

# Tijdsbesteding van vrijgevestigden en specialisten in dienstverband

## *Een vergelijkend onderzoek onder kinderartsen in algemene ziekenhuizen*

D.M. Doeglas, D.M.J. Delnoij, L. Hingstman, J. Harmsen, R.A. Holl \*

Het merendeel van de Nederlandse kinderartsen is in dienst van een ziekenhuis. Daarnaast is er een grote groep die vrijgevestigd is. Vrijgevestigde specialisten worden per verrichting betaald, terwijl specialisten in dienstverband een salaris ontvangen. Van vrijgevestigde specialisten wordt wel eens beweerd dat zij zich in het medisch handelen door de directe manier van honoreren laten leiden, en dat zij als gevolg hiervan meer verrichtingen doen dan strikt nodig zou zijn. Voor specialisten in dienstverband geldt deze redenering niet. In dit onderzoek wordt gepoogd om voor kinderartsen antwoord te krijgen op de volgende onderzoeksvragen: i) werken vrijgevestigde kinderartsen meer uren per week dan kinderartsen in dienstverband?; ii) besteden zij meer tijd aan patiëntgebonden activiteiten, en minder tijd aan niet-patiëntgebonden activiteiten?; iii) besteden zij per patiënt minder tijd aan (poli)klinische activiteiten dan kinderartsen in dienstverband? Aan de hand van een secundaire analyse worden alle drie de onderzoeksvragen min of meer bevestigd. Wanneer echter in een multivariate analyse wordt gecontroleerd voor andere variabelen waarop vrijgevestigden en kinderartsen in dienstverband verschillen, dan wordt alleen bevestiging gevonden voor de eerste twee onderzoeksvragen, namelijk dat vrijgevestigden meer uren per week werken, en dat zij relatief meer tijd besteden aan poliklinische werkzaamheden (patiëntgebonden) en relatief minder aan managementtaken (niet-patiëntgebonden). Ook al is de gebruikte dataset niet volledig toegerust om de betreffende onderzoeksvragen volledig te analyseren, toch kan er geconcludeerd worden dat de wijze van honoreren minder invloed heeft op wat kinderartsen doen dan werd verwacht. Tot slot wordt ingegaan op een aantal factoren dat mogelijk van invloed is geweest op de resultaten, zoals een eventueel tekort (of overschot) aan kinderartsen, het verschil in inkomsten tussen vrijgevestigden en kinderartsen in dienstverband, en het verschil in uren dat er per week gewerkt wordt.

Trefwoorden: type honorering, kinderartsen, tijdsbesteding

Kostenbeheersing en verbetering van de doelmatigheid zijn twee belangrijke uitgangspunten van het Nederlandse gezondheidszorgbeleid. In navolging van de voorstellen van de Commissie Biesheuvel probeert het huidige kabinet dit te realiseren via onder meer de integratie van specialisten in het ziekenhuis. Op advies van de Commissie-Biesheuvel is het de bedoeling dat daarbij in de honorering voor specialisten de huidige verrichtingsstructuur los wordt gelaten, omdat deze leidt tot bureaucratische rompslomp en tot onevenwichtige honoreringsverhoudingen

binnen de beroepsgroep.<sup>1</sup> Implementatie van deze voorstellen vindt momenteel plaats in de zogeheten 'lokale initiatieven'; het drie-partijenoverleg waartoe de ziekenhuizen, de specialisten en de verzekeraars door de minister onder de indirecte dwang van een strafforting zijn aangezet. In dit overleg worden zowel productieafspraken voor de specialisten en het ziekenhuis vastgelegd, als afspraken over de kwaliteit van zorg. De productieafspraken voor de specialisten zijn gebaseerd op 'voordeurparameters', zoals het aantal opnames, dagbehandelingen en eerste polikliniekbezoeken. Dit zijn dezelfde parameters als waarop ziekenhuizen voor financiering beoordeeld worden. Specialisten worden in de lokale initiatieven betaald via een 'lump sum', een vast bedrag voor een afgesproken aantal verrichtingen per jaar. Overschrijding van het zorgvolume leidt daardoor niet automatisch tot aanpassing van

\* D.M. Doeglas<sup>1</sup>, D.M.J. Delnoij<sup>1</sup>, L. Hingstman<sup>1</sup>, J. Harmsen<sup>1</sup>, R.A. Holl<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

<sup>2</sup> Voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)

het budget, waardoor de kosten voor gezondheidszorg beheerst kunnen worden.

Specialisten die werkzaam zijn binnen een lokaal initiatief kunnen het vrije beroep blijven uitoefenen. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid voor specialisten om het vrije beroep op te geven, en om in dienst te treden van het ziekenhuis. Voor dienstverband met een vast salaris is recent gekozen door de Nederlandse kinderartsen. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft hierover overeenstemming bereikt met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in effecten die mogelijk terug te voeren zijn op de verschillende manier van honoreren bij vrijgevestigden en specialisten in dienstverband. Is het bijvoorbeeld zo dat vrijgevestigde specialisten zich laten leiden door een financiële prikkel, en dat specialisten in dienstverband meer 'kijk- en luister-tijd' besteden aan de patiënt? Anders gezegd: gaan beide groepen specialisten anders met patiënten om, en kunnen de gevonden verschillen op het onderscheid dienstverband/vrijgevestigd teruggevoerd worden?

#### **EFFECTEN VAN HONORERING**

De relatie tussen de manier van honorering van artsen en het medisch handelen is al eerder onderwerp van onderzoek geweest, maar daarbij is niet altijd een daadwerkelijke relatie aangetoond. In een onderzoek van de Commissie Structuur Honorering Medisch Specialisten in 1982 werd geen verschil gevonden in de omvang van de productie van vrijgevestigde Nederlandse specialisten en specialisten in loondienst.<sup>2</sup> In een recenter Nederlands onderzoek vond Westert echter empirische onderbouwing voor de hypothese dat bij een vergelijkbare beddenschaarste per verrichting betaalde medisch specialisten een kortere verrichting-specifieke ligduur kiezen dan specialisten in loondienst.<sup>3</sup> De verklaring voor dit verschil is volgens Westert dat bij een kortere ligduur meer patiënten kunnen worden behandeld en dat de kwantiteit van verrichtingen daarmee op peil kan worden gehouden.

Uit een aantal buitenlandse studies kan worden afgeleid dat artsen die een salaris of abonnementshonorering ontvangen, minder verrichtingen uitvoeren dan artsen die per verrichting worden betaald.<sup>4-8</sup> Dat betekent overigens niet dat artsen die per verrichting worden betaald *teveel* verrichtingen zouden doen of dat gesalarieerde artsen er *te weinig* doen. Het medisch handelen van artsen hangt van vele factoren af, waarvan de wil om de patiënt beter te maken de belangrijkste is. Omdat de patiënt een leek is, bepaalt de arts welke behandeling het 'best' is. De 'vraagzijde' kan op deze manier beïnvloed worden, door behandeling A boven behandeling B te verkiezen, bijvoorbeeld omdat deze methode een praktische of persoonlijke voorkeur heeft. Dit mechanisme is bekend als de 'aanbod-geïnduceerde vraag'.<sup>9,10</sup> Naast dit mechanisme is er ook een ander aspect dat meespeelt bij het bepalen van een behandeling. Dit is de onzekerheid waarmee een arts geconfronteerd wordt die voortkomt uit de moeilijkheid om een bepaalde aandoening (en de ernst daarvan) als zodanig te

classificeren, zodat de prognose en de verschillende behandelingsuitkomsten redelijk goed kunnen worden ingeschat. Alleen in die gevallen waarin binnen de beroepsgroep geen overeenstemming bestaat over de vraag welke zorg verleend moet worden gegeven de gezondheidstoestand van de patiënt, kan de arts naar eigen inzicht handelen. Dit laatste aspect wordt de 'zone van onzekerheid' genoemd. Binnen dit abstracte gebied kan de arts, naast de belangen van de patiënt, eventueel ook zijn eigen belangen proberen te behartigen, waarbij hij tijd en geld tegen elkaar afweegt.<sup>11</sup>

Het is dus niet ondenkbaar dat het medisch handelen van per verrichting betaalde artsen op een aantal punten verschilt van dat van gesalarieerde artsen. Binnen de 'zone van onzekerheid' hebben artsen die per verrichting worden betaald er belang bij om verrichtingen uit te voeren tot het moment dat de extra inkomsten die daarmee verdiend worden, niet meer opwegen tegen de extra tijd die dat kost. Artsen die een salaris ontvangen, hebben deze prikkel tot het doen van verrichtingen niet. Om deze reden is het de verwachting dat gesalarieerde artsen minder verrichtingen doen en minder uren werken dan per verrichting betaalde artsen. Naast het doen van zoveel mogelijk verrichtingen binnen de 'zone van onzekerheid' hebben artsen die per verrichting worden betaald er ook belang bij om zoveel mogelijk patiënten te behandelen. Meer patiënten betekent immers dat zij meer mogelijkheden hebben om verrichtingen te doen. Daarom wordt verwacht dat artsen die per verrichting worden betaald minder tijd besteden per patiënt dan gesalarieerde artsen. Door de tijd per patiënt te minimaliseren kunnen zij immers per dag meer patiënten behandelen en dus meer verrichtingen doen. Eveneens kan worden verwacht dat per verrichting betaalde artsen een groter deel van hun totale werktijd besteden aan patiëntgebonden activiteiten (waaronder het doen van verrichtingen) dan gesalarieerde artsen en een kleiner deel besteden aan niet-patiëntgebonden zaken als bijvoorbeeld managementparticipatie. Iedere niet-patiëntgebonden activiteit kost immers tijd en levert geen extra geld op. Het is overigens de vraag of deze redenering ook voor kinderartsen opgaat, gegeven het feit dat deze groep relatief weinig verrichtingen doen die declarabel zijn.

De mate waarin artsen eigen belangen proberen na te streven hangt – behalve van de zone van onzekerheid – waarschijnlijk ook van een aantal andere factoren af, zoals bijvoorbeeld het aanbod van artsen (of het bestaan van wachtlijsten), de mate van informatie-asymmetrie tussen patiënt en arts, de rigiditeit van het verrichtingensysteem, het verschil tussen het verrichtingentarief en de marginale behandelingskosten, en de invloed van de professionele beroepsethiek. Overigens ook met betrekking tot de zone van onzekerheid zou men zich kunnen afvragen ten aanzien van welke verrichtingen deze bestaat en hoe groot de zone is. Zonder het belang ervan te willen ontkennen, worden deze effecten in dit artikel buiten beschouwing gelaten.

Naast informatie over bovengenoemde factoren is voor een onderzoek naar de invloed van het mogelijk nastreven

van eigenbelang door vrijgevestigde specialisten een databestand nodig met gegevens over het aantal patiënten dat naar specialisten is verwezen, de klachten en aandoeningen van deze patiënten, de verrichtingen die specialisten doen bij deze patiënten, de tijd die specialisten aan hun patiënten besteden en het totaal aantal uren dat specialisten per week besteden aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. Met name informatie over de klachten en aandoeningen van patiënten zou belangrijk zijn, omdat we er immers van uitgaan dat artsen in de eerste plaats doen wat nodig is gezien de gezondheidstoestand van de patiënt, terwijl de wijze van honoreren pas van invloed is in situaties waarin geen overeenstemming bestaat over de vraag wat in het belang van de patiënt is (de zone van onzekerheid). Helaas is een dergelijk ideaal databestand voor dit onderzoek niet beschikbaar. Als gevolg van dit gegeven is de draagkracht van deze studie beperkt. Bovendien heeft deze studie alleen betrekking op kinderartsen.

Aan de hand van een secundaire analyse op gegevens uit een enquête die het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) in het kader van een behoefteanalyse voor kinderartsen heeft gehouden, zal gepoogd worden om enig inzicht te krijgen in het medisch handelen van vrijgevestigde specialisten en specialisten in dienstverband. In deze enquête hebben vrijwel alle werkzame kinderartsen in Nederland vragen beantwoord over de tijdsbesteding aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden zaken en over de tijd die zij per patiënt besteden aan activiteiten als een eerste polikliniekbezoek, een herhaalbezoek, een opname en dergelijke. Omdat er geen informatie beschikbaar is over het aantal verrichtingen, zijn de hypothesen toegespitst op de *tijdsbesteding* van vrijgevestigden en kinderartsen in dienstverband. Dit lijkt gelegitimeerd, omdat de tijdsbesteding van artsen op zijn minst in enige mate samenhangt met het aantal verrichtingen dat er wordt gedaan. De hypothesen die met behulp van een secundaire analyse van deze gegevens kunnen worden getoetst, luiden:

- 1) Per verrichting betaalde kinderartsen werken gemiddeld meer uren per week dan gesalarieerde kinderartsen;
- 2) Binnen de totaal gewerkte tijd besteden per verrichting betaalde kinderartsen relatief meer tijd aan patiëntgebonden activiteiten dan gesalarieerde kinderartsen en relatief minder tijd aan niet-patiëntgebonden activiteiten;
- 3) Per verrichting betaalde kinderartsen besteden *per patiënt* gemiddeld minder tijd aan de verschillende poli(klinische) activiteiten dan gesalarieerde kinderartsen.

## **METHODE**

### **Populatie**

De onzekerheid omtrent het aantal op te leiden kinderartsen, die enerzijds voortkomt uit de demografische ontwikkelingen en anderzijds uit de ontwikkelingen op zowel het medisch-technologische vlak als ten aanzien van de arbeidstijdnormering, heeft de NVK ertoe bewogen om het NIVEL te vragen een behoefteanalysestudie uit te voeren.<sup>12</sup> Naast

bestaande gegevensbronnen is voor de behoefteanalyse in 1995 een schriftelijke enquête gehouden onder alle in Nederland werkzame kinderartsen (zowel leden als niet-leden van de NVK), werkzaam in academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, of buiten het ziekenhuis. Voor ons onderzoek naar verschillen tussen vrijgevestigden en kinderartsen in dienstverband is een secundaire analyse gedaan op de voor de behoefteanalyse verzamelde gegevens. Vanwege het feit dat verrichtingen in academische ziekenhuizen vaak meer specialistisch van aard zijn dan in algemene ziekenhuizen, is besloten om voor deze studie ons enkel te richten op de 360 kinderartsen in algemene ziekenhuizen. De AGIO's worden in dit onderzoek ook buiten beschouwing gelaten. Van de 360 verstuurdte vragenlijsten zijn er 340 (een respons van 94,4%) terug gestuurd. Daarvan gaven vijf personen aan dat zij niet als kinderarts werkzaam waren, twee artsen waren werkzaam als waarnemer, negen personen hadden een dienstverband gecombineerd met een vrije vestiging, en drie personen hadden een relatief korte aanstelling van bepaalde duur. In totaal blijven er voor deze studie 321 kinderartsen over: 105 vrijgevestigden en 216 met een dienstverband.

### **Gegevens**

De belangrijkste gegevens waar we ons in dit onderzoek op richten zijn de vragen over de patiëntgebonden en de niet-patiëntgebonden tijdsbesteding van de kinderartsen. Op de eerste plaats is binnen de 'behoefteanalyse kinderartsen' gevraagd 'Kunt u aangeven hoeveel uur u gemiddeld per week besteedt aan de volgende activiteiten (exclusief avond/nacht/weekenddiensten): 1) klinische werkzaamheden (zaalronde, klinische verrichtingen, begeleiding ouders, voorlichting), 2) poliklinische werkzaamheden (consulten, poliklinische verrichtingen), 3) overige patiëntgebonden activiteiten (intercollegiaal overleg, telefonische consulten, overleg andere disciplines), 4) onderwijs (inclusief voorbereiding), 5) onderzoek (inclusief vakliteratuur bijhouden), 6) administratie, 7) management (stafoverleg, bestuur en dergelijke), 8) de totale tijdsbesteding'. Naast deze globale weekindeling is ook gevraagd 'Kunt u aangeven hoeveel tijd (in minuten) u gemiddeld per patiënt besteedt aan de volgende activiteiten: 1) eerste consult, 2) herhaalconsult, 3) opname, 4) verpleegdag, 5) intercollegiaal consult/meedebehandeling, 6) dagbehandeling'.

De voornaamste onafhankelijke variabele op specialistniveau is uiteraard of een specialist vrijgevestigd dan wel in dienstverband werkzaam is. Dit bepaalt immers of de specialist per verrichting betaald wordt of een salaris krijgt. Omdat we echter zo zuiver mogelijk de invloed van de honorering in kaart willen brengen, is het nodig om te controleren voor andere factoren die met het wel/niet in dienstverband werkzaam zijn, kunnen samenhangen (bijvoorbeeld leeftijd en geslacht van de arts). Daarom wordt op specialistniveau voor de volgende variabelen gecontroleerd: 1) het al dan niet hebben van een subspecialisme, 2) praktijkgrootte (het aantal kinderartsen in de praktijk), 3) de leeftijd en het geslacht van de kinderarts, 4) het aantal dagen per jaar dat men avond- en weekenddienst heeft,

5) het hebben van werkzaamheden elders, en 6) de aanwezigheid van agio's en agnio's in de praktijk. Ook is er gecontroleerd voor de omvang van de aanstelling (voltijd of deeltijd).

### Statistische procedure

Om na te gaan in hoeverre het noodzakelijk is om te controleren voor een aantal variabelen, wordt in een eerste analyse (tabel 1) gekeken in hoeverre kinderartsen in dienstverband en vrijgevestigde kinderartsen verschillen op de mogelijk (bovengenoemde) samenhangende variabelen. Omdat 95% van alle Nederlandse kinderartsen aan het onderzoek heeft meegedaan, is het niet nodig om aan de hand van een t-toets te testen of de gevonden verschillen in gemiddelde waarden terug te voeren zijn op een steekproef uit verschillende populaties. Alle gevonden verschillen kunnen immers aangemerkt worden als werkelijke verschillen (de betrouwbaarheid is dus groot). Het is onduidelijk in hoeverre door deze vraagstelling naar tijdsbesteding van kinderartsen de werkelijke tijdsbesteding aan het licht komt. Er is vooralsnog geen reden om te twijfelen aan de validiteit van de gestelde vragen.

### Voltijd versus deeltijd

Het aantal uren per week dat kinderartsen aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten besteden is natuurlijk op de eerste plaats afhankelijk van het totaal aantal uren dat per week gewerkt wordt. Daarnaast is het mogelijk dat er voor de beide groepen een verschil is in het aantal voltijd- en deeltijdwerkers. Het is daarom nodig om zowel voor de omvang van de werkweek als voor de omvang van de aanstelling te controleren. Voor de vrijgevestigde kinderartsen is dit echter een probleem omdat voor hen geen gegevens over de omvang van hun aanstelling in full-time eenheden (fte) bekend zijn. Voor deze groep is een indeling gemaakt op grond van het aantal uren dat er per week gewerkt wordt, waarbij kinderartsen die meer dan 40 uren per week werken als voltijd-werkend worden aangemerkt.

Aan de hand van een correlatietabel (tabel 2) wordt de samenhang tussen deze verklarende variabelen op

specialistniveau onderzocht. In tabel 3 wordt de gemiddelde tijdsbesteding (in uren per week en in minuten per patiënt) vergeleken tussen de vrijgevestigden en de kinderartsen in dienstverband. Gebaseerd op het gewerkte aantal uren per week wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen voltijd en deeltijd werkende kinderartsen. Vervolgens wordt er in tabel 4 gekeken naar de invloed van andere, mogelijke verklarende variabelen op specialistniveau. Het relatief aantal uren dat aan bepaalde taken wordt besteed is daarbij de afhankelijke variabele, wat wordt berekend als: aantal uren besteed aan activiteit x / het totaal aantal uren gewerkt per week. De analyses voor dit artikel zijn gedaan met SPSS/PC+.<sup>13</sup>

### RESULTATEN

In tabel 1 worden algemene en demografische kenmerken gegeven voor kinderartsen die vrijgevestigd zijn en kinderartsen in dienstverband. De gemiddelde leeftijd in beide groepen blijkt niet veel te verschillen. De vrijgevestigde kinderartsen zijn gemiddeld anderhalf jaar ouder (46,8 versus 45,2). Onder kinderartsen in dienstverband vinden we iets meer vrouwen dan onder de vrijgevestigden (32% versus 22%). Ze hebben vaker een subspecialisme (46% versus 36%), qua aantal collega's een iets grotere praktijk (4,7 versus 3,8), minder vaak avonddienst en beduidend

**Tabel 1** Verschillen in de verklarende variabelen tussen specialisten in dienstverband en vrijgevestigden; N=321

	Vrijgevestigd n=105	Dienstverband n=216
Leeftijd (jaar)	46,8	45,2
Vrouwen (%)	22	32
Subspecialisme (%)	36	46
Aantal artsen in de praktijk	3,8	4,7
Avonddiensten <sup>a</sup>	64	56
Weekenddiensten <sup>a</sup>	28	26
Werkt ook elders (%)	47	28
Ag(n)io's in de praktijk (%)	42	59

a: Aantal dagen 'voordienst' per jaar

**Tabel 2** Correlaties tussen de verklarende variabelen van het model; N=321

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Manier van honoreren <sup>a</sup>	-							
2 Leeftijd	0,10*	-						
3 Geslacht <sup>b</sup>	-0,10*	-0,35**	-					
4 Subspecialisme	-0,09*	-0,03	0,03	-				
5 Aantal artsen in de praktijk	0,17*	0,00	0,02	-0,30**	-			
6 Avonddiensten <sup>c</sup>	-0,09	0,00	-0,24**	0,19*	-0,40**	-		
7 Weekenddiensten <sup>c</sup>	-0,06	-0,07	-0,14*	0,24**	-0,36**	0,61**	-	
8 Werkt ook elders	0,19**	-0,19**	0,19**	-0,02	-0,04	-0,36**	0,03	-
9 Ag(n)io's in de praktijk	0,16*	-0,04	0,05	-0,32**	0,31**	-0,43**	-0,35**	0,05

a: 1 = vrijgevestigd, 2 = dienstverband

b: 1 = mannen, 2 = vrouwen

c: Aantal dagen 'voordienst' per jaar

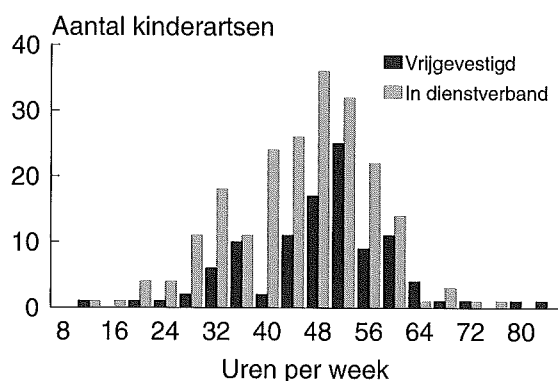
\*\* p<0,001, \* p<0,05

vaker agio's of agnio's in de praktijk. Het verschil in weekenddiensten is klein.

In tabel 2 zijn de onderlinge correlatiecoëfficiënten van de verklarende variabelen afgebeeld. De manier van honoreren hangt wel met de meeste variabelen samen, maar niet zo sterk (maximaal 0,19). De sterkste samenhang wordt gevonden tussen het aantal weekenddiensten en het aantal avonddiensten (0,61). Daarnaast worden de volgende voor de hand liggende verbanden bevestigd: de relatie tussen geslacht en leeftijd (-0,35; wat aangeeft dat vrouwen gemiddeld genomen jonger zijn), de relatie tussen het aantal artsen en het aantal weekend/avonddiensten (-0,40/-0,36; hoe meer artsen, hoe minder diensten), de relatie tussen ag(n)io's en diensten (-0,43; hoe meer assistenten, hoe minder diensten).

In figuur 1 wordt de omvang van de werkweek voor vrijgevestigden en kinderartsen in dienstverband afgebeeld, waarbij het aantal artsen afgezet wordt tegen het aantal uren dat men per week werkt. Het patroon voor beide groepen kinderartsen kenmerkt zich door een maximum rond de 48 uur (voor vrijgevestigden rond 52 uur) en een tweede piek rond 32 uur (36 uur voor vrijgevestigden). De range is van 11 tot 81 uur (standaard deviatie (sd) 11) voor vrijgevestigde kinderartsen, en voor kinderartsen in dienstverband van negen tot 76 uur (sd 11). Voor beide groepen loopt het patroon aan elkaar gelijk, met een verschil van +4 uur per week voor de vrijgevestigden.

In tabel 3 worden de verschillen in de werkzaamheden per week weergegeven voor de verschillende groepen kinderartsen. Met betrekking tot de patiëntgebonden activiteiten blijkt dat de vrijgevestigde kinderartsen die voltijd werken één uur per week meer bezig zijn met klinische werkzaamheden, en drie uur meer met poliklinische werkzaamheden, dan voltijd werkende kinderartsen in dienstverband. Ook procentueel besteden vrijgevestigden meer tijd aan patiëntgebonden activiteiten dan kinderartsen in dienstverband (74,2% versus 69,9%, niet in tabel). Voor de deeltijd werkers zijn vergelijkbare, maar iets minder grote, verschillen te constateren. Bij de niet-patiëntgebonden activiteiten valt op dat de kinderartsen in dienstverband meer tijd per week bezig zijn met onderwijs, onderzoek en management. Ten aanzien van administratieve bezigheden zijn er geen verschillen tussen beide groepen. Ook hier blijkt dat het gemiddeld aantal uren



**Figuur 1** Omvang van de werkweek van kinderartsen in dienstverband en vrijgevestigden

dat er per week gewerkt wordt verschillend is, maar dat dit verschil alleen geldt voor de voltijd werkers. Vrijgevestigde kinderartsen geven aan in totaal twee uur en 21 minuten per week langer te werken.

Met betrekking tot de tijdsbesteding in minuten per patiënt zien we dat onder de voltijd werkenden de vrijgevestigde kinderartsen voor een eerste consult en een herhaalconsult circa één minuut minder tijd gebruiken dan kinderartsen in dienstverband. Voor deeltijders is het verschil groter. De voltijd werkende vrijgevestigden besteden meer tijd aan opname, verpleegdag, intercollegiaal consult,

**Tabel 3** Verschillen tussen kinderartsen in dienstverband en vrijgevestigden in werkzaamheden per week (in uren) en per patiënt (in minuten); N=321

	Vrijgevestigden		Dienstverbanders	
	Voltijd n=82 78%	Deeltijd n=23 22%	Voltijd n=151 70%	Deeltijd n=65 30%
<b>Weekindeling (in uren per week)</b>				
<b>Patiëntgebonden activiteiten</b>				
Klinisch	14,03	8,28	12,94	7,85
Poliklinisch	19,25	13,26	16,46	11,74
Overige patiëntgebonden activiteiten	5,24	2,61	5,20	3,06
<b>Niet-patiëntgebonden activiteiten</b>				
Onderwijs	1,68	0,54	2,14	0,92
Onderzoek	3,19	1,83	3,95	2,02
Administratie	5,81	3,41	5,78	3,48
Management	2,56	0,80	3,01	1,57
Totaal aantal uren	51,88	30,74	49,53	30,64
<b>Tijdsbesteding per patiënt (in minuten)</b>				
Eerste consult	23,19	21,30	24,18	25,73
Herhaalconsult	11,73	11,26	12,79	12,73
Opname	35,76	25,43	34,28	37,40
Verpleegdag	9,77	8,57	9,14	10,24
Intercollegiaal consult	17,84	15,96	16,28	16,84
Dagbehandeling	19,20	13,91	18,24	19,48

en dagbehandeling ten opzichte van de voltijd werkende dienstverbanders. Het meest springen vrijgevestigde kinderartsen in deeltijd eruit voor wat betreft de tijd besteed aan een opname: circa 25 minuten tegenover 34 tot 37 minuten voor de drie andere groepen.

Zoals uit *tabel 1* blijkt, verschillen vrijgevestigde kinderartsen en kinderartsen in dienstverband behalve in de manier waarop zij gehonoreerd worden ook op een aantal andere aspecten. Het is mogelijk dat de verschillen in tijdsbesteding per week en per patiënt, zoals die in *tabel 3* naar voren komt, met deze aspecten samenhangt en niet met de honorering. Het feit dat vrijgevestigden meer tijd per week besteden aan klinische en poliklinische activiteiten, zou daarnaast kunnen samenhangen met het feit dat ze meer uren per week werken. Daarom wordt in *tabel 4* nogmaals de samenhang tussen de manier van honoreren bestudeerd, waarbij nu gecontroleerd wordt voor de omvang van de werkweek, geslacht, leeftijd, het beoefenen van een subspecialisme, praktijkgrootte, het aantal avond- en weekenddiensten, het ook elders werkzaam zijn, en de aanwezigheid van ag(n)io's in de praktijk.

Voordat in *tabel 4* gekeken wordt naar hoe de manier van honoreren van kinderartsen samenhangt met de relatieve wekelijkse tijdsbesteding, is eerst gekeken naar welke factoren van invloed zijn op het aantal uur dat er per week gewerkt wordt. Deze gegevens staan in kolom 2 van *tabel 4*. Het geslacht van de kinderarts blijkt het grootste effect te hebben op het totaal aantal uren dat er per week gewerkt wordt, gevolgd door de manier van honoreren: vrouwen (beta = -0,42) en kinderartsen in dienstverband (beta = -0,21) werken minder uren. In mindere mate hangt de totale werktijd per week (positief) samen met het aantal collega kinderartsen in de praktijk, het aantal dagen

avonddienst per jaar en het ook elders werkzaam zijn (beta = 0,16 - 0,12).

In de kolommen 3 tot en met 6 van *tabel 4* wordt het effect zichtbaar van de manier van honoreren op de patiëntgebonden activiteiten, en in kolommen 7 tot en met 11 op de niet-patiëntgebonden activiteiten. De kolommen 3 en 7 hebben betrekking op het relatieve aantal uren per week dat in totaal aan deze activiteiten besteed wordt. In grote lijnen kunnen de resultaten hier als volgt worden samengevat: de manier van honoreren is alleen statistisch significant van invloed op het (relatieve) aantal uren dat aan niet-patiënt gebonden activiteiten besteed wordt, en met name op het relatieve aantal uren dat aan managementtaken wordt besteed. Kinderartsen in dienstverband besteden dus relatief meer tijd aan deze bezigheden. De manier van honoreren heeft geen statistisch significant effect op het relatieve aantal uren dat aan patiëntgebonden activiteiten wordt besteed.

Meer specifiek kijkend valt de invloed op van het aantal dagen avonddienst: hoe meer dagen men per jaar avonddienst heeft hoe groter het relatieve aantal uren dat er in totaal per week aan patiëntgebonden activiteiten besteed wordt, en hoe meer uren er aan klinische werkzaamheden besteed wordt, maar ook – aan de andere kant – hoe minder uren er aan onderwijs en aan managementtaken besteed wordt. Daarnaast blijkt het relatieve aantal uren dat aan onderwijs besteed wordt afhankelijk te zijn van het geslacht van de kinderarts, het aantal andere kinderartsen in de praktijk, en vooral van het aantal ag(n)io's in de praktijk. Het relatieve aantal uren dat aan management besteed wordt hangt – naast het aantal dagen avonddienst – af van geslacht en leeftijd van de kinderarts. Manlijke kinderartsen besteden meer tijd aan onderwijs en aan het management.

**Tabel 4** Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (beta's) van de manier van honoreren op de relatieve tijd die per week besteed wordt aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkzaamheden; N=321

	Afhankelijke variabele									
	Totale werktijd	Patiëntgebonden				Niet-patiëntgebonden				
		Totaal pat.geb.	Klinisch	Poli-klinisch	Overige pat.geb.	Totaal niet-pg	Onderwijs	Onderzoek	Management	Administr.
<b>Onafhankelijke variabelen</b>										
Geslacht <sup>a</sup>	0,42**	0,12	0,10	-0,01	0,05	-0,11	-0,19**	-0,05	-0,20**	0,08
Leeftijd	0,05	0,08	0,10	0,06	0,01	-0,09	-0,09	-0,03	-0,15*	0,03
Subspecialisme	0,05	0,05	-0,01	0,04	0,05	-0,06	-0,03	-0,15*	-0,02	0,06
Aantal artsen in praktijk	0,16*	0,10	-0,07	-0,09	0,12	0,10	0,13*	0,09	0,00	0,00
Avonddiensten <sup>b</sup>	0,16*	0,18*	0,23**	-0,05	-0,02	-0,15	-0,17*	-0,10	-0,17*	0,04
Weekenddiensten <sup>b</sup>	0,04	0,06	-0,09	0,13	0,02	-0,07	-0,10	-0,07	-0,01	-0,03
Werkt ook elders	0,12*	-0,02	0,05	-0,05	-0,03	0,01	-0,00	0,02	-0,00	0,01
Ag(n)io's in praktijk	0,10	0,00	-0,10	0,09	0,01	0,01	0,22***	0,01	-0,02	-0,09
Manier van honoreren <sup>c</sup>	0,21**	-0,11	-0,04	-0,10	0,05	0,12*	0,06	0,07	0,12*	0,03
R <sup>2</sup>	0,23	0,11	0,08	0,05	0,02	0,11	0,22	0,10	0,08	0,03

a: 1 = mannen, 2 = vrouwen

b: Aantal dagen voordienst per jaar

c: 1 = vrijgevestigd, 2 = dienstverband

\*\*\* p<0,0005, \*\* p<0,001, \* p<0,05

pat.geb. / pg: patiëntgebonden; administr.: administratie

Het relatieve aantal uren dat aan onderzoek besteed wordt blijkt alleen afhankelijk van het hebben van een subspecialisme. De verklaarde variantie ( $R^2$ ) is voor alle gepresenteerde modellen laag (0,02 tot 0,22%), waar uit afgeleid kan worden dat het aantal uur dat een kinderarts besteed vooral van andere factoren afhangt dan die uit tabel 4.

Naast de weekindeling in uren is ook gekeken naar de tijdsbesteding voor een aantal patiëntgebonden activiteiten in minuten. Uit een (hier niet opgenomen) analyse blijkt dat de onafhankelijke variabelen uit tabel 4 niet in staat zijn om de variantie in de tijdsbesteding per patiënt te verklaren.

## DISCUSSIE

In dit artikel is nagegaan of de wijze van honoreren van kinderartsen van invloed is op hun handelen, en of er dus sprake is van een aanbod-geïnduceerde vraag door vrijgevestigde kinderartsen. Terugkerend naar de hypothesen die daarover zijn opgesteld, kan het volgende worden geconcludeerd: op basis van de bivariate analyses worden alle hypothesen min of meer bevestigd. Vrijgevestigde voltijd werkende kinderartsen werken gemiddeld twee uur en 21 minuten per week langer dan voltijd werkenden in dienstverband (voor deeltijders was er overigens geen verschil). Zowel onder deeltijd als voltijd werkenden blijken bovendien de vrijgevestigden meer tijd te besteden aan patiëntgebonden activiteiten dan kinderartsen in dienstverband en minder tijd aan niet-patiëntgebonden activiteiten. En tot slot besteden de vrijgevestigde kinderartsen gemiddeld ook minder tijd per patiënt aan zaken als een eerste of herhaalconsult, een (dag)opname en ligdag dan kinderartsen in dienstverband. Echter, wanneer er in een multivariate analyse gecontroleerd wordt voor andere variabelen waarop vrijgevestigden en kinderartsen in dienstverband verschillen, dan blijven alleen de eerste en de tweede hypothese overeind.

Met betrekking tot de eerste hypothese voelen we ons genooddaakt een kritische noot te plaatsen. Weliswaar blijkt dat de totale werktijd van vrijgevestigden onder constanthouding van de controle-variabelen langer is dan die van kinderartsen in dienstverband. Op grond van de uiteenzetting in de paragraaf statistische procedure over het voltijd versus deeltijd werken van vrijgevestigden en specialisten in dienstverband, zou er eigenlijk gecontroleerd dienen te worden voor de omvang van de aanstelling. Voor de vrijgevestigde artsen was deze informatie helaas niet beschikbaar.

Een andere mogelijke verklaring voor het verschil in omvang van de werkweek voor vrijgevestigden en kinderartsen in dienstverband kan mogelijk gevonden worden in een verschil in de 'beloning voor geleverde diensten' per uur. Vrijgevestigde kinderartsen verdienen per uur wellicht minder dan hun collega's in dienstverband, waardoor ze (ter compensatie) meer uren per week moeten werken om op eenzelfde inkomen uit te komen. Gegevens over de werkelijke inkomsten van artsen zijn echter niet voorhanden. Ondanks deze tekorten betekent dit overigens niet dat hypothese 1 verworpen dient te worden.

Hypothese 2 wordt gedeeltelijk bevestigd: vrijgevestigden besteden (statistisch significant) minder tijd aan niet-patiëntgebonden, en vooral minder tijd aan managementtaken. Uit onze analyse blijkt echter dat vrijgevestigde kinderartsen niet (statistisch significant) meer tijd besteden aan (poli)klinische of andere patiëntgebonden activiteiten. Al met al heeft de wijze van honorering dus minder invloed op de tijdsbesteding van kinderartsen, dan werd verwacht. Hypothese 3 moet tot slot verworpen worden: wanneer er voor allerlei andere factoren gecontroleerd wordt, besteden kinderartsen in dienstverband niet meer tijd per patiënt (in minuten) dan vrijgevestigden.

Wat betekent dat voor de toekomst van de specialistische zorg? Een van de ontwikkelingen waar de minister zich op dit moment voor inspannt, is het geïntegreerd medisch bedrijf, waarbij het een van de mogelijkheden is dat de specialist in dienst komt van het ziekenhuis. Op basis van de resultaten die in dit artikel zijn gepresenteerd, lijkt het erop dat voor kinderartsen het vervuilen van het vrije ondernemerschap voor een aanstelling in dienstverband niet zal leiden tot grote veranderingen. Het is niet duidelijk of deze ontwikkeling ook voor de specialisten zal gelden die per lump sum worden gehonoreerd. De hoogte van de lump sum is afhankelijk van de zogenaamde voordeurparameters, waardoor specialisten een belang houden bij het uitvoeren van patiëntgebonden activiteiten.

Enige kanttekeningen zijn bij deze conclusie op zijn plaats. Natuurlijk is deze studie niet geschikt om uitspraken te doen over alle in Nederland werkende specialisten. Daarnaast is het moeilijk om op basis van cross-sectioneel onderzoek uitspraken te doen over veranderingen in de tijd. Het is nooit zeker of de kinderartsen die nu vrijgevestigd zijn en straks in dienst van het ziekenhuis gaan werken, daadwerkelijk een andere manier van werken zullen aannemen. Mogelijk vormen deze laatsten een specifieke groep, die niet zonder meer vergelijkbaar is met degenen die nu reeds in dienstverband werkzaam zijn. Op dit moment is er echter geen aanleiding om te denken dat er op één of andere manier sprake is van selectie.

In de derde plaats moeten de verschillen in tijdsbesteding niet worden onderschat. Als de vrijgevestigde kinderartsen gemiddeld per week drie uur meer besteden aan poliklinische activiteiten, dan kunnen zij in die tijd drie patiënten meer behandelen (één eerste consult en 2,55 herhalingsconsult<sup>14</sup>) dan kinderartsen in dienstverband. Op jaarbasis betekent dat, rekening houdend met vier weken vakantie en twee weken nascholing, grofweg 140 patiënten meer per kinderarts. Aan de andere kant blijft het de vraag of de vrijgevestigde kinderartsen als ze in dienst van het ziekenhuis komen zoveel patiënten per jaar minder zullen behandelen. In het onderzoek zijn geen gegevens over wachtlijsten beschikbaar. Het uitgangspunt is dat artsen hun handelen in de eerste plaats laten leiden door de gezondheidsbelangen van hun patiënten. Dit impliceert dat ten overstaan van een overvolle wachtlijst voor een andere (wekelijkse) tijdsbesteding gekozen zou kunnen worden, en bijvoorbeeld managementtaken – tijdelijk – moeten wijken voor poliklinische werkzaamheden.

Ook al wordt voor twee van de drie hypothesen een bevestiging gevonden, toch blijkt de manier van honoreren bij kinderartsen al met al geen grote effecten teweeg te brengen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er binnen het specialisme kindergeneeskunde relatief weinig te declareren verrichtingen worden gedaan, in vergelijking met de andere specialismen. Daarnaast spelen er waarschijnlijk ook nog een aantal andere factoren een rol, zoals de beschikbare hoeveelheid kinderartsen en het bestaan van eventuele wachtlijsten. Met betrekking tot het aantal beschikbare kinderartsen is uit eerder onderzoek gebleken dat er het laatste decennium een tekort is aan kinderartsen.<sup>12</sup> Dit betekent dat er wellicht geen behoefte bestaat bij de kinderartsen om vraag te induceren, omdat er meer dan voldoende te declareren verrichtingen gedaan kunnen worden. Over wachtlijsten binnen de kindergeneeskunde is geen informatie beschikbaar, maar het is niet waarschijnlijk dat deze aanzienlijk zullen zijn. Verder kan men denken aan de mate van patiënteninformatie of aan het bestaan van consensusafspraken – hoe beter de patiënt geïnformeerd is en hoe meer consensusafspraken, des te kleiner de kans op aanbod-geïnduceerde vraag.

Een laatste verklaring kan gevonden worden in het feit dat kinderen een relatief kwetsbare groep vormen waarmee extra voorzichtig wordt omgegaan. Daarnaast vragen ouders – als het enigszins mogelijk is – om af te zien van onnodige opnamen en verrichtingen. Tot slot weet ook het kind zelf zich vaak prima tegen elke verrichting te verzetten.

Het lijkt erop dat de enige mogelijkheid voor vrijgevestigde kinderartsen om het inkomen te verhogen bestaat uit het verkrijgen van meer 'nieuwe' ziekenfondspatiënten op het spreekuur. Dit is echter een factor die de kinderarts niet zelf in de hand heeft. Verder kan de kinderarts proberen de particuliere patiënten vaker op herhaling te laten komen, waarbij de eerdere bezwaren gelden.

Ondanks het feit dat er enige bevestiging is gevonden voor de geformuleerde hypothesen, willen we aan het slot van dit onderzoek nogmaals wijzen op de kanttekeningen die bij de resultaten van deze studie geplaatst zijn. In dat licht is het zinvol om de tijdsbesteding van kinderartsen nogmaals aan de hand van een beter geoutilleerde dataset te onderzoeken. Omdat de mogelijke verklaringen samenhangen met het specialisme van de kinderarts is het daarnaast wenselijk om een vergelijkbaar onderzoek te doen naar het medisch handelen van andere medische specialisten.

## ABSTRACT

### *Time expenditure of salaried and fee-for-service physicians: a comparative study among paediatricians in non-university hospitals*

In the Netherlands most paediatricians are paid fee-for-service, while others receive a salary per month in turn for services. From some studies it could be concluded that – as a result of supplier-induced demand – medical specialists who work within a fee-for-service system perform more medical activities compared to their salary-reimbursed colleagues. Three hypotheses were formulated concerning the time expenditure of salaried paediatricians

compared to fee-for-service paediatricians: i) salaried paediatricians work fewer hours per week; ii) salaried paediatricians spend a lower proportion of their time on patient-related activities; and iii) salaried paediatricians spend more time per patient on out-patient activities. Based on a multivariate analysis, only the first two hypothesis were confirmed. Fee-for-service paediatricians work indeed more hours per week, and spend relatively more time on out-patient activities and relatively less time on management (non-patient) tasks. Although the used dataset was not completely suitable to answer the research questions, it could be concluded that the effect of the type of reimbursement was less than expected.

*Key words: time expenditure, paediatricians, fee-for-service system*

## LITERATUUR

- 1 *Commissie Modernisering Curatieve Zorg (Commissie-Biesheuvel)*. Gedeelde zorg; betere zorg. Zoetermeer: Hageman, 1994.
- 2 *Kwartel AJJ van der, Dijk JK van, Vandermeulen LJR, Bakker DH de, Stokx LJ, Delnoy DMJ*. Curatieve zorg in Nederland: feiten, ontwikkelingen, knelpunten. In: Achtergrondstudies commissie modernisering curatieve zorg. Zoetermeer: Hageman, 1994.
- 3 *Westert GP*. Verschillen in ziekenhuisgebruik [proefschrift]. Amsterdam: Thesis Publishers, 1991.
- 4 *Wilson SE, Longmire WP*. Does method of surgeon payment affect surgical care? *J Surgeon Research* 1978;24:457-68.
- 5 *Hickson GB, Altemeier WA, Perrin JM*. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987;80:344-50.
- 6 *Hemenway D, Killen A, Cashman SB, Parks CL, Bicknell WJ*. Physicians' responses to financial incentives: evidence from a for-profit ambulatory care centre. *New Engl J Med* 1990;322:1059-63.
- 7 *Flierman HA*. Changing the payment system of general practitioners [proefschrift]. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 8 *Stearns SC, Wolfe BL, Kindig DA*. Physician response to fee-for-service and capitation payment. *Inquiry* 1992;29:416-25.
- 9 *Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M*. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med* 1982;16:811-24.
- 10 *Doorslaer E van, Geurts J*. Supplier-induced demand for physiotherapy in The Netherlands. *Soc Sci Med* 1987;24:919-25.
- 11 *Evans RG*. Strained mercy: the economics of canadian health care. Toronto: Butterworth, 1984.
- 12 *Hingstman J, Harmsen R, Holl RA*. Behoeftering kinderartsen 1995-2005. Utrecht: NIVEL, 1996.
- 13 *Nie N, Hull CH, Jenkins JG, Steinbrenner K, Bent DH*. Statistical package for the social sciences. New York: McGraw Hill, 1975.
- 14 *Delnoij DMJ, Kwartel AJJ van der, Schuller R, Smit RLC, Heugten CM van, Vandermeulen LJR*. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg. Utrecht: Nivel/NZi, 1996.

## CORRESPONDENTIEADRES

D.M. Doeglas, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-2729700

*Voor publicatie aanvaard op 13 juli 1998*