-0.4	-.003
Internisten	x	x	x	x	x	x
Longartsen	-2.2	0.1	-0.4	0.1	5.0*	.024
Oogartsen	x	x	x	x	x	x
Orthopaeden	2.2	0.0	-0.3	1.3	2.0	.010
Reumatologen	1.2	-0.1	1.0*	-3.9	1.6	.160

Tabel 9: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal minuten herhaalconsult

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	x	x	x	x	x	x
Gynaecologen	0.2	-0.1*	0.0	0.3	0.4	.042
Internisten	x	x	x	x	x	x
Longartsen	-0.5	0.0	0.2	-1.7	2.2*	.072
Oogartsen	x	x	x	x	x	x
Orthopaeden	0.5	0.0	-0.1	1.4*	1.1	.045
Reumatologen	0.4	-0.0	-0.3*	2.0*	1.3*	.122

Tabel 10: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal avond/nachtdiensten per jaar

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	-3.5	-0.2	-5.5*	x	-11.9*	.230
Gynaecologen	-10.3*	-0.1	-4.6*	-5.0	4.2	.192
Internisten	-16.4*	-0.7*	-1.1	-2.9	-2.6	.069
Longartsen	-19.7*	-0.3	-9.4*	2.3	-14.3*	.146
Oogartsen	9.0	-1.3*	-1.4	x	31.6	.199
Orthopaeden	56.2*	0.3	-15.8*	-6.1	2.7	.270
Reumatologen	15.1	-0.1	-5.5*	-24.0	-12.1	.295

Tabel 11: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal avond/nachtdiensten per jaar per fte

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	7.7	-0.3	-5.9*	x	-10.8*	.238
Gynaecologen	-2.9	-0.2	-4.6*	-7.0*	1.4	.174
Internisten	-10.3	-0.6*	-1.1	-3.3	-2.5	.042
Longartsen	-3.9	-0.5	-10.1*	5.6	-18.6*	.147
Oogartsen	21.7*	-1.7*	-1.8	x	31.4	.264
Orthopaeden	95.2*	0.2	-16.1*	-5.3	1.9	.299
Reumatologen	40.8*	-0.2	-6.7*	-25.6	-1.2	.333

Tabel 12: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal weekenddiensten per jaar

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	-2.9	0.1	-3.1*	x	-2.3	.222
Gynaecologen	-1.1	-0.0	-1.2*	-0.3	1.0	.176
Internisten	-4.9	-0.2	-1.2*	-3.3*	2.1	.127
Longartsen	0.5	-0.0	-2.1*	3.0	-5.4*	.031
Oogartsen	-4.3	0.5*	0.0	x	5.0	.072
Orthopaeden	12.9*	0.1	-2.3*	-1.4	-1.0	.196
Reumatologen	3.5	0.2	-1.4*	-6.6	-3.2	.321

Tabel 13: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal weekenddiensten per jaar per fte

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	4.7	0.0	-3.4*	x	-2.0	.201
Gynaecologen	0.8	-0.0	-1.2*	-0.6	0.3	.164
Internisten	-0.5	-0.1	-1.3*	-3.6*	3.5	.115
Longartsen	9.0*	-0.1	-2.4*	4.8	-7.5*	.072
Oogartsen	0.0	0.6*	-0.1	x	4.9	.032
Orthopaeden	18.5*	0.1	-2.3*	-1.3	-1.2	.232
Reumatologen	9.9*	0.2	-1.7*	-7.0	-0.5	.352

Tabel 14: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal uur per week aanwezig in ziekenhuis in verband met diensten

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	x	x	x	x	x	x
Gynaecologen	-0.8	-0.1*	-0.4*	-2.2*	0.4	.134
Internisten	x	x	x	x	x	x
Longartsen	-0.5	-0.0	-0.1	-0.1	-1.9*	.106
Oogartsen	x	x	x	x	x	x
Orthopaeden	6.2*	-0.0	-0.0	-1.0*	-0.8	.126
Reumatologen	-0.5*	-0.0	-0.1*	0.3	-0.2	.169

Tabel 15: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal uur per week per fte aanwezig in ziekenhuis in verband met diensten

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	x	x	x	x	x	x
Gynaecologen	0.3	-0.1*	-0.3*	-2.7*	-0.0	.149
Internisten	x	x	x	x	x	x
Longartsen	0.3	-0.0	-0.1	0.0	-2.2*	.114
Oogartsen	x	x	x	x	x	x
Orthopaeden	8.3*	-0.0	-0.1	-1.0*	-0.8	.187
Reumatologen	-0.4*	-0.0	-0.1*	0.4	-0.2	.101

Tabel 16: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal dagen bij- en nascholing per jaar

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	0.6	-0.0	0.2	x	0.3	-.007
Gynaecologen	-0.2	-0.1*	0.1	1.5*	-2.0	.089
Internisten	-3.0*	-0.0	-0.1	0.9	-0.8	.054
Longartsen	-2.1	0.1	0.0	1.9	-0.3	-.018
Oogartsen	1.6	0.0	0.6*	x	-3.9	.140
Orthopaeden	-3.5	-0.0	0.9*	-0.3	-2.0	.051
Reumatologen	0.1	0.2	-0.2	2.2	-0.4	-.022

Tabel 17: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal dagen bij- en nascholing per jaar per fte

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	3.6*	-0.0	0.2	x	0.6	.099
Gynaecologen	2.3*	-0.1	0.2*	1.2*	-2.6	.112
Internisten	-0.5	0.0	-0.0	-0.1	-0.5	-.024
Longartsen	0.3	0.0	-0.0	2.5	-1.1	-.030
Oogartsen	4.0*	0.0	0.5*	x	-4.5	.179
Orthopaeden	-1.5	-0.0	0.9*	-0.2	-2.4	.046
Reumatologen	4.4*	0.4*	-0.3	3.6	0.7	.087

Tabel 18: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal vakantiedagen per jaar

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	-2.9	0.0	1.1*	x	0.4	.089
Gynaecologen	-1.2	0.1*	-0.1	-0.0	1.2	.017
Internisten	-1.9	-0.0	0.2	-0.3	-2.1	.002
Longartsen	1.1	0.1	-0.3	-1.4	3.3*	.032
Oogartsen	-2.4	0.2	0.1	x	-3.8	.070
Orthopaeden	1.9	0.0	-0.7*	1.1	-3.5	.018
Reumatologen	-4.8*	0.0	0.3	3.4	-5.0	.165

Tabel 19: Afhankelijke variabele: gemiddeld aantal vakantiedagen per jaar per fte

	Achtergrondkenmerken					
	Sekse	Leeftijd	Aantal specialisten	Type ziekenhuis	Rechtspositie	Adj. R2
Anesthesiologen	6.7*	-0.0	1.4*	x	0.8	.159
Gynaecologen	6.4*	0.2*	0.3	-1.6	-0.3	.055
Internisten	5.1*	0.1	0.3	-2.0	-1.0	.005
Longartsen	9.5*	-0.0	-0.4	0.8	0.6	.135
Oogartsen	4.0*	0.1	-0.2	x	0.2	.001
Orthopaeden	8.0*	0.1	-0.6	1.1	-4.5	.031
Reumatologen	3.3	0.4*	0.3	6.2*	-3.6	.187

BIJLAGE 5: Effect van een verschil in aantal patiënten per uur op het huidig aandeel in het zorgaanbod

Stel:
- alle vrijgevestigden tezamen besteden in totaal 100.000 patiëntgebonden minuten per jaar en
- alle dienstverbanders tezamen besteden eveneens 100.000 patiëntgebonden minuten per jaar.

Stel:
- de vrijgevestigden besteden gemiddeld 10 minuut per patiënt en
- de dienstverbanders besteden gemiddeld 10,256 minuten per patiënt.

Dan zien
- de vrijgevestigden tezamen in totaal 10.000 patiënten per jaar (100.000 minuten / 10 minuten per patiënt) terwijl
- de dienstverbanders tezamen in totaal 9.750 patiënten per jaar zien (100.000 minuten / 10,256 minuten per patiënt).

De vrijgevestigden leveren dan weliswaar
- 50% van de patiëntgebonden tijd (100.000 van in totaal 200.000 minuten), maar
- 50,6% van het totale zorgaanbod (10.000 van in totaal 19.750 patiënten).

BIJLAGE 6: Effect vermindering aantal patiëntgebonden uren op het zorgaanbod

Stel:
- de vrijgevestigden werken momenteel 45 patiëntgebonden uren per week
- de dienstverbanders werken momenteel 40,5 patiëntgebonden uren per week.

Stel:
- de (voormalig) vrijgevestigden gaan in de toekomst 40,5 patiëntgebonden uren per week werken,
- wat een daling van 10% in hun werktijd is en dus
- eveneens een daling van 10% daling in hun zorgaanbod met zich meebrengt.

Stel:
- de vrijgevestigden zien nu tezamen in totaal 10.000 patiënten per jaar.

Dan kunnen
- de (voormalig) vrijgevestigden in de toekomst nog maar 9.000 patiënten per jaar zien (= 90% van 10.000 patiënten).

Stel:
- de (huidige) dienstverbanders zien tezamen in totaal 9.750 patiënten per jaar.

Dan daalt de capaciteit van het totale zorgaanbod van
- 19.750 patiënten per jaar nu (= 10.000 + 9.750) naar
- 18.750 patiënten per jaar in de toekomst (= 9.000 + 9.750),

wat een daling van 5,06% is in het totale zorgaanbod (= 100% * 1.000 / 19.750).

BIJLAGE 7: Effect vermindering in aantal patiënten per uur op het zorgaanbod

Stel:
- de vrijgevestigden besteden nu gemiddeld 10 minuut per patiënt en
- de dienstverbanders besteden gemiddeld 10,256 minuten per patiënt.

Stel:
- de (voormalig) vrijgevestigden gaan in de toekomst eveneens 10,256 minuten per patiënt besteden.

Stel:
- de (voormalig) vrijgevestigden leveren tezamen in de toekomst 90.000 minuten per jaar (bij 40,5 patiëntgebonden uren per week).

Dan kunnen
- de (voormalig) vrijgevestigden nog maar 8.775 patiënten per jaar zien (= 90.000 minuten / 10,256 minuten per patiënt).

Stel:
- de (huidige) dienstverbanders zien tezamen in totaal 9.750 patiënten per jaar.

Dan daalt de capaciteit van het totale zorgaanbod van
- 19.750 patiënten per jaar nu (= 10.000 + 9.750) naar
- 18.525 patiënten per jaar in de toekomst (= 8.775 + 9.750),

wat een daling van 6,2% is in het totale zorgaanbod (= 100% * 1.225 / 19.750) en een extra daling van 1,2% in vergelijking met enkel een daling in patiëntgebonden uren van de (voormalig) vrijgevestigden (= 100% * 225 / 18.750).

BIJLAGE 8: Effect vermindering in uur per fte op het zorgaanbod

Stel:
- vrijgevestigden werken nu 55 uur per week per fte
- dienstverbanders werken nu 50 uur per week per fte.

Stel:
- de (voormalig) vrijgevestigden en de (huidige) dienstverbanders gaan in de toekomst 48 uur per week per fte werken, in plaats van 50 uur per week per fte
- de (voormalig) vrijgevestigden en de (huidige) dienstverbanders gaan in de toekomst 10,256 minuten per patiënt besteden.

Stel:
- de (voormalig) vrijgevestigden zouden bij 50 uur per week per fte en 10,256 minuten per patiënt tezamen in totaal 8.755 patiënten per jaar zien
- de (huidige) dienstverbanders zouden bij 50 uur per week per fte en 10,256 minuten per patiënt tezamen in totaal 9.750 patiënten per jaar zien

Dan kunnen
- de (voormalig) vrijgevestigden in de toekomst maximaal 48/50 * 8.755 = 8.405 patiënten per jaar zien en dan kunnen
- de (huidige) dienstverbanders in de toekomst maximaal 48/50 * 9.750 = 9.360 patiënten per jaar zien.

Dan daalt de capaciteit van het totale zorgaanbod van
- 19.750 patiënten per jaar nu (= 10.000 + 9.750) naar
- 17.765 patiënten per jaar in de toekomst (= 8.405 + 9.360),

wat een daling van 10,05% is in het totale zorgaanbod (= 100% * 1.985 / 19.750) en een extra daling van 4,1% in vergelijking met enkel een daling in patiëntgebonden uren en in patiënten per uur van de vrijgevestigden (= 100% * 760 / 18.525).

BIJLAGE 9: Effect vermindering zorgaanbod op de toegangstijd

Stel:
- het totale zorgaanbod vermindert met 5%
- de vermindering van 5% in het zorgaanbod geldt voor zowel de poliklinisch als klinisch bestede tijd.

Op de eerste dag kan
95% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden (dat wil zeggen: op de dag dat ze geholpen zouden worden indien het zorgaanbod niet zou zijn verminderd) en
5% kan pas één dag later geholpen worden (in vergelijking met de dag dat ze anders geholpen zouden worden) ,
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 0,05 dag
(= .95 * 0 dagen + .05 * 1 dag)

Op de tweede dag kan
90% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden en
10% kan pas één dag later geholpen worden,
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 0,1 dag
(= .90 * 0 dagen + .10 * 1 dag)

Op de derde dag kan
85% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden en
15% kan pas één dag later geholpen worden,
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 0,15 dag
(= .85 * 0 dagen + .15 * 1 dag)

Op de vierde dag kan
80% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden en
20% kan pas één dag later geholpen worden,
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 0,20 dag
(= .80 * 0 dagen + .20 * 1 dag)

Op de vijfde dag kan
75% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden en
25% kan pas drie dagen later geholpen worden (namelijk na het weekend),
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 0,75 dag
(= .75 * 0 dagen + .25 * 3 dagen)

In de eerste week kan derhalve
85% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden (= (.95+.90+.85+.80+.75)/5, oftewel de som van de proporties patiënten per dag die 'meteen' geholpen kunnen worden, gedeeld door het aantal reguliere werkdagen per week),
10% kan pas één dag later geholpen worden (= (.05+.10+.15+.20)/5) en
5% kan pas drie dagen later geholpen worden (= .25/5),
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 0,25 dag
(= .85 * 0 dagen + .10 * 1 dag + .05 * 3 dagen)

In de tweede week kan
60% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden ((.70+.65+.60+.55+.50)/5),
30% kan pas één dag later geholpen worden ((.30+.35+.40+.45)/5) en
10% kan pas drie dagen later geholpen worden (.50/5),
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 0,6 dag
(= .60 * 0 dagen + .30 * 1 dag + .10 * 3 dagen)

In de derde week kan
35% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden ((.45+.40+.35+.30+.25)/5),
50% kan pas één dag later geholpen worden ((.55+.60+.65+.70)/5) en
15% kan pas drie dagen later geholpen worden (.75/5),
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 0,95 dag
(= .35 * 0 dagen + .50 * 1 dag + .15 * 3 dagen)

In de vierde week kan
10% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden ((.20+.15+.10+.05)/5),
70% kan pas één dag later geholpen worden ((.80+.85+.90+.95)/5),
19% kan pas drie dagen later geholpen worden (.95/5) en
1% kan pas vier dagen later geholpen worden (.05/5),
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 1,31 dag
(= .10 * 0 dagen + .70 * 1 dag + .19 * 3 dagen + .01 * 4 dagen)

In de vijfde week kan
0% van de nieuwe patiënten 'meteen' geholpen worden,
66% kan pas één dag later geholpen worden ((.90+.85+.80+.75)/5),
9% kan pas twee dagen later geholpen worden ((.10+.15+.20)/5),
14% kan pas drie dagen later geholpen worden (.70/5) en
11% kan pas vier dagen later geholpen worden ((.25+.30)/5),
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 1,7 dag
(= .0 * 0 dagen + .66 * 1 dag + .09 * 2 dagen + .14 * 3 dagen + .11 * 4 dagen)

In de **10e** week kan
33% kan pas 2 dagen later geholpen worden ((.60+.55+.50)/5),
17% kan pas 3 dagen later geholpen worden ((.40+.45)/5),
17% kan pas 4 dagen later geholpen worden ((.45+.40)/5) en
33% kan pas 5 dagen later geholpen worden ((.50+.55+.60)/5),
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 3,5 dag
(= .33 * 2 dagen + .17 * 3 dag + .17 * 4 dagen + .33 * 5 dagen)

In de **53e** week (dus na één jaar) kan
- 11% kan pas 17 dagen later geholpen worden ((.30+.25)/5),
14% kan pas 18 dagen later geholpen worden (.70/5),
9% kan pas 19 dagen later geholpen worden ((.20+.15+.10)/5) en
66% kan pas 20 dagen later geholpen worden ((.75+.80+.85+.90)/5),
wat een gemiddelde extra toegangstijd geeft van 19,3 dag
(= .11 * 17 dagen + .14 * 18 dag + .09 * 19 dagen + .66 * 20 dagen)

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 mogelijkerwijs 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.