



M.A.S. – MARKET ANALYSIS & SYNTHESIS
BRUSSELSESTEENWEG 46 A
3000 LEUVEN

service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en
Crisisbeheer
Cel Planning Gezondheidsberoepen

Planningsmodellen van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg

**HET TWEEDE MEERJARENPLAN VAN DE
PLANNINGSCOMMISSIE VAN HET MEDISCH AANBOD**

Lot 4 : Uitvoering enquêtes

**Beroepsgroep van artsen-specialisten in de inwendige
geneeskunde, pneumologie, gastro-enterologie,
cardiologie, reumatologie en medische oncologie**

Eindrapport maart 2012



Colofon

Opdrachtgever	<i>FOD Volksgezondheid, Cel Planning Gezondheidsberoepen</i> Henk Vandenbroele, Diensthoofd Cel Planning Gezondheidsberoepen, Projectcoördinator en Secretaris Planningscommissie Patrick Vanneste, Attaché Planning Aanbod Gezondheidsberoepen
Opdrachthouder	<i>M.A.S. – Market Analysis & Synthesis</i> Anita Claes, projectcoördinator Marceau Bernard, projectadviseur
Datum	Maart 2012
Status document	Eindrapport
Nazicht en correctie	Patrick Vanneste, Tite Kubushishi

Met dank aan de Werkgroep Artsen

Voorzitter a.i.	M. Schetgen
Leden	D. Bernard E. Cogan A. Geubel B. Himpens R. Lemye K. Maeseneer P. Meeus F. Vandenbussche N. Vercruysse K. Vermeyen

Inhoud

0.	INLEIDING	10
1.	METHODOLOGIE.....	11
1.1	Doelgroep van de bevraging	11
1.2	Chronologisch verloop	11
1.3	Optimalisatie / verder uitwerken vragenlijst (Plan1.2006).....	12
1.3.1	Werkwijze	12
1.3.2	Interpretatie- en verstaanbaarheidonderzoek	13
1.3.3	Structuur van de vragenlijst	13
1.4	Steekproef en gegevensverzameling.....	16
1.4.1	Theoretische steekproef	16
1.4.2	Gegevensverzameling	18
1.4.3	Eigenlijke steekproef.....	19
1.5	Verwerking en analyse van de gegevens	23
1.5.1	Datacleaning	23
1.5.2	Codering	23
1.5.3	Kwaliteit van de interviews	24
1.5.4	Nauwkeurigheid van de resultaten.....	25
1.5.5	Aanmaak bijkomende variabelen.....	26
1.5.6	Analyses.....	26
2.	ANALYSE ALGEMENE KENMERKEN ARTSEN-SPECIALISTEN	29
2.1	Naar geslacht.....	29
2.2	Naar nationaliteit	31
2.3	Naar leeftijd.....	32
2.4	Naar woonplaats	36
2.5	Naar diploma.....	38
2.5.1	Jaar van het behalen eerste specialisatie.....	38
2.5.2	Jaar van behalen bijzondere bekwaamheid.....	42
2.6	Naar huidige specialisatie	43
3.	ANALYSE BEROEPSACTIVITEITEN ARTSEN-SPECIALISTEN	48
3.1	Overzicht.....	48
3.2	Tewerkstellingssectoren van zij die niet als arts-specialist in curatieve geneeskunde werken	51

Inhoud

3.3	Aantal uren per week gepresteerd door artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde - zowel binnen als buiten RIZIV-kader	52
3.3.1	Gemiddeld aantal gepresterde uren per week.....	52
3.3.2	Effectief aantal gepresterde uren per week.....	55
4.	ANALYSE ARTSEN-SPECIALISTEN WERKZAAM BINNEN KADER RIZIV	66
4.1	Aantal jaren beroepsactief als arts-specialist.....	66
4.2	Aantal werkplaatsen.....	70
4.3	Relatie woon- en werkplaats(en)	71
4.4	Statuut van tewerkstelling	74
4.5	Werkzaam binnen het ziekenhuis – werkzaam buiten ziekenhuis.....	80
4.6	Huidige gemiddelde tijdsbesteding	86
4.6.1	Patiëntenzorg en andere beroepsactiviteiten.....	86
4.6.2	Wachtdienst	87
4.6.3	Nascholing	90
4.7	Inschatting evolutie tijdsbesteding	92
4.8	Inschatting van aantal jaren beroeps-activiteit binnen het RIZIV-kader vooraleer volledige stop uitoefening specialisatie	95
4.9	Beoefening andere professionele activiteiten naast arts-specialist in curatieve geneeskunde binnen RIZIV-kader	99
4.10	Evaluatie van de beroepssituatie	101
4.10.1	Algemeen.....	101
4.10.2	Principale Componentenanalyse	103
4.11	Evaluatie specialisatie inwendige geneeskunde.....	109
4.11.1	Algemene vragen.....	109
4.11.2	De redenen die de specialisatiekeuze inwendige geneeskunde hebben beïnvloed.	115
4.11.3	Evolutie van het beroep van algemene internist	116
4.11.4	Rol voor de algemene internist in de toekomst.....	118
5.	ANALYSE ARTSEN-SPECIALISTEN (MOMENTEEL) NIET WERKZAAM BINNEN KADER RIZIV	119
6.	SYNTHESE	122
7.	BIJLAGEN	127
7.1	Bijlage 1 : Vragenlijst.....	127
7.2	Bijlage 2 : Protocol behandeling gegevens	136

Tabellen

Tabel 1 : Verloop van het veldwerk (met deelnemingspercentages) t.e.m. 7 oktober 2011	19
Tabel 2: Representativiteit van de steekproef - Geslacht	20
Tabel 3 : Representativiteit van de steekproef - Leeftijd	20
Tabel 4: Representativiteit van de steekproef – Woonplaats	21
Tabel 5: Representativiteit van de steekproef - Taal	21
Tabel 6: Representativiteit van de steekproef - Specialisatie	21
Tabel 7 : Antwoordgraad	24
Tabel 8: Maximale afwijkingen	25
Tabel 9: Bevraging non-responders – met redenen van niet-medewerking	27
Tabel 10 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie – volgens hun geslacht (N=1727)	30
Tabel 11: Verdeling van de artsen-specialisten naar hun geslacht – volgens hun specialisatie (N=1727)	30
Tabel 12 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun nationaliteit en hun specialisatie (N=1767)	31
Tabel 13 : Gemiddelde leeftijd van de respondenten naar hun geslacht en taalrol (N=1741)	34
Tabel 14: Mediaan leeftijd van de respondenten naar hun geslacht en taalrol (N= 1741)	34
Tabel 15 : Gemiddelde leeftijd van de respondenten naar hun specialisatie (N=1658)	35
Tabel 16 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun woonplaats (provincie) en taalrol (N=1765)	37
Tabel 17: Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen van de eerste specialisatie – volgens hun geslacht (N=1744)	42
Tabel 18: Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen van de huidige bijzondere bekwaamheid – volgens hun geslacht (N=636)	42
Tabel 19 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie(s) en/of bijzondere bekwaamhe(i)d(en) – Meerdere antwoorden mogelijk	43
Tabel 20 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie(s) en/of bijzondere bekwaamhe(i)d(en) (meerdere antwoorden mogelijk) – Anderen	44
Tabel 21 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie en/of bijzondere bekwaamheid en taalrol – Unieke keuze	45
Tabel 22 : Verdeling van de artsen-specialisten naar het aantal aangeduide specialisaties van de enquêtepopulatie (*) en hun taalrol	46
Tabel 23 : Verdeling van de artsen-specialisten naar het aantal aangeduide « andere » specialisaties (*) en hun taalrol – enkel voor zij die géén enkele specialisatie van de enquêtepopulatie hebben aangekruist	46
Tabel 24 : Verdeling van de artsen-specialisten naar het aantal aangeduide « andere » specialisaties (*) en hun taalrol – enkel voor zij die één enkele specialisatie van de enquêtepopulatie hebben aangekruist	47
Tabel 25 : Overzicht van de beroepssituatie van de artsen-specialisten (N=1771)	48
Tabel 26 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week door de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV	52
Tabel 27 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week van de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde (zowel binnen als buiten RIZIV) - naar geslacht en taalrol	53
Tabel 28 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week van de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde (zowel binnen als buiten RIZIV) - naar leeftijd	54
Tabel 29 : Mediaan aantal gepresteerde uren / week van de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde (zowel binnen als buiten RIZIV) - naar leeftijd	54
Tabel 30 : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang beroepsactiviteit) (N=1613) – naar taalrol	66
Tabel 31 : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang van activiteit) (N=1613) - naar geslacht	68
Tabel 32 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten naar hun taalrol volgens het aantal plaatsen van tewerkstelling (N=1631)	70
Tabel 33 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten naar het aantal plaatsen van tewerkstelling volgens hun taalrol (N=1631)	70
Tabel 34 : Relatie tussen woon- en werkplaats(en) van de ondervraagde artsen-specialisten	71

Inhoud

Tabel 35 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week door artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV naar statuut van tewerkstelling, geslacht en taalrol (*) _____	76
Tabel 36 : Setting(s) waarbinnen de ondervraagde artsen-specialisten hun specialisatie(s) beoefenen – naar taalrol (meerdere antwoorden mogelijk) _____	80
Tabel 37 : Overzicht van de setting(s) waarbinnen artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde werkzaam zijn – exclusieve antwoorden - naar taalrol _____	82
Tabel 38: Overzicht van de setting(s) waarbinnen artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde werkzaam zijn – exclusieve antwoorden - naar specialisatie _____	82
Tabel 39 : Settings waarbinnen artsen-specialisten hun specialisatie(s) beoefenen – naar statuut van tewerkstelling (meerdere antwoorden mogelijk) _____	83
Tabel 40 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week voor elke activiteit (binnen en buiten het ziekenhuis) _____	85
Tabel 41 : Beroepsactiviteiten uitgedrukt in % (N=1659) – Niet-exclusieve antwoorden _____	86
Tabel 42 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week m.b.t. patiëntenzorg en beroepsgerelateerde activiteiten) – enkel voor de respondenten die momenteel effectief de resp. activiteiten uitvoeren (excl. woon-werkverplaatsingen) _____	87
Tabel 43 : Wachtdienst (meerdere antwoorden mogelijk) – naar taalrol _____	88
Tabel 44 : Wachtdienst (unieke antwoorden)– naar taalrol _____	88
Tabel 45 : Gemiddeld aantal uren wachtdienst per maand - naar taalrol en geslacht _____	89
Tabel 46 : Gemiddeld aantal uren per maand besteed aan nascholing naar taalrol en geslacht _____	91
Tabel 47 : Mediaan aantal uren per maand besteed aan nascholing naar taalrol en geslacht _____	91
Tabel 48 : Inschatting van het gemiddeld aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV vooraleer definitief te stoppen – naar taalrol en geslacht _____	98
Tabel 49 : Inschatting van het gemiddeld aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV vooraleer definitief te stoppen – naar geslacht en leeftijd _____	98
Tabel 50 : Beoefening andere professionele activiteit(en) door de ondervraagde artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader RIZIV (meerdere antwoorden mogelijk) – naar taalrol _____	99
Tabel 51 : Beoefening andere professionele activiteit(en) door de ondervraagde artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader RIZIV (meerdere antwoorden mogelijk) – naar geslacht _____	100
Tabel 52 : Componentenmatrix vóór rotatie _____	106
Tabel 53 : Componentenmatrix na rotatie _____	107
Tabel 54 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens zichzelf al dan niet te beschouwen als algemene internist – in functie van hun taalrol (N=1654) _____	109
Tabel 55 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens zichzelf al dan niet te beschouwen als algemene internist – in functie van hun RIZIV-nummer(s) algemeen internist (N=1540) _____	110
Tabel 56 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens zichzelf al dan niet te beschouwen als algemene internist – in functie van hun specialisatie (N=1627) (RIZIV-nrs niet beschouwd) _____	110
Tabel 57 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens het al dan niet beoefenen van de inwendige geneeskunde –in functie van hun taalrol (N=606) _____	111
Tabel 58 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens het al dan niet beoefenen van de inwendige geneeskunde – in functie van hun RIZIV-nummer(s) algemeen internist _____	111
Tabel 59 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens het al dan niet beoefenen van de inwendige geneeskunde – in functie van hun specialisatie (RIZIV-nrs niet beschouwd) (N=596) _____	112
Tabel 60 : Situatie van de ondervraagde artsen-specialisten t.o.v. de inwendige geneeskunde in functie van hun RIZIV-nummer(s) algemeen internist - Samenvatting _____	113
Tabel 61 : Evolutie van het beroep van algemene internist – naar taalrol (N=416) _____	116
Tabel 62 : Aantal artsen-specialisten die niet werkzaam zijn als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV in België – naar taalrol (N=117) _____	119
Tabel 63 : Gemiddeld aantal jaren beroepsactief geweest binnen het kader van het RIZIV – totaal, naar geslacht, naar taalrol en naar leeftijd (N=85) _____	121

Figuren

Figuur 1 : Verdeling van het aantal artsen-specialisten naar geslacht en taalrol (N=1771)	29
Figuur 2 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun nationaliteit en taalrol (N=1767)	31
Figuur 3 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd en taalrol (N=1743)	32
Figuur 4 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd en taalrol - Totaal (N=1743)	33
Figuur 5 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd en taalrol – Nederlandstaligen(N=807)	33
Figuur 6 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd en taalrol – Franstaligen (N=936)	34
Figuur 7 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun woonplaats (gewest) en taalrol (N=1759)	36
Figuur 8 : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen van hun eerste specialisatie en naar taalrol (N=1743)	38
Figuur 9 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Totaal (N=1744)	39
Figuur 10 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Nederlandstaligen (N=811)	40
Figuur 11 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Franstaligen (N=933)	40
Figuur 12 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Mannen (N=1161)	41
Figuur 13 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Vrouwen (N=583)	41
Figuur 14 : Overzicht van de beroepssituatie van de artsen-specialisten (N=1771)	49
Figuur 15 : Beroepssituatie van de artsen-specialisten naar hun taalrol en geslacht (N=1771)	50
Figuur 16 : Verdeling van de artsen-specialisten volgens werkzaamheid uitsluitend binnen het kader van het RIZIV, uitsluitend buiten het kader van het RIZIV of zowel binnen als buiten het kader van RIZIV – naar taalrol (N=1676)	51
Figuur 17 : Effectief aantal gepresteerde uren per week van artsen-specialisten uitsluitend werkzaam binnen het kader van RIZIV (N=1597) tegenover zij die actief zijn binnen EN buiten het kader van RIZIV (N=39) - naar taalrol (*)	55
Figuur 18 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV - Totaal (N=1597)	56
Figuur 19 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BUITEN het kader van RIZIV) – Totaal (N=13) (*)	56
Figuur 20 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week zowel binnen als buiten het kader van RIZIV – Totaal (N=40) (*)	57
Figuur 21 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – Franstaligen (N=861)	57
Figuur 22 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen EN buiten het kader van RIZIV – Franstaligen (N=20) (*)	58
Figuur 23 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – Nederlandstaligen (N=736)	58
Figuur 24 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen EN buiten het kader van RIZIV – Nederlandstaligen (N=20)	59
Figuur 25 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – Mannen (N=1064)	59
Figuur 26 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen EN buiten het kader van RIZIV – Mannen (N=30)	60
Figuur 27 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – Vrouwen (N=533)	60
Figuur 28 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen EN buiten het kader van RIZIV – Vrouwen (N=10) (*)	61
Figuur 29 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – 30-39-jarigen (N=395)	61
Figuur 30 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen én buiten het kader van RIZIV – 30-39-jarigen (N=9)	62

Inhoud

Figuur 31 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week UITSLUITEND BINNEN het kader van RIZIV – 40-49-jarigen (N=503)	62
Figuur 32 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen én buiten het kader van RIZIV – 40-49-jarigen (N=13)	63
Figuur 33 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week UITSLUITEND BINNEN het kader van RIZIV – 50-59-jarigen (N=459)	63
Figuur 34 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen én buiten het kader van RIZIV – 50-59-jarigen (N=10) (*)	64
Figuur 35 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week UITSLUITEND BINNEN het kader van RIZIV – 60 +-jarigen (N=214)	64
Figuur 36 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen én buiten het kader van RIZIV – 60 +-jarigen (N=8)	65
Figuur 37 : Histogram : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang van activiteit) – Totaal (N=1613)	67
Figuur 38 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang van activiteit) – naar leeftijd en taalrol (N=1613) (*)	67
Figuur 39 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang van activiteit) – naar leeftijd en geslacht (N=1613) (*)	68
Figuur 40 : Aantal jaren tussen het behalen van eerste specialisatie van de ondervraagde artsen-specialisten en de aanvang van beroepsactiviteiten als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV – naar taalrol (N=1593)	69
Figuur 41 : Vendiagram : Relatie tussen de woonplaats van de respondenten en hun werkplaats(en) - woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (N=227)	72
Figuur 42 : Vendiagram : Relatie tussen de woonplaats van de respondenten en hun werkplaats(en) - woonachtig in het Vlaams Gewest (N=800)	72
Figuur 43 : Vendiagram : Relatie tussen de woonplaats van de respondenten en hun werkplaats(en) - woonachtig in het Waals Gewest (N=584)	73
Figuur 44 : Statuut van tewerkstelling van de beschouwde groep artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde (binnen het RIZIV-kader) naar hun taalrol (N=1652)	74
Figuur 45 : Statuut van tewerkstelling van de beschouwde groep artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde binnen het RIZIV-kader – Exclusieve antwoorden (N=1652)	75
Figuur 46 : Statuut van tewerkstelling van de beschouwde groep artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde binnen het RIZIV-kader – Exclusieve antwoorden - naar taalrol (N=1652)	75
Figuur 47 : Histogram : Effectief aantal gepresteerde uren per week naar tewerkstellingsstatuut – uitsluitend als zelfstandige in hoofdberoep (N=1199)	78
Figuur 48 : Histogram : Effectief aantal gepresteerde uren per week naar tewerkstellingsstatuut – uitsluitend als bediende in hoofdberoep (N=354)	78
Figuur 49 : Error bar : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week in België – uitsluitend als zelfstandige in hoofdberoep naar taalrol en geslacht (N=1199)	79
Figuur 50 : Error bar : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week in België – uitsluitend als bediende in hoofdberoep naar taalrol en geslacht (N=354)	79
Figuur 51 : Settings waarbinnen de artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde hun specialisatie(s) beoefenen - naar taalrol (N=1646) (meerdere antwoorden mogelijk)	81
Figuur 52 : Inschatting van verloop van het aantal te presteren uren per week als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV per tijdsperiodes van 5 jaar (vergroten / status quo / verminderen / volledig stoppen)– naar taalrol	93
Figuur 53 : Inschatting van verloop van het aantal te presteren uren per week als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV per tijdsperiodes van 5 jaar (vergroten / status quo / verminderen / volledig stoppen) – naar geslacht	94
Figuur 54 : Inschatting van het aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer definitieve stopzetting uitoefening specialisatie (%)– naar leeftijd (N=1586)	95
Figuur 55 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Inschatting van het aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer definitieve stopzetting uitoefening specialisatie – naar taalrol (*)	96
Figuur 56 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Inschatting van het aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer definitieve stopzetting uitoefening specialisatie – naar geslacht (*)	97
Figuur 57 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Inschatting van het aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer definitieve stopzetting uitoefening specialisatie – naar tewerkstellingsstatuut (*)	97
Figuur 58 : Beoordeling van het beroep als arts-specialist in de curatieve geneeskunde (door de betrokken respondenten) – Negatief / Neutraal / Positief (N=1654)	101

Inhoud

Figuur 59 : Beoordeling van het beroep als arts-specialist in de curatieve geneeskunde (door de betrokken respondenten) – naar taalrol (N=1654)	102
Figuur 60: Evaluatie van het beroep van arts-specialist in de curatieve geneeskunde door de betrokken respondenten (op basis van een principale componentenanalyse)	108
Figuur 61: Evaluatie van het beroep van arts-specialist in de curatieve geneeskunde – naar zichzelf al dan niet te beschouwen als algemeen internist – (N=1654)	114
Figuur 62 : De redenen die de keuze van de specialisatie inwendige geneeskunde beïnvloeden / bepalen (N=416) – Niet akkoord / Neutraal / Akkoord	115
Figuur 63 : Aspecten van het beroep op basis waarvan het beroep van internist is gewijzigd (N=307)	117
Figuur 64 : Rol van de algemene internist in de toekomst (N=416)	118
Figuur 65 : Histogram : Aantal respondenten die niet langer meer beroepsactief zijn binnen het RIZIV-kader maar die dit wel zijn geweest – totaal (N=83)	120
Figuur 66 : Histogram : Aantal respondenten die niet langer meer beroepsactief zijn binnen het RIZIV-kader maar die dit wel zijn geweest – Franstaligen (N=43)	120
Figuur 67 : Histogram : Aantal respondenten die niet langer meer beroepsactief zijn binnen het RIZIV-kader maar die dit wel zijn geweest – Nederlandstaligen (N=40)	121

0. Inleiding

De Planningscommissie medisch aanbod is belast met het onderzoek naar de behoeften i.v.m. het medisch aanbod, in het bijzonder wat betreft geneesheren, tandartsen, artsen-specialisten en verpleegkundigen. Bij de planning van de gezondheidsberoepsen wordt rekening gehouden met de behoeften aan medische verzorging en de demografische en sociologische evolutie van de betrokken beroepen.

De adviezen van de Planningscommissie worden gebaseerd op een mathematisch model op basis waarvan projecties worden gemaakt m.b.t. de evolutie van de bovengenoemde beroepsgroepen. Dit mathematisch model is onderhevig aan voortdurende aanpassingen middels wetenschappelijke doorlichting en beleidsvragen.

Om dit mathematisch model te onderbouwen en data aan te leveren die van belang zijn voor de desbetreffende planningsmodellen dienen er **enquêtes** uitgevoerd te worden bij de verschillende beroepsbeoefenaars – in onderliggend perceel 4 van het Tweede meerjarenplan beperkt tot de groep van de artsen-specialisten.

De enquêtes moeten – zoals dit ook het geval was in het Eerste meerjarenplan - peilen naar elementen die nodig zijn voor een betere beschrijving van de beroepsgroepen en om bekende en eventuele hiaten wat betreft parameterschattingen in het planningsmodel op te vangen inzonderheid inzake turn-over en drop-out uit het beroep.

De bedoeling is om onderdelen uit de vorige bevraging van PLAN1.2006 (Eerste meerjarenplan) terug uit te voeren en deze enquête te realiseren op basis van de ervaringen van vorig meerjarenplan.

1. Methodologie

1.1 Doelgroep van de bevraging

Tijdens de Kick-off meeting van het Tweede meerjarenplan PLAN2.2006 werd door de Dienst Planning de doelgroep van de bevraging vastgelegd op de specialisatie inwendige geneeskunde (internisten) en aanverwante specialisaties. Deze laatsten werden dan in het startoverleg met de Werkgroep verder afgebakend. Volgende specialisaties zijn aldus betrokken in het onderzoek : algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen.

1.2 Chronologisch verloop

Het onderzoek werd uitgevoerd in vier fasen, met name :

1. Optimalisatie / verder uitwerken vragenlijst (PLAN1.2006)
2. Steekproefsamenstelling en gegevensverzameling
3. Invoer, verwerking en analyse van de data
4. Rapportering

In dit hoofdstuk wordt de gevolgde methodologie voor de eerste drie fasen op transparante wijze uitgelegd. Het doel hiervan is enerzijds de resultaten van het onderzoek zo correct mogelijk te interpreteren en anderzijds de FOD Volksgezondheid in de mogelijkheid te stellen het onderzoek in de toekomst te herhalen.

1.3 Optimalisatie / verder uitwerken vragenlijst (Plan1.2006)

Een adequate vragenlijst is een noodzakelijke voorwaarde om de kwaliteit van de verzamelde gegevens te garanderen - de kwaliteit van de verzamelde gegevens hangt in de eerste plaats af van de kwaliteit van de vragenlijst.

Om deze reden werd de nodige tijd genomen om de vragenlijst, ontwikkeld voor de bevraging in het eerste meerjarenplan, verder uit te werken / te optimaliseren in overleg met de Dienst Planning en de Werkgroep van de beroepsgroep Artsen.

1.3.1 Werkwijze

Op basis van :

- de briefing van de Dienst Planning tijdens de opstartvergadering en het eerste startoverleg met de Werkgroep Artsen, alsook
- onze ervaring inzonderheid deze m.b.t. de vorige bevraging PLAN1.2006

werd de vragenlijst (PLAN1.2006) aangepast/herwerkt/aangevuld.

Tijdens de opstartvergadering met de Dienst Planning (11 maart 2011) werd de vragenlijst summier overlopen. Er werd gesteld de vragenlijst grotendeels te behouden maar m.b.t. de specifieke doelgroep dienden op basis van aanbevelingen van de heer Patrick Vanneste enkele specifieke vragen bijkomend opgenomen te worden.

Deze geredigeerde vragenlijst werd vervolgens voorgelegd en besproken in het startoverleg van de Werkgroep Artsen op 7 april 2011.

De opmerkingen werden vervolgens verwerkt tot een tweede versie die per email aan de leden van de Werkgroep en de Dienst Planning werd overgemaakt en nadien besproken in de 2^{de} werkgroepvergadering van 29 april 2011.

Op basis van de opmerkingen van de Werkgroep werd een derde versie van de vragenlijst opgemaakt. Deze werd getest in een verstaanbaarheids- en interpretatieonderzoek waarbij bijzondere aandacht uitging naar de nieuwe bijkomende vragen.

1.3.2 Interpretatie- en verstaanbaarheidsonderzoek

Uit ervaring weten we dat de formulering van de vraagstelling(en) een grote impact kan hebben op de verkregen antwoorden. Zoals reeds gesteld hangt de kwaliteit van de verzamelde gegevens in hoofdzaak af van de kwaliteit van de vragenlijst. De vragen moeten daarenboven verstaan en begrepen worden door de respondenten in kwestie ongeacht hun hoedanigheid (bv. naar opleidingsniveau van de respondent). Een verstaanbaarheid- en interpretatieonderzoek laat toe de vragenlijst te valideren door te verifiëren of de bevraging beantwoordt aan de eisen van volledigheid, verstaanbaarheid en resultaatgerichtheid.

De pre-test van de vragenlijst werd face-to-face afgenomen bij 4 geneesheer-specialisten¹. De waarnemende voorzitter van de Werkgroep Artsen, de heer Schetgen, heeft zijn opmerkingen doorgestuurd per mail.

De geselecteerde respondenten werden geïnterviewd aan de hand van het ontwerp voor het enquêteformulier alsof het een reëel interview betrof. Daaropvolgend werd de enquête opnieuw met de respondent in kwestie doorgenomen en vrij bediscussieerd.

De resultaten van het verstaanbaarheidsonderzoek werden verwerkt in de vragenlijst en overgemaakt aan de Dienst Planning en de Werkgroep - waarbij tegelijkertijd een (voorstel van) aangepaste vragenlijst werd voorgelegd.

Na verwerking van kleine opmerkingen (overgemaakt per mail) werd tenslotte de vragenlijst gefinaliseerd en gevalideerd door de Dienst Planning.

1.3.3 Structuur van de vragenlijst

De finale vragenlijst bestaat uit 4 delen, te weten :

1. socio-demografische vragen;
2. vragen m.b.t. de opleiding en professionele informatie;
3. vragen voor de betrokken artsen-specialisten die beroepsactief zijn als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV;
4. vragen voor de betrokken artsen-specialisten die (momenteel) geen patiënten behandelen binnen het kader van het RIZIV.

In wat volgt, wordt beknopt overlopen wat de inhoud is van de vragenlijst per onderscheiden deel. In bijlage wordt de vragenlijst, zoals voorgelegd aan de betrokken artsen-specialisten, opgenomen.

¹ 1 Franstaligen en 3 Nederlandstaligen (per mail, face-to-face, telefonisch).

1.3.3.1 ALGEMENE VRAGEN

De eerste vragen hebben tot doel socio-demografische gegevens te verzamelen die nodig zijn voor de statistische analyse van de gegevens. Het betreft vragen naar het geslacht, de nationaliteit, de geboortedatum en de provincie waarin de woonplaats van de respondent is gelegen.

1.3.3.2 OPLEIDING EN PROFESSIONELE INFORMATIE

Het volgende deel van de vragenlijst betreft vragen inzake de opleiding van de respondenten, o.m. het jaar dat men het diploma van de huidige specialisatie heeft behaald alsook het jaar van de huidige bijzondere bekwaamheid met hierop aansluitend welke specialisatie(s) men momenteel beoefent.

Verder worden hier vragen opgenomen aangaande de professionele activiteiten van de respondenten. Een belangrijke vraag is of men momenteel werkzaam is als arts-specialist in de curatieve sector of niet.

Indien wel, werkt men dan binnen of buiten het kader van het RIZIV en wat is het gemiddeld aantal gepresteerde uren ?

Indien niet, oefent men dan een ander beroep uit dan dit van arts-specialist of oefent men de specialisatie uit buiten de curatieve sector of is men niet (meer) beroepsactief ?

1.3.3.3 VRAGEN VOOR ARTSEN-SPECIALISTEN BEROEPSACTIEF ALS ARTS IN DE CURATIEVE GENEESKUNDE-BINNEN HET KADER VAN HET RIZIV

Het volgende deel richt zich uitsluitend tot de artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde die werken binnen het kader van het RIZIV. Er wordt hier getracht op een meer precieze manier hun professionele situatie in kaart te brengen. Op welke plaats(en) werken zij, in welke setting(s) en onder welk statuut ? Er wordt hier tevens gevraagd een inschatting te maken van het verloop van hun verdere carrière (naar tijdsbesteding).

Ter afsluiting van dit onderdeel dient de respondent op een schaal van 1 tot 5 (zeer negatief tot zeer positief) zijn/haar huidig beroep van arts-specialist in de curatieve geneeskunde (binnen zijn/haar specifieke specialisatie) te evalueren en dit op basis van een reeks criteria zoals het inkomen, de werkzekerheid, de jobvoldoening, de beroepsstatus.

In dit deel werden ook de 'nieuwe' vragen opgenomen dewelke specifiek betrekking hebben op de specialisatie 'inwendige geneeskunde' zoals o.m. : beschouwt men zichzelf als een algemeen internist ? Beoefent men momenteel de specialisatie 'inwendige geneeskunde' en zo ja, welke redenen hebben dan de specialisatiekeuze 'inwendige geneeskunde' bepaald ? Is het beroep van algemene internist gewijzigd de laatste 10 jaar en zo ja, op welk vlak ? Welke rol voorziet men voor de algemene internist in de toekomst ?

**1.3.3.4 VRAGEN VOOR ARTSEN-SPECIALISTEN DIE (MOMENTEEL) GEEN
PATIËNTEN BEHANDELEN BINNEN HET KADER VAN HET RIZIV**

Van de artsen-specialisten die momenteel geen patiënten behandelen binnen het kader van het RIZIV is het vooreerst belangrijk te weten of zij in het verleden gewerkt hebben als specialist binnen het RIZIV-kader en zo ja, wanneer dit was.

Vervolgens wordt hun gevraagd of zij al dan niet de intentie hebben om (opnieuw) het beroep van arts-specialist binnen het RIZIV-kader uit te oefenen in de toekomst en indien ja, binnen welke termijn ?

1.4 Steekproef en gegevensverzameling

In een eerste paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de theoretische steekproef (hier : de populatie). De populatie wordt omschreven en de keuze van de omvang en type van de steekproef verklaard. Vervolgens wordt in een tweede paragraaf het verloop van het veldwerk geschetst en de samenstelling van de steekproef. In een derde paragraaf tenslotte wordt de gerealiseerde finale steekproef opgenomen.

1.4.1 Theoretische steekproef

1.4.1.1 POPULATIE

Het objectief van de studie is het verzamelen van belangrijke gegevens voor het actualiseren van het planningsmodel middels een onderzoek bij (de groep van vastgelegde) erkende arts-specialisten in de curatieve geneeskunde (maximum 65 jaar oud), wonende in België en ongeacht of ze al dan niet (nog) beroepsactief zijn als arts-specialist.

Tijdens de Kick-off meeting (1 maart 2011) werd door de Dienst Planning aangegeven dat de doelgroep van bevraging de internisten en aanverwante specialisaties (cardiologen, geriateren, ...) zouden zijn.

In een volgend overleg met de Dienst Planning (11 maart 2011) werd de doelgroep verder afgebakend : omdat de groep van internisten een relatief 'kleine' groep is (ca. N=1.900 internisten van max. 65 jaar oud) werd beslist om deze groep uit te breiden met een groep van specialisten uit de pneumologie, geriatrie, gastro-enterologie en cardiologie (in totaal ca.N=2.200). Dit gaf in totaal een populatie van 4.100 personen.

Betreffende het aantal te realiseren enquêtes werd een 50/50-verdeling tussen beide groepen vooropgesteld (resp. N=1.000 voor de groep van internisten en N=1.000 voor de groep van de toegevoegde specialisaties). Voor iedere groep dient er telkens een 50/50-verdeling naar taal aangehouden te worden.

De verruiming en ontubbeling zou toelaten bijkomende vergelijkingen te maken tussen de twee groepen van specialisaties.

Tijdens de vergadering van 7 april werd evenwel door de Werkgroep Artsen het advies gegeven geen twee groepen te onderscheiden maar slechts één enkele groep met hierin de algemene internisten, cardiologen, gastro-enterologen en pneumologen – de reumatologen en oncologen dienden aan de doelgroep toegevoegd te worden; de geriateren werden geschrapt. Als gevolg hiervan bestond de beschouwde groep uit 4.497 personen.

Het is deze groep die de populatie uitmaakt van de studie.

1.4.1.2 GROOTTE VAN DE STEEKPROEF

De nauwkeurigheid van de resultaten is afhankelijk van de steekproefgrootte. Des te groter de steekproef is, des te nauwkeuriger zal het resultaat zijn. Deze nauwkeurigheid meten we op volgende wijze: de werkelijke waarde in de populatie heeft een kans van x % om zich te bevinden in een interval van +- Y % rond de waarde in de steekproef (waar x overeenkomt met het betrouwbaarheidsniveau en y met de maximale afwijking, ook betrouwbaarheidsinterval genoemd). Hoe groter de steekproef, hoe kleiner het betrouwbaarheidsinterval.

Wanneer we de resultaten weergeven als $a \pm b$ % (vb. 43 ± 4 %), zijn de maximale afwijkingen bij een betrouwbaarheidsinterval van 95 % de volgende :

Grootte van de steekproef ²	Maximale afwijking (%)
2.000	2,08
1.500	2,43
1.000	3,02
800	3,39
500	4,34
400	4,85
200	6,89

In totaal dienden 2.000 valide enquêtes gerealiseerd te worden met een gelijke verdeling tussen de twee taalgroepen (50% NL / 50% FR). De steekproef van N=2.000 geeft bij een betrouwbaarheidsinterval van 95% een maximale foutenmarge van 2,08%. Voor de twee taalgroepen (telkens N=1.000) bedraagt de foutenmarge 3,02%. Deze percentages laten ons toe om betrouwbare statistische conclusies te trekken voor de totale groep respondenten maar ook voor verschillende deelgroepen van de populatie (o.m. taalrol, geslacht, leeftijd enz.).

Wanneer we praten over steekproefgrootte, hebben we het telkens over de gerapporteerde basis. Deze gerapporteerde basis is het aantal valide (ingevulde) vragenlijsten op het einde van de rit, i.c. het aantal enquêtes dat verwerkt en gerapporteerd zal worden.

1.4.1.3 TYPE VAN STEEKPROEF

Conform de initiële opdrachtomschrijving (en de vorige enquêteringen 2006-2011) zou er bij onderliggend onderzoek tevens een steekproef uit de populatie getrokken moeten worden (type combinatie van een willekeurige steekproef en een quotasteekproef).

Gelet evenwel op de omvang van de populatie (totaal : N=4.497 / maximum leeftijd 65 jaar : **N=3.745**) en het vooropgezette aantal te realiseren enquêtes (N=2.000), is er beslist in het overleg met de Dienst Planning en de Werkgroep Artsen (overleg 29 april 2011) géén steekproef te trekken uit de populatie.

Er wordt één mailing uitgestuurd naar de totale onderzoekspopulatie (hier N=3.745). Om de respons te maximaliseren worden er tot 2 herinneringen georganiseerd.

1.4.2 Gegevensverzameling

1.4.2.1 ENQUÊTEMETHODIEK

Onderliggend onderzoek is uitgevoerd middels schriftelijke postenquêtes (met responsverhogende maatregelen – methode Dillman).

De respondenten kregen een pakket toegestuurd met een begeleidend schrijven, de vragenlijst en een retourenveloppe van het type “port betaald door bestemming”.

Met het oog op een efficiëntere opvolging van de bevraging en verhoging van de respons, werd beslist in het postpakket een antwoordkaart mee te sturen (alook port betaald door bestemming). Om een absolute anonimiteit van de antwoorden te garanderen werd er gevraagd aan de geadresseerde bij ontvangst en na invulling van de enquête, de antwoordkaart terug te sturen en dit afzonderlijk van de vragenlijst en op een ander retouradres dan de vragenlijst.

Met akkoord van de Dienst Planning en de Werkgroep Artsen werd na de verzending van de eerste herinneringsmailing het veldwerk opgeschort omwille van de zomervakantie.

1.4.2.2 VELDWERK EN STEEKPROEFSAMENSTELLING

Het verzamelen van de gegevens heeft plaatsgevonden in de periode van 3 juni 2011 tot 7 oktober 2011. De mailing / verzending betrof 3.745 artsen-specialisten (2.024 Franstaligen en 1.721 Nederlandstaligen). Dit is de totale populatie van betrokken erkende artsen-specialisten, zoals opgenomen in het gegevensbestand van de FOD Volksgezondheid, met een maximum leeftijd van 65 jaar.

De vragenlijsten werden verzonden op 6 juni 2011 en dienden ingevuld teruggestuurd te worden vóór 22 juni 2011.

Drie weken na de verzending (27 juni 2011) hadden 1.048 artsen-specialisten (574 FR / 474 NL) de vragenlijst ingevuld teruggestuurd, d.i. 28,4% van de verzonden enquêtes.

Op 29 juni 2011 werd aan diegenen die de vragenlijst nog niet hadden geretourneerd een (eerste) herinneringsmailing overgemaakt (brief, vragenlijst, retourenveloppe en antwoordkaart). Het betrof in totaal 2.759 pakketten (1.493 FR / 1.266 NL). De ingevulde enquête diende geretourneerd te worden vóór 12 juli 2011.

Zoals reeds gesteld, werd tijdens de verdere zomervakantie de studie opgeschort. In de vakantie stuurden nog 68 specialisten een ingevulde vragenlijst terug (39 FR / 29 NL).

Op 31 augustus 2011 werd dan aan allen die de vragenlijst nog niet hadden teruggestuurd een tweede herinnering overgemaakt (brief, vragenlijst en retourenveloppe). Het betrof 2.331 pakketten (1.272 FR / 1.059 NL). De uiterste datum van inzending was vastgelegd op 16 september 2011.

Het veldwerk werd definitief afgesloten op 7 oktober 2011. In totaal werden er 1.797 vragenlijsten ontvangen (963 FR / 834 NL) op de datum van het afsluiten van het veldwerk. Hiervan waren er 94 ingevuld middels de online-tool (internet) (42 FR / 52 NL).

² Gerapporteerde basis.

3 vragenlijsten zijn ons na het afsluiten van het veldwerk nog toegestuurd. De fase van data cleaning en zelfs analyse van de gegevens was reeds aangevangen, waardoor deze enquêtes niet werden opgenomen in de analyse.

Daarnaast hebben 5 personen ons een niet ingevulde vragenlijst teruggezonden om de volgende redenen : de geadresseerde was overleden; de geadresseerde aanvaardt geen brieven met Franstalige SPF-hoofding; 3 specialisten vinden dat zij niet één van de opgesomde specialisaties beoefenen (2 zijn hematologen en 1 is endocrinoloog).

In totaal werden ook 23 postpakketten geretourneerd aan FOD Volksgezondheid wegens adresveranderingen (16 Franstalige, 7 Nederlandstalige).

In onderstaande tabel wordt het verloop van de gegevensverzameling in de veldwerkfase opgenomen.

Tabel 1 : Verloop van het veldwerk (met deelnemingspercentages) t.e.m. 7 oktober 2011

	Periode		Aantal verzonden enquêtes			Aantal ontvangen enquêtes			Deelnamegraad		
	Verzendingsdatum	Vragenlijsten verwacht voor ...	FR	NL	Totaal	FR	NL	Totaal	FR	NL	TOT
Mailing	3 juni 2011	22 juni 2011	2.024	1.721	3.745	586	490	1.076	28,9%	28,5%	28,7%
Herinnering 1	29 juni 2011	12 juli 2011	1.493	1.266	2.759	804	685	1.489	39,7%	39,8%	39,8%
Herinnering 2	31 aug 2011	16 sept 2011	1.272	1.059	2.331	920	792	1.712	45,5%	46,0%	45,7%
TOTAAL	3 juni 2011	7 okt 2011				963	834	1.797	47,6%	48,5	48,0%
Laattijdig toegekomen enquêtes						0	3	3			
Niet ingevulde geretourneerde enquêtes						3	2	5			
Adreswijzigingen						16	7	23			
TOTAAL	3 juni 2011	7 okt 2011				982	846	1.828	48,5%	49,2%	48,8%

De algemene responsgraad aan de studie bedraagt dus bijna 49% (48,8%), wat voor wat een schriftelijke bevraging een meer dan behoorlijke medewerking betekent³.

1.4.3 Eigenlijke steekproef

In wat volgt, wordt een beschrijving gegeven hoe de steekproef er werkelijk uitziet na beëindiging van het veldwerk (en controle en cleaning van de data).

³ Ter vergelijking : de medewerkingsgraad bij de bevraging van de volledige groep van artsenspecialisten bij de enquête PLAN1.2006 (dd. 2009) bedroeg in globo 44%.

1.4.3.1 GERAPPORTEERDE BASIS

Onder steekproefgrootte of 'omvang' verstaan we steeds de gerapporteerde basis. Deze gerapporteerde basis is het aantal valide interviews op het einde 'van de rit' (het aantal interviews dat verwerkt en gerapporteerd zal worden). De gerapporteerde basis bedraagt hier **1.771 enquêtes**⁴ (821 Nederlandstaligen en 950 Franstaligen).

1.4.3.2 VERGELIJKING MET DE POPULATIE

Een vergelijking van de groep van respondenten met de betrokken populatie levert een goed beeld op betreffende de representativiteit van de gerealiseerde steekproef. In volgende tabellen, wordt het originele FOD-databestand van de afgebakende groep van erkende artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde vergeleken met de verkregen steekproef (zijnde zij die geantwoord hebben) naar geslacht, leeftijd, woonplaats, taal en specialisatie.

In wat volgt, wordt met de groep van respondenten (zij die geantwoord hebben) de steekproef bedoeld.

GESLACHT

Tabel 2: Representativiteit van de steekproef - Geslacht

	Origineel databestand - populatie		Steekproef	
	N	%	N	%
Vrouw	1.245	33,2	590	33,3
Man	2.500	66,8	1.181	66,7
Totaal	3.745	100,0	1.771	100,0

Proportioneel verwaarloosbaar verschil (verschil van 0,1%)

LEEFTIJD

Tabel 3 : Representativiteit van de steekproef - Leeftijd

	Origineel databestand - populatie		Steekproef	
	N	%	N	%
30-39 jaar	943	25,1	429	24,6
40-49 jaar	1.196	31,9	540	31,0
50-59 jaar	1.039	27,8	505	29,1
60 of meer jaar	567	15,2	267	15,3
Totaal	3.745	100,0	1.741	100,0

Geen significant verschil > 0,05

⁴ N=1.828 minus enerzijds de 31 niet weerhouden vragenlijsten wegens laattijdigheid, wegens non-respons en wegens adreswijziging en anderzijds de 26 vragenlijsten die werden verwijderd uit de datafile wegens een té grote onvolledigheid van ingevulde antwoorden (meer dan de helft van de antwoorden ontbraken); het betrof hier 12 online ingevulde vragenlijsten en 14 papieren enquêtes.

WOONPLAATS - REGIO

Tabel 4: Representativiteit van de steekproef – Woonplaats

	Origineel databestand - populatie		Steekproef	
	N	%	N	%
Brussels Gewest	567	15,2	252	14,3
Waals Gewest	1.316	35,1	634	36,1
Vlaams Gewest	1.862	49,7	872	49,6
Totaal	3.745	100,0	1.758	100,0

Geen significant verschil > 0,05

TAAL

Tabel 5: Representativiteit van de steekproef - Taal

	Origineel databestand - populatie		Steekproef	
	N	%	N	%
Franstalig	2.024	54,1	950	53,6
Nederlandstalig	1.721	45,9	821	46,4
Totaal	3.745	100,0	1.771	100,0

Geen significant verschil > 0,05

SPECIALISATIE

Tabel 6: Representativiteit van de steekproef - Specialisatie

	Origineel databestand - populatie		Steekproef		
	N	%	N	%	
Cardiologie	925	24,7	378	21,4	Sign. verschil < 0,01
Gastro-enterologie	572	15,2	257	14,5	Geen sign. verschil > 0,05
Interne geneeskunde	1.409	37,6	361	20,4	Sign.verschil < 0,01
Medische oncologie	192	5,1	133	7,5	Sign. verschil < 0,001
Pneumologie	442	11,8	250	14,1	Sign. verschil < 0,025
Reumatologie	205	5,6	130	7,3	Sign. verschil < 0,025
Anderen ⁵	0	0,0	262	14,8	//
Totaal	3.745	100,0	1.771	100,0	

Geen significant verschil > 0,05

⁵ De variabele "Anderen" bevat een 8-tal specialisaties en bijzondere bekwaamheden die de respondenten in de vragenlijst kon aanduiden in surplus van de 6 vernoemde specialisaties. Het gaat hier om volgende specialisaties : endocrino-diabetologie, beheer van gezondheidsgegevens, hematologie, klinische hematologie, urgentiegeneeskunde (specialist), nefrologie, intensieve zorgen en mogelijkheid tot opgave van een nog 'andere' specialisatie of bekwaamheid van hun keuze. Meerdere antwoorden waren hier ook mogelijk. Het aantal van N=262 "Anderen" staat voor het aantal respondenten die exclusief gekozen hebben één van de 8 vermelde bijkomende specialisaties en/of bijzondere bekwaamheden.

Er worden voor de variabelen leeftijd, geslacht, woonplaats (regio) en taal geen significante verschillen tussen de theoretische steekproef (populatie) en eigenlijke (verkregen) steekproef opgetekend. Bijgevolg dient er op deze variabelen niet gewogen te worden.

Betreffende de variabele 'specialisatie' is er een significant verschil voor 5 van de 6 opgenomen specialisaties. Er is hier voor deze variabelen een over- of ondervertegenwoordiging in de eigenlijke steekproef. Om dit te corrigeren, dient normaliter hier een weging te gebeuren.

In overleg met de Dienst Planning is beslist dit niet te doen. Zoals uit bovenstaande tabel blijkt heeft 14% van de respondenten een 'andere' specialisatie aangeduid (al dan niet exclusief) dan deze waarbinnen zij niet geregistreerd staan in het FOD-bestand. Indien er gewogen wordt op de variabele specialisatie, dan zullen de respondenten die een 'andere' specialisatie hebben opgegeven, niet mee opgenomen worden in de analyse - de antwoorden van deze respondenten gaan dan als dusdanig verloren.

1.5 Verwerking en analyse van de gegevens

1.5.1 Datacleaning

Onder datacleaning wordt verstaan het optimaliseren van de datamatrix zodanig dat deze zo correct en zo volledig mogelijk is.

Volgende controles werden op de datafile uitgevoerd :

- controle wat betreft de conditionele vragen: is men steeds naar de juiste vraag overgegaan, werden er vragen beantwoord die niet voor de respondent in kwestie bedoeld waren, ... ;
- coherentie tussen het aangegeven aantal werkuren bij verschillende vragen : komen de totalen globaal overeen of niet, ...;
- consistentie tussen leeftijd respondent en het jaar waarop men zijn hoogst behaalde diploma haalde en het jaar waarop men is begonnen te werken.

Vervolgens werden correcties aangebracht indien en waar dit nodig was. Het geheel van de thans uitgevoerde verificaties op het gegevensbestand alsook de correcties en interpretaties die zijn aangebracht, zijn opgenomen in een 'protocol' dat terug te vinden is in de bijlage.

1.5.2 Codering

Naast de controle op coherentie van de enquêtes en de correcties die uitgevoerd werden op dit niveau, moesten de antwoorden op de open vragen gecategoriseerd worden.

De open vragen die gecodeerd werden, zijn:

- V6 : de 'andere' specialisaties en/of bijzondere bekwaamheden die men thans beoefent en die niet opgenomen zijn in de antwoordmogelijkheden;
- V9 en V23 : de 'andere' sectoren van tewerkstelling niet opgenomen in de antwoordmogelijkheden;
- V16 : de 'andere' settings van tewerkstelling niet opgenomen in de antwoordmogelijkheden;
- V18 : de 'andere' beroepsgerelateerde activiteiten niet opgenomen in de antwoordmogelijkheden;
- V27 : de 'andere' redenen van specialisatiekeuze inwendige geneeskunde niet opgenomen in de antwoordmogelijkheden;
- V29 : de 'andere' aspecten van het beroep / functie van algemene internist waarop de wijziging / evolutie van het beroep in de loop van de laatste 10 jaar betrekking heeft – niet opgenomen in de antwoordmogelijkheden;
- V30 : de 'andere' mogelijkheden van rol niet opgenomen in de antwoordmogelijkheden en die men voorziet voor de algemene internist in de toekomst.

1.5.3 Kwaliteit van de interviews

Een enquête dient aan een aantal criteria te voldoen vooraleer zij als een geldige enquête weerhouden wordt. Het zijn enkel deze geldige enquêtes die deel uitmaken van de gerapporteerde basis.

Enkele voorbeelden van deze criteria zijn:

- minstens 90% van de karakteriserende variabelen moeten volledig en correct zijn;
- minstens 90% van een batterij van items die normaliter te beantwoorden zijn, moeten ook beantwoord zijn;
- minstens 90% van de relevante vragen moeten ook beantwoord zijn;
- er moet coherent geantwoord worden op inhoudelijk overeenkomstige vragen.

De afgenomen enquêtes blijken over het algemeen zeer volledig te zijn. Het aantal missing values is beperkt waardoor we een antwoordgraad hebben van 90% tot 100% op alle vragen. De kwaliteit van de enquêtes kan ook geëvalueerd worden middels de antwoordgraad op eenvoudige vragen (zoals bijvoorbeeld de socio-demografische vragen) enerzijds en op centrale vragen uit de vragenlijst anderzijds. De volgende tabel toont dat het aantal missings op socio-demografische vragen en op centrale vragen in de vragenlijst zeer laag is:

Tabel 7 : Antwoordgraad

Vragen	Antwoordgraad
	%
V1. Geslacht	100,0%
V2. Nationaliteit	99,8%
V3. Leeftijd	98,4%
V4. Provincie	99,6%
V7. Beroepssituatie	100,0%

De coherentie tussen het totaal aantal werkuren dat men verklaart te presteren bij de verschillende vragen die hiernaar peilen (vragen 10, 15, 16 en 18) was niet altijd aanwezig. De verificatie van de coherentie tussen de antwoorden en de correctie van de inconsistenties was dan ook noodzakelijk. De werkwijze die hier gehanteerd werd, is opgetekend in het protocol (zie bijlage).

1.5.4 Nauwkeurigheid van de resultaten

De nauwkeurigheid van de resultaten is in de eerste plaats afhankelijk van de steekproefgrootte. Hoe groter de steekproef, des te groter is de nauwkeurigheid. Dit laatste moet begrepen worden als "het reële % zal met 95% nauwkeurigheid $\pm x$ % afwijken van het gemiddelde voor de steekproef". Deze $\pm x$ % noemt men het betrouwbaarheidsinterval. Hoe groter de steekproef, des te kleiner zal deze x en het betrouwbaarheidsinterval zijn.

In bijgevoegde tabel worden de afwijkingen van het gemiddelde voor verschillende steekproefgroottes gegeven.

Tabel 8: Maximale afwijkingen

N	\pm %	\pm %	\pm %	\pm %
	bij P = 0,5	bij P = 0,1/0,9	bij P = 0,05	bij P = 0,01/0,99
100	9,78	5,87	4,26	1,95
250	6,16	3,70	2,68	1,23
500	4,33	2,60	1,89	0,86
750	3,51	2,11	1,53	0,70
1000	3,02	1,81	1,32	0,60
1770	2,22	1,33	0,97	0,44
2000	2,08	1,25	0,91	0,41

- N = steekproefgrootte
- P = proportie; is het deel van de steekproef dat het respectievelijke antwoord geeft (P = 0.5 betekent "50% van de steekproef" en geeft het grootste betrouwbaarheidsinterval).

1.5.5 Aanmaak bijkomende variabelen

In het kader van de verwerking van de gegevens werden er, naast de variabelen uit het oorspronkelijke gegevensbestand, nog extra variabelen aangemaakt. In eerste instantie betreft het de variabelen voor de hercodering van de open vragen. Er werden echter ook variabelen bijgemaakt die een inzicht geven op de antwoorden van meerdere vragen/variabelen tegelijk.

Enkele voorbeelden :

- er werd een variabele gecreëerd om zicht te krijgen op het jaar waarin de eerste specialisatie werd behaald;
- een tweede variabele maakt de balans op van de professionele situatie van de gehele groep respondenten;
- een derde drukt de tijd uit tussen het behalen van de eerste specialisatie en het moment waarop men begint te werken binnen het kader van het RIZIV;
- een vierde variabele laat toe de relatie tussen werkplaats(en) en woonplaats aan te geven;
- enz.

1.5.6 Analyses

1.5.6.1 NON-RESPONS ANALYSE – BEVRAGING NON-RESPONDERS

Per taalgroep dienden een 50-tal “non-responders” telefonisch gecontacteerd te worden met de specifieke vraag welke de reden was van hun niet-medewerking aan het onderzoek.

Deze telefonische bevraging heeft plaats gevonden medio november 2011.

In totaal werden 290 belpogingen ondernomen (138 NL / 152 FR) waarvan 48% niet leidde tot een telefonisch contact met de specialist in kwestie (N=140).

Van het totaal aantal geslaagde telefonische contacten (N=150) bleek 7% wel meegewerkt te hebben aan de enquêtering maar zij hadden hun antwoordkaart niet ingevuld en teruggestuurd (N=11).

Zoals uit bijgevoegde tabel blijkt, is de meest vernoemde reden van niet-medewerking gebrek aan tijd (32%), gevolgd door het niet ontvangen hebben van de enquête (of zich niet herinneren de enquête ontvangen te hebben gehad) (19%) en een gebrek aan interesse (12%).

Tabel 9: Bevraging non-responders – met redenen van niet-medewerking

	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Aantal telefonische contacten	138		152		290	
Geen telefonisch contact met de betrokken respondent. Redenen :	74	53,6	66	43,4	140	48,3
▪ Betrokken respondent werkt momenteel in het ziekenhuis (niet aanwezig in privé praktijk)	15	20,3	0	0,0	15	10,7
▪ Het telefoonnummer is niet het nummer van privé praktijk maar van "thuis"	5	6,8	0	0,0	5	3,6
▪ Betrokken respondent is bezig met raadplegingen	2	2,7	0	0,0	2	1,4
▪ Betrokken respondent is naar congres in het buitenland	2	2,7	4	6,1	2	1,4
▪ Betrokken respondent is niet beschikbaar (eventueel terugbellen op later tijdstip)	27	36,5	54	81,8	27	19,3
▪ Afgeleid naar antwoordapparaat	7	9,5	1	1,5	8	5,7
▪ Toestel bezet	1	1,4	1	1,5	2	1,4
▪ Niet correct telefoonnummer	15	20,3	6	9,1	21	15,0
Geslaagd telefonisch contact met de betrokken respondent	64	46,4	86	56,6	150	51,7
▪ Betrokken respondent heeft meegewerkt aan de bevraging maar heeft antwoordkaart niet ingevuld en teruggestuurd	3	4,7	8	9,3	11	7,3
▪ Betrokken respondent heeft niet meegewerkt aan de enquête. Redenen:	61	95,3	78	90,7	139	92,7
▪ Geen medewerking omwille van gebrek aan tijd	19	31,1	25	32,1	44	31,7
▪ Geen medewerking omwille van overbevraging (wordt te veel benaderd voor deelname aan enquêtes)	7	11,5	4	5,1	11	7,9
▪ Geen medewerking omwille van geen interesse	5	8,2	12	15,4	17	12,2
▪ Geen deelname uit principe (neemt nooit deel aan enquêtes ongeacht het onderwerp)	5	8,2	8	10,3	13	9,4
▪ Geen medewerking omwille van onvoldoende garantie op anonimiteit van de bevraging	1	1,6			1	0,7
▪ Geen deelname omdat respondent zich niet rekent tot de afgebakende doelgroep (zijnde ofwel algemene internist, pneumoloog, gastro-enteroloog, cardioloog, reumatoloog of oncoloog) (*)	3	4,9	2	2,6	5	3,6
▪ Respondent is (bijna) op pensioen	9	14,8	1	1,3	10	7,2
▪ Respondent herinnert zich niet de enquête te hebben ontvangen	9	14,8	18	23,1	27	19,4
▪ Respondent had de intentie de enquête alsnog in te vullen			2	2,6	2	1,4
▪ Respondent beoefent het beroep niet meer			2	2,6	2	1,4
▪ Respondent is ontgoocheld in FOD Volksgezondheid en geeft bijgevolg geen gevolg meer aan hun vragen			1	1,3	1	0,7
▪ Respondent is overleden	2	3,3	1	1,3	3	2,2
▪ Respondent dacht niet representatief te zijn voor deze enquête (werkt halftijds)			1	1,3	1	0,7
▪ Respondent is ziek			1	1,3	1	0,7
▪ Respondent woont permanent in het buitenland	1	1,6			1	0,7

(*) : 1 respondent geeft spontaan aan dat hij spoedarts is en 2 specialisten stellen endocrinologen te zijn

1.5.6.2 BESCHRIJVENDE ANALYSES VAN DE DATA

Univariate- en bivariate analyses werden uitgevoerd, waarvan de belangrijkste resultaten besproken worden in de volgende delen.

De volgende bivariate analyses werden uitgevoerd:

- kruistabellen volgens taal;
- kruistabellen volgens geslacht;
- kruistabellen volgens taal en geslacht;
- kruistabellen volgens leeftijd;
- kruistabellen volgens specialisatie.

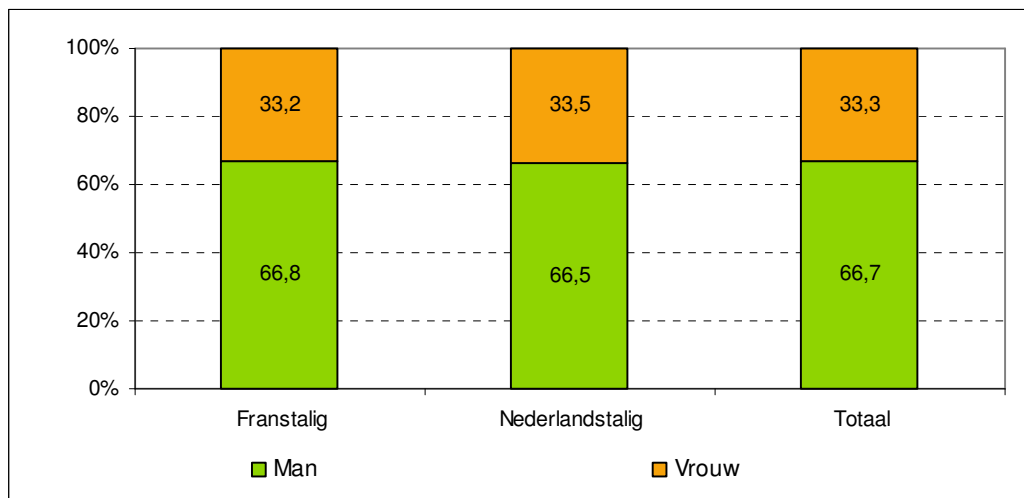
Een principale componentenanalyse werd uitgevoerd op vraag 24 van de vragenlijst, zijnde de evaluatie van de professionele situatie van de artsen-specialisten. Het doel van deze analyse is het aantal evaluatie-items te reduceren en variabelen met een gelijkaardig profiel te (her)groeperen.

2. Analyse algemene kenmerken artsen-specialisten

2.1 Naar geslacht

67% van alle in de steekproef opgenomen artsen-specialisten (N=1.771) zijn mannen. Binnen de groep van zowel de Nederlandstalige artsen-specialisten als de Franstalige specialisten vindt men dit zelfde aandeel terug.

Figuur 1 : Verdeling van het aantal artsen-specialisten naar geslacht en taalrol (N=1771)



Bij beschouwing van de verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie volgens hun geslacht (tabel 10), kan vastgesteld worden dat binnen de groep van de mannelijke respondenten 24,8% cardiologen zijn (hoogste aandeel) en slechts 4,5% oncologen (laagste aandeel). Bij de vrouwen is het grootste aandeel gespecialiseerd in de inwendige geneeskunde (19,2%) en het minst in de medische oncologie (9,1%).

Tabel 10 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie – volgens hun geslacht (N=1727)

	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Cardiologie	287	24,8%	77	13,4%	364	21,1%
Gastro-enterologie	203	17,6%	58	10,1%	261	15,1%
Inwendige geneeskunde	177	15,3%	110	19,2%	287	16,6%
Medische oncologie	52	4,5%	52	9,1%	104	6,0%
Pneumologie	140	12,1%	76	13,2%	216	12,5%
Reumatologie	68	5,9%	56	9,8%	124	7,2%
Andere	228	19,7%	145	25,3%	373	21,6%
Totaal	1156	100,0	569	100,0	1727	100,0%

De verdeling van de artsen-specialisten naar hun geslacht volgens hun specialisatie – zie tabel 11 - toont ons dat binnen alle specialisaties de mannen proportioneel meer vertegenwoordigd zijn dan de vrouwen. De specialisatie medische oncologie vormt hierop een uitzondering : het proportioneel aandeel mannen is hier gelijk aan het aandeel vrouwen. Ook kan hier vastgesteld worden dat van zij die de specialisatie reumatologie beoefenen, 45% vrouwen zijn.

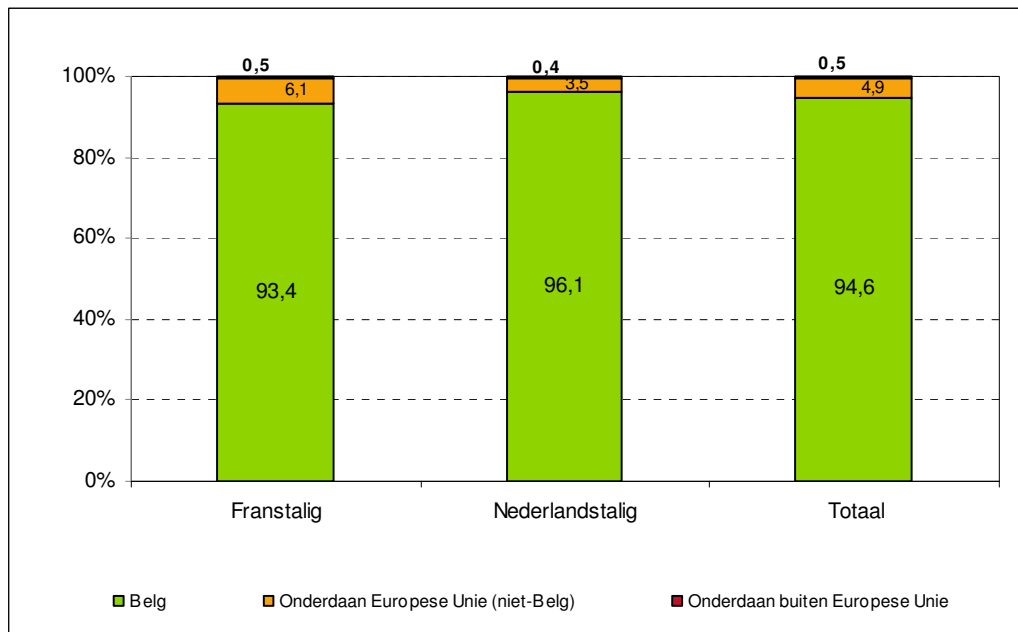
Tabel 11: Verdeling van de artsen-specialisten naar hun geslacht – volgens hun specialisatie (N=1727)

	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Cardiologie	287	78,8%	77	21,2%	364	100,0%
Gastro-enterologie	203	77,8%	58	22,2%	261	100,0%
Inwendige geneeskunde	177	61,7%	110	38,3%	287	100,0%
Medische oncologie	52	50,0%	52	50,0%	104	100,0%
Pneumologie	140	64,8%	76	35,2%	216	100,0%
Reumatologie	68	54,8%	56	45,2%	124	100,0%
Andere	228	61,1%	145	38,9%	373	100,0%
Totaal	1156	66,9%	569	33,1	1727	100,0%

2.2 Naar nationaliteit

94,6% van de ondervraagde artsen-specialisten is Belg, 4,9% is een onderdaan van de Europese Unie van niet-Belgische nationaliteit en 0,5% is onderdaan van een land buiten de Europese Unie.

Figuur 2 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun nationaliteit en taalrol (N=1767)



Uit de verdeling van de specialisten naar nationaliteit en hun specialisatie blijkt dat binnen iedere beschouwde specialisatie de overgrote meerderheid Belg is.

Tabel 12 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun nationaliteit en hun specialisatie (N=1767)

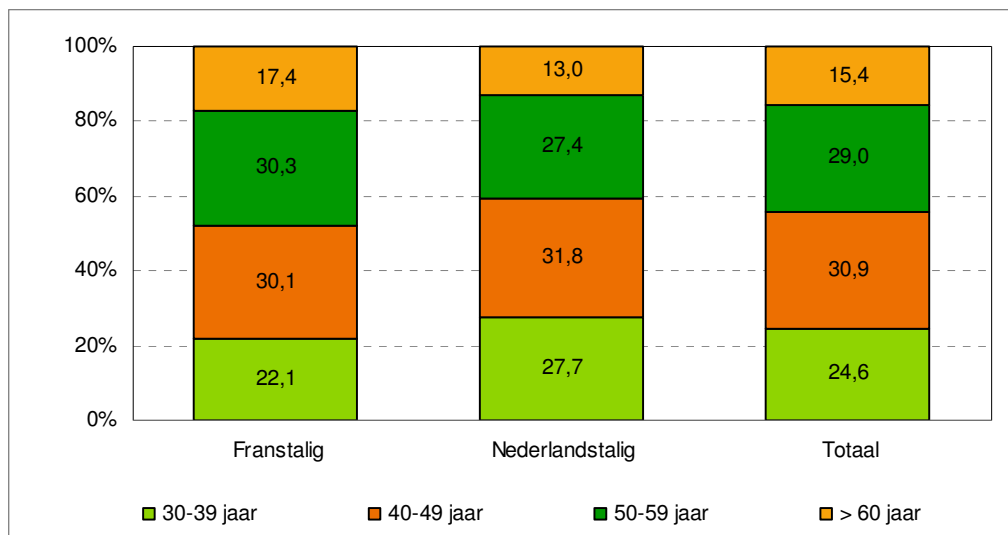
	Belg		Onderdaan E.U. niet-Belg		Onderdaan buiten E.U.		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiologie	336	92,3%	24	6,6%	4	1,1%	364	100,0%
Gastro-enterologie	250	96,5%	9	3,5%	0	0,0%	259	100,0%
Inwendige geneeskunde	267	93,4%	17	5,9%	2	0,7%	287	100,0%
Medische oncologie	96	92,3%	7	6,7%	1	1,0%	104	100,0%
Pneumologie	203	94,0%	12	5,6%	1	0,5%	216	100,0%
Reumatologie	122	99,2%	1	0,8%	1	0,0%	124	100,0%
Andere	356	95,4%	17	4,6%	0	0,0%	373	100,0%
Totaal	1672	94,6%	87	4,9%	8	0,5%	1767	100,0%

2.3 Naar leeftijd

Uit onderstaande figuur kan vooreerst vastgesteld worden dat het aandeel van de 30-39-jarigen minder hoog is dat dit van de respondenten die 50 jaar en ouder zijn (resp. 24,6% tegenover 44,4%). Daarenboven lijkt het dat de veroudering van de specialisten (van de hier beschouwde specialisaties) meer merkbaar is bij de Franstaligen :

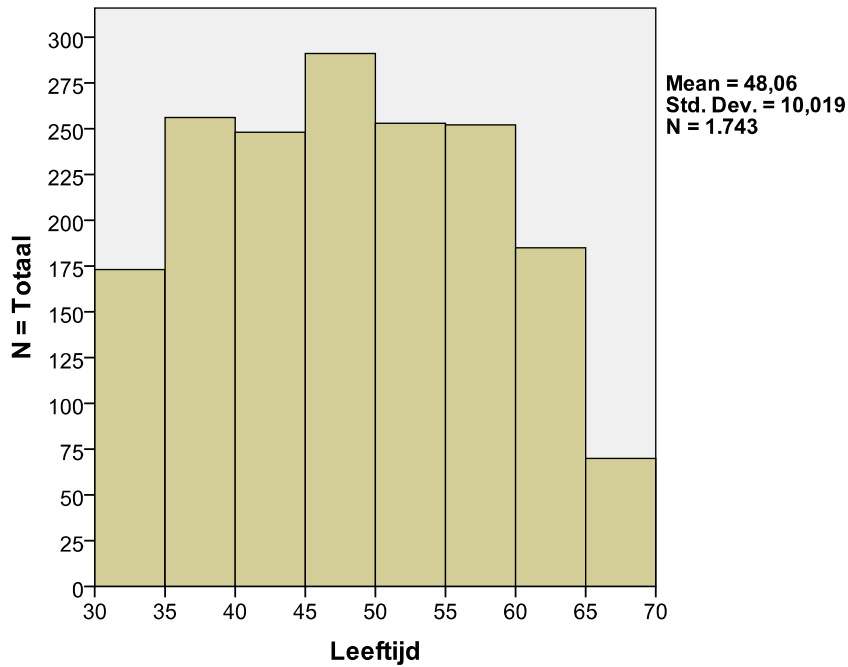
- men vindt er meer specialisten van 60 jaar en ouder (resp. 17,4% bij de Franstaligen en 13,0% bij de Nederlandstaligen);
- men vindt er proportioneel minder specialisten die jonger zijn dan 39 jaar (resp. 22,1% bij de Franstaligen en 27,7% bij de Nederlandstaligen);
- de gemiddelde leeftijd ligt er ook iets hoger (resp. 48,9 jaar bij de Franstaligen en 47,1 jaar bij de Nederlandstaligen).

Figuur 3 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd en taalrol (N=1743)

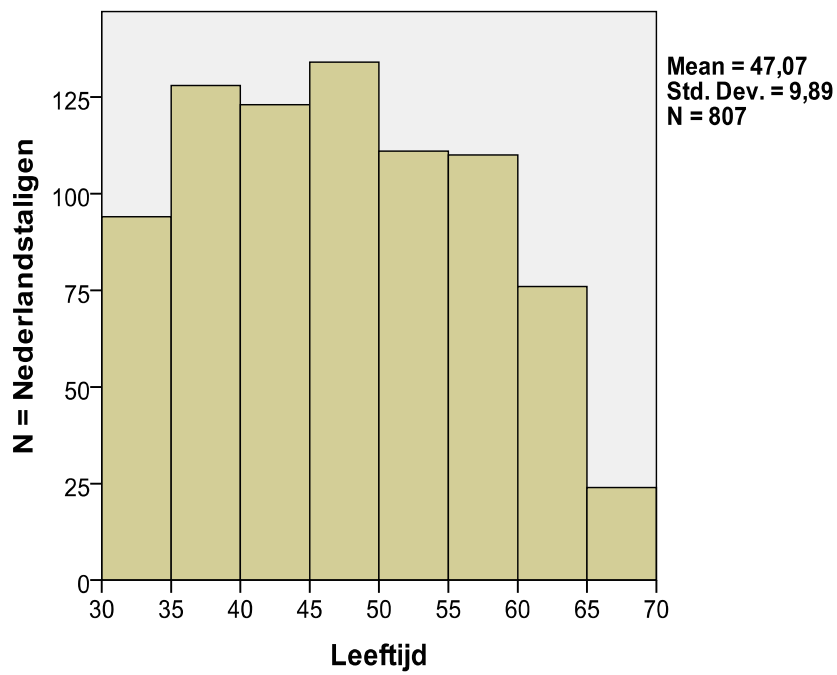


In bijgevoegde histogrammen zien we de frequentieverdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd voor zowel de gehele groep als voor iedere taalgroep.

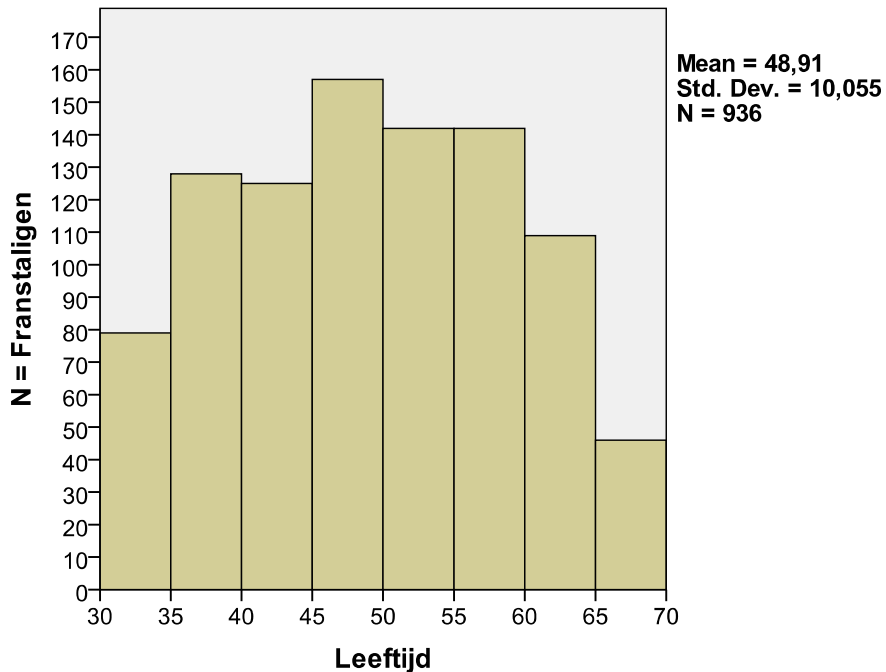
Figuur 4 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd en taalrol - Totaal (N=1743)



Figuur 5 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd en taalrol - Nederlandstaligen(N=807)



Figuur 6 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun leeftijd en taalrol – Franstaligen (N=936)



Samengevat kan vastgesteld worden dat de gemiddelde leeftijd voor het geheel van de beschouwde groep van specialisten 48,1 jaar is. De gemiddelde leeftijd van de Franstaligen ligt iets hoger dan dit algemeen gemiddelde – 48,9 jaar terwijl deze van de Nederlandstaligen iets lager ligt – 47,1 jaar. Deze gemiddelden alsook de mediaan leeftijd van de respondenten naar hun geslacht en taalrol wordt in onderstaande tabellen weergegeven.

Tabel 13 : Gemiddelde leeftijd van de respondenten naar hun geslacht en taalrol (N=1741)

	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	Gemiddelde	N	Gemiddelde	N	Gemiddelde
Man	533	49,7	625	51,2	1158	50,5
Vrouw	272	42,0	311	44,4	583	43,3
Totaal	805	47,1	936	48,9	1741	48,1

Tabel 14: Mediaan leeftijd van de respondenten naar hun geslacht en taalrol (N= 1741)

	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	Mediaan	N	Mediaan	N	Mediaan
Man	533	50	625	52	1158	51
Vrouw	272	40	311	43	583	41
Totaal	805	47	936	49	1741	48

Uit de verdeling van de specialisten naar hun leeftijd en specialisatie blijkt dat hoogste gemiddelde leeftijd zich laat optekenen bij de reumatologen (49,5 jaar) en de laagste bij de oncologen (45,8 jaar).

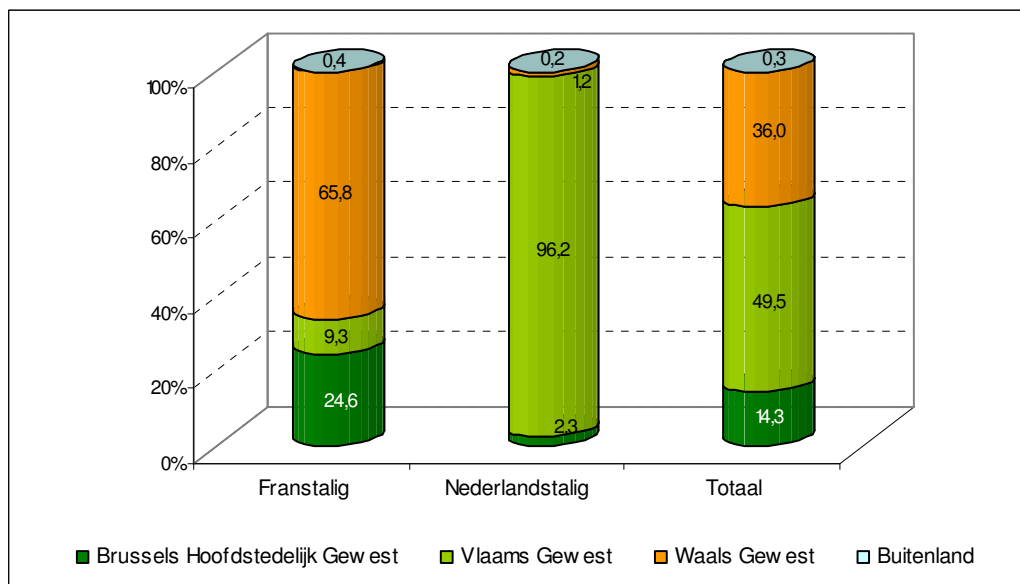
Tabel 15 : Gemiddelde leeftijd van de respondenten naar hun specialisatie (N=1658)

	N	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum
Cardiologie	349	47,4	47	32	65
Gastro-enterologie	254	48,8	50	27	65
Inwendige geneeskunde	277	47,2	48	31	65
Medische oncologie	99	45,8	45	32	64
Pneumologie	210	46,6	47	32	65
Reumatologie	115	49,5	49	32	65
Andere	354	46,8	46	31	65
Totaal	1658				

2.4 Naar woonplaats

Uit onderstaande figuur blijkt dat 49,5% van de respondenten woonachtig is in het Vlaams Gewest, 36,0% in het Waals Gewest en 14,3% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG). Bij beschouwing van de woonplaats van de ondervraagde specialisten naar hun taalrol, kan vastgesteld worden dat 96,2% van alle Nederlandstalige specialisten in het Vlaams Gewest woont, 2,3% in het Brussels Gewest en 1,2% in het Waals Gewest (vnl. in Henegouwen met 0,5%). 9,3% van de Franstalige artsen-specialisten woont in het Vlaams Gewest en meer in het bijzonder in Vlaams-Brabant (8,2%).

Figuur 7 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun woonplaats (gewest) en taalrol (N=1759)



Naar provincie kan vastgesteld worden dat de meeste respondenten woonachtig zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (14,3%) en de provincie Antwerpen (13,7%), gevolgd door de provincies Vlaams-Brabant (12,6%) en Luik (11,6%). Algemeen zien we dat één derde van de ondervraagde specialisten gehuisvest zijn in Vlaams-Brabant, Waals-Brabant en het Brussels Gewest. Voor een gedetailleerde verdeling, zie bijgevoegde de tabel.

Tabel 16 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun woonplaats (provincie) en taalrol (N=1765)

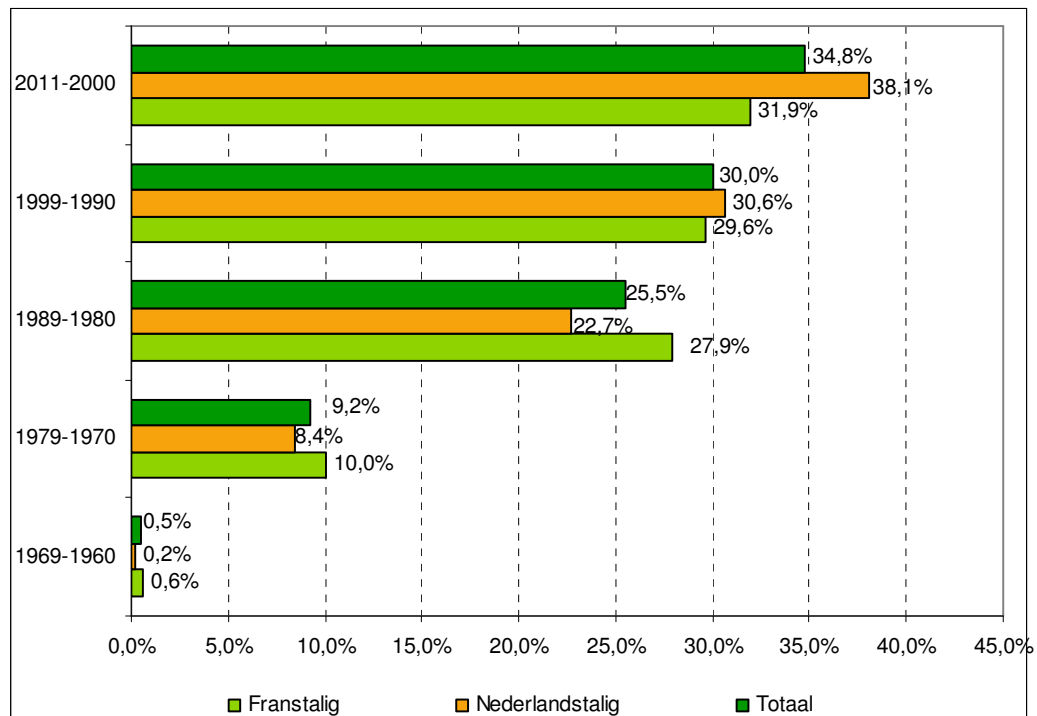
	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Antwerpen	269	29,3	2	0,2	241	13,7
Limburg	88	10,8	1	0,1	89	5,0
Oost-Vlaanderen	183	22,5	2	0,2	185	10,5
West-Vlaanderen	129	15,8	5	0,5	134	7,6
Vlaams-Brabant	145	17,8	78	8,2	223	12,6
Waals-Brabant	2	0,2	122	12,8	124	7,0
Henegouwen	4	0,5	166	17,5	170	9,6
Luxemburg	0	0,0	28	2,9	28	1,6
Luik	2	0,2	202	21,3	204	11,6
Namen	2	0,2	126	11,2	108	6,1
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	19	2,3	233	24,5	252	14,3
In woon in het buitenland	2	0,2	4	0,4	6	0,3
Totaal	815	100,0	949	100,0	1765	100,0

2.5 Naar diploma

2.5.1 Jaar van het behalen eerste specialisatie

Zoals onderstaande figuur aangeeft, heeft 64,8% van de ondervraagden in de laatste 20 jaar zijn/haar eerste specialisatie behaald : 30% tussen 1990 en 1999 en 34,8% tussen 2000 en 2011. Verder heeft 9,2% van de specialisten zijn/haar eerste specialisatiediploma behaald in de periode 1970-1979 en 25,5% tussen 1980 en 1989. Tenslotte blijkt 0,5% van de specialisten zijn/haar eerste specialisatie te hebben behaald tussen 1960 en 1969 (het betreft in totaal 8 respondenten).

Figuur 8 : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen van hun eerste specialisatie en naar taalrol (N=1743)

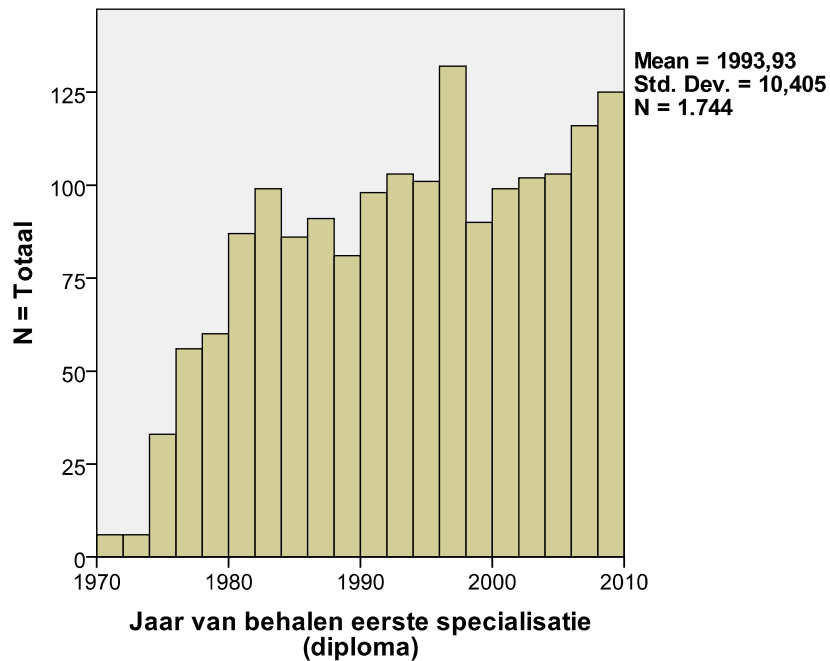


Op het totaal aantal ondervraagden (N=1754) hebben bijna alle respondenten (97%) hun **eerste specialisatie** behaald in hun respectievelijke taal. Beschouwd op niveau van de taalrol, zien we dat 4% van de Franstaligen (N=938) hun eerste diploma behaald hebben in een andere taal (2% in het Nederlands en 2% in een totaal andere taal). Van de Nederlandstalige specialisten (N=819) heeft 2,3% zijn/haar diploma in een andere taal dan het Nederlands behaald (1,6% in het Frans en 0,7% in een totaal andere taal).

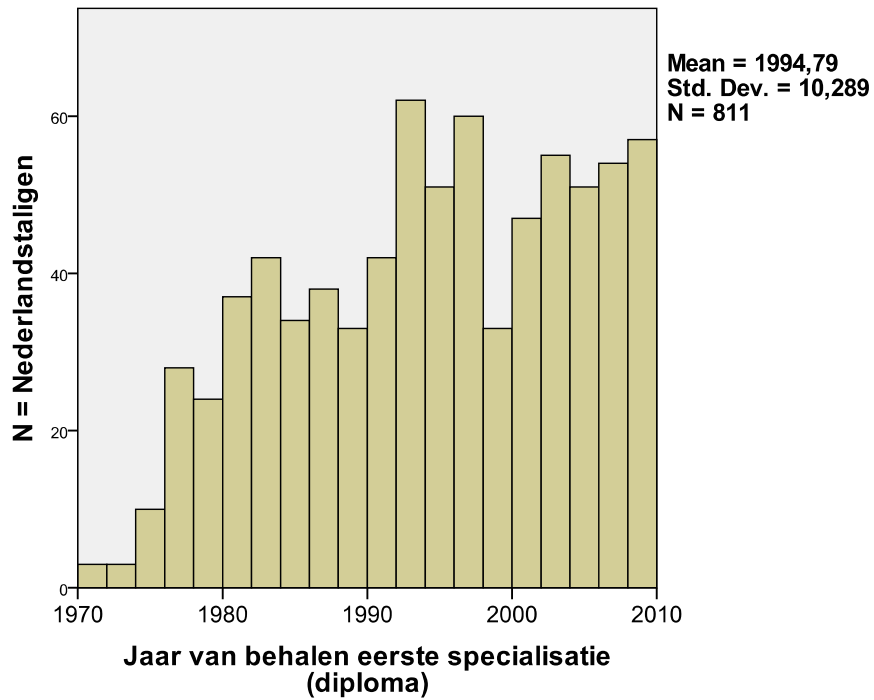
Verder kan opgetekend worden dat 97% van het totaal aantal respondenten zijn/haar eerste specialisatiediploma behaalde in België.

In bijgevoegde histogrammen wordt de frequentieverdeling van de artsen-specialisten weergegeven naar jaar van het behalen van de eerste specialisatie voor zowel de gehele groep als afzonderlijk beschouwd naar taalrol en naar geslacht.

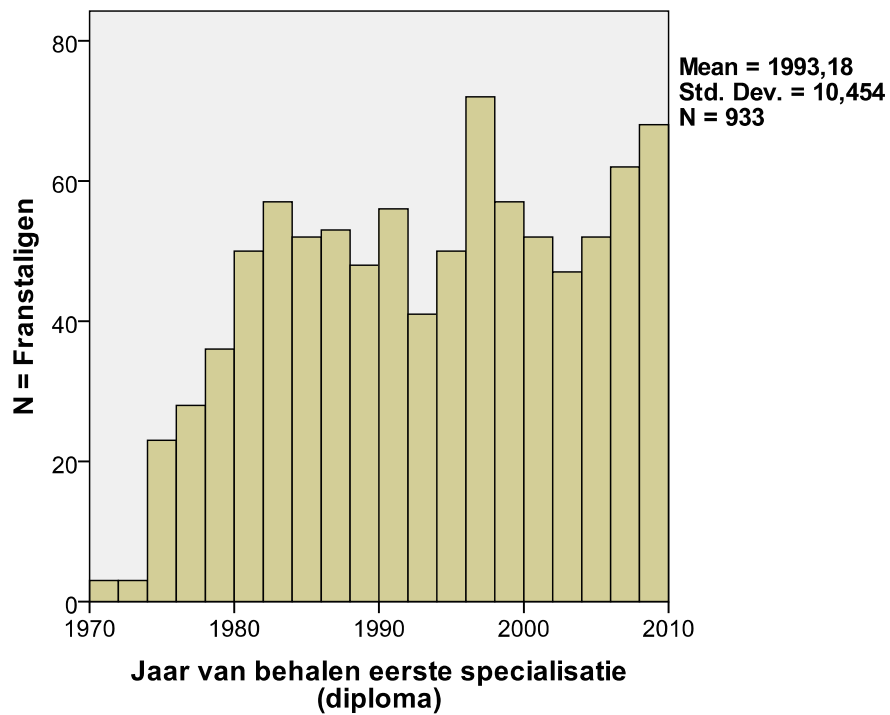
Figuur 9 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Totaal (N=1744)



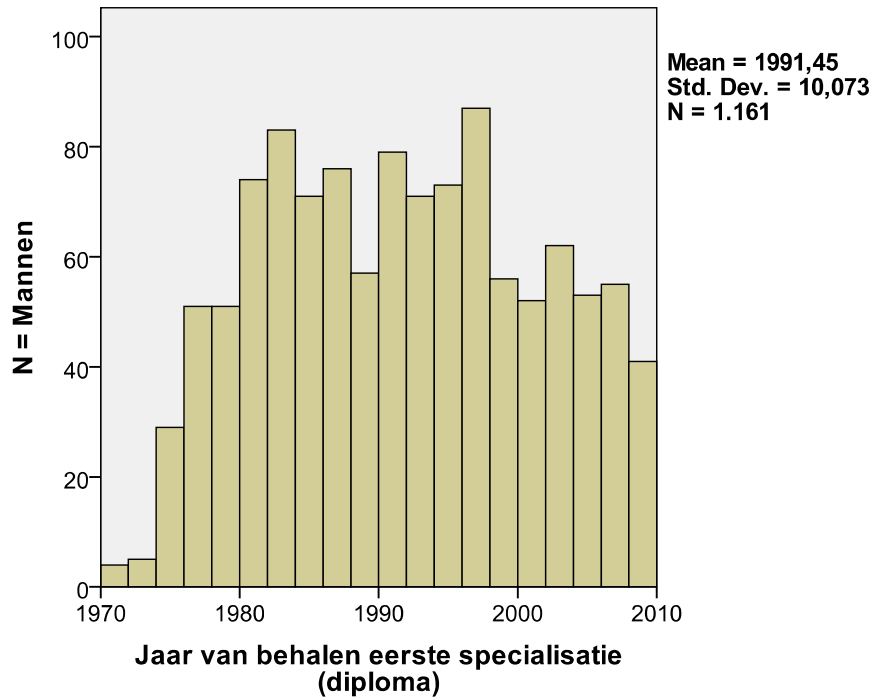
Figuur 10 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Nederlandstaligen (N=811)



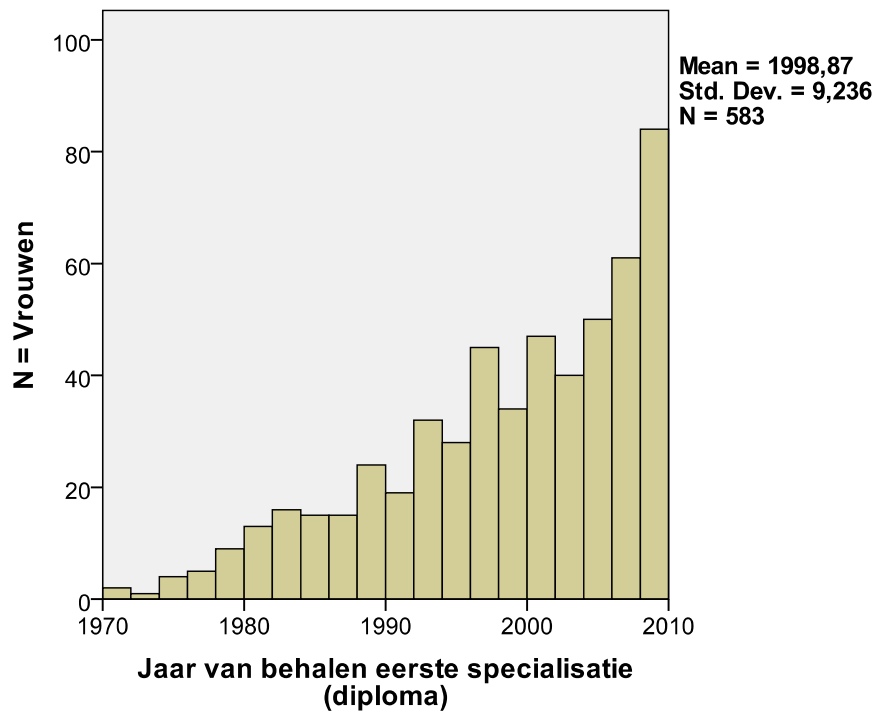
Figuur 11 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Franstaligen (N=933)



Figuur 12 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Mannen (N=1161)



Figuur 13 : Histogram : Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen eerste specialisatie - Vrouwen (N=583)



Uit de verdeling op niveau van het geslacht blijkt dat binnen de groep van de vrouwelijke specialisten de meerderheid haar eerste specialisatiediploma heeft behaald de laatste 10 jaar (55,1%) (periode 2011-2000), in de periode 1989-1980 was dit slechts 14,2%. Bij de mannelijke specialisten zien we daarentegen de laatste decennia een vermindering in het aandeel : in de periode 1999-1990 behaalde nog 31,5% van de mannelijke specialisten hun eerste specialisatie tegenover 24,6% in de periode 2011-2000.

Tabel 17: Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen van de eerste specialisatie – volgens hun geslacht (N=1744)

	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
2011 - 2000	286	24,6%	321	55,1%	607	34,8%
1999 - 1990	366	31,5%	158	27,1%	524	30,0%
1989 - 1980	361	31,1%	83	14,2%	444	25,5%
1979 - 1970	140	12,1%	21	3,6%	161	9,2%
1969 - 1960	8	0,7%	0	0,0%	8	0,5%
Totaal	1153	100,0%	583	100,0%	1744	100,0%

2.5.2 Jaar van behalen bijzondere bekwaamheid

37,2% van de ondervraagde artsen-specialisten heeft een bijzondere bekwaamheid. Meer dan de helft (56,8%) heeft zijn/haar huidige bijzondere bekwaamheid behaald de laatste 10 jaar (in het bijzonder tussen 2000-2011), 32,4% tussen 1990 en 1999, 9,4% in 1980 en 1989 en 1,3% in de periode 1970-1979.

95,4% van de Franstalige specialisten heeft de huidige bijzondere bekwaamheid behaald in hun moedertaal (2,6% in het Nederlands en 2,1% in een andere taal). Binnen de groep van de Nederlandstalige specialisten behaalde 96,0% de huidige bijzondere bekwaamheid in hun moedertaal (2,8% in het Frans en 1,2% in een andere taal). Ook kan genoteerd worden dat 7% van de specialisten die een bijzondere bekwaamheid behaalden, dit heeft gedaan in het buitenland.

Zoals hoger ook het geval was (cfr. behalen van specialisatie), kan vastgesteld worden dat het aandeel vrouwen dat een bijzondere bekwaamheid behaalde substantieel toegenomen is in de tijd en in het bijzonder de laatste 10 jaar. Het aandeel van de vrouwen overtreft in deze periode in grote mate het aandeel van de mannen.

Tabel 18: Verdeling van de artsen-specialisten naar jaar van behalen van de huidige bijzondere bekwaamheid – volgens hun geslacht (N=636)

	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
2011 - 2000	202	47,5%	159	75,4%	361	56,8%
1999 - 1990	164	38,6%	42	19,9%	206	32,4%
1989 - 1980	51	12,0%	9	4,3%	60	9,4%
1979 -1970	7	1,6%	1	0,5%	8	1,3%
1969 - 1960	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
Totaal	425	100,0%	211	100,0%	636	100,0%

2.6 Naar huidige specialisatie

In onderstaande tabel wordt de verdeling weergegeven van de ondervraagden naar hun resp. specialisatie(s) en/of hun bijzondere bekwaamhe(i)d(en).

Tabel 19 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie(s) en/of bijzondere bekwaamhe(i)d(en) – Meerdere antwoorden mogelijk

	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Specialisaties enquêtepopulatie						
Cardiologie	174	21,5%	204	20,2%	378	21,9%
Gastro-enterologie	142	17,5%	75	8,2%	257	14,9%
Inwendige geneeskunde	164	20,2%	200	21,6%	361	20,9%
Medische oncologie	57	7,0%	67	7,2%	133	7,7%
Pneumologie	129	15,9%	123	13,2%	250	14,5%
Reumatologie	66	8,3%	60	6,4%	130	7,5%
Andere specialisaties en/of bekwaamheden						
Endocrino-diabetologie	49	6,0%	75	8,2%	124	7,2%
Beheer gezondheidsgegevens	2	0,2%	1	0,1%	2	0,1%
Hematologie	14	1,7%	15	1,6%	29	1,7%
Klinische hematologie	14	1,7%	26	2,8%	40	2,3%
Urgentiegeneeskunde (specialist)	18	2,2%	36	3,9%	54	3,1%
Nefrologie	73	9,0%	64	7,0%	137	7,9%
Intensieve zorgen	51	6,3%	84	9,1%	135	7,8%
Anderen (zie tabel 20)	61	7,5%	92	10,0%	153	8,8%
Totaal (Aantal respondenten)	810		919		1729	

Tabel 20 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie(s) en/of bijzondere bekwaamhe(i)d(en) (meerdere antwoorden mogelijk) – Anderen⁶

	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Accupunctuur	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Allergologie	3	0,4%	9	0,9%	12	0,7%
Medische verzekeringen	2	0,2%	0	0,0%	2	0,1%
Diabetologie	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Dialyse	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
Dr. in medische wetenschappen	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
Reumatologische echografie	0	0,1%	1	0,1%	1	0,1%
Elektronfysiologie	2	0,2%	1	0,1%	3	0,2%
Medische expertise	1	0,2%	3	0,3%	4	0,3%
Medische genetica	0	0,1%	2	0,1%	2	0,1%
Geriatric	14	1,7%	9	0,9%	23	1,3%
Ziekenhuisbeleid	0	0,0%	2	0,2%	2	0,1%
Hepatologie	1	0,1%	1	0,1%	2	0,1%
Ziekenhuishygiëne	2	0,2%	5	0,5%	7	0,4%
Immunologie	1	0,1%	1	0,1%	2	0,1%
Infectiologie	6	0,7%	29	3,1%	35	2,0%
Slaapgeneeskunde	4	0,4%	1	0,1%	5	0,2%
Arbeidsgeneeskunde	3	0,2%	0	0,0%	3	0,1%
Neuronvasculaire geneeskunde	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
Nucleaire geneeskunde	0	0,1%	2	0,2%	2	0,1%
Pathologie	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Fysische geneeskunde	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
Addictieve geneeskunde	2	0,2%	0	0,0%	2	0,1%
Rampeneeskunde	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
Tropische geneeskunde	2	0,2%	0	0,0%	2	0,1%
Vasculaire geneeskunde	0	0,0%	2	0,2%	2	0,2%
Digestieve oncologie	2	0,2%	3	0,3%	5	0,4%
Pneumo-oncologie	0	0,0%	2	0,2%	2	0,2%
Antibioticabeleid	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Onderzoek	1	0,1%	1	0,1%	2	0,1%
Revalidatie / Reeducation	10	1,1%	10	1,1%	20	1,1%
Ritmologie	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
Palliatieve zorgen	1	0,1%	1	0,1%	2	0,1%
Sonologie	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
Totaal van de respondenten	810		919		1729	

⁶ Aan de respondenten is ook de mogelijkheid geboden om een specialisatie en/of bekwaamheid aan te duiden die niet in de lijst – zoals weergegeven in tabel 19 - is opgenomen. Een aantal van de door de respondenten opgegeven activiteiten behoren noch tot de groep van de erkende specialisaties en/of zijn noch een bijzondere bekwaamheid. Het gaat om werkzaamheden die worden beoefend in het kader van de beroepservaring van de bevroegde specialisten. Deze werkzaamheden zijn in de tabel opgenomen zoals ze werden neergeschreven in de enquête door de respondenten.

Het is hier belangrijk te vermelden dat – voor wat tabel 19 en tabel 20 betreft - de respondenten meerdere antwoorden konden geven. De percentages worden hierdoor niet berekend op het aantal gegeven antwoorden maar op het totaal aantal respondenten die deze vraag (vraag 6) hebben beantwoord (zijnde N=1.729). Nemen we bij wijze van voorbeeld de cardiologen die de grootste groep uitmaken (N=378). Beschouwen we de percentages, dan kan gesteld worden dat 21,9% van de ondervraagde respondenten zichzelf benoemen (beschouwen) als cardiologen zonder uit te sluiten dat zij ook nog andere specialisatie(s) of bekwaamheden hebben aangeduid. Daar tegenover is het best mogelijk dat er een aantal respondenten zijn die opleiding cardiologie hebben doorlopen maar zichzelf niet beschouwen als cardioloog. In dit geval kan het zijn dat zij niet “cardiologie” hebben aangeduid maar eerder een of meerdere andere specialisaties of bekwaamheden waarmee zich eerder identificeren.

Dit bemoeilijkt uiteraard zeer erg een “correcte” verdeling te maken van de respondenten naar hun specialisatie en/of bekwaamheden. Om deze reden is er beslist de respondenten te beschouwen die één enkele specialisatie aangeduid hebben binnen de lijst van de 6 specialisatiegroepen die onze populatie uitmaken. De overigen zijn gehegroepeerd in de categorie “anderen”. Deze laatste categorie bevat ook de respondenten die geen enkele van de 6 hoofdspecialisaties hebben aangeduid en ook zij die meer dan één van deze 6 specialisaties hebben vermeld.

In tabel 21 – aangepaste versie van tabel 19 – geeft de verdeling van de artsen-specialisten zoals hierboven is uitgelegd. Het is op basis van deze verdeling zoals weergegeven in tabel 21 dat de bivariate analyses van specialisaties naar de socio-demografische variabelen of nog van specialisaties naar het gemiddeld aantal gepresteerde uren per week zijn uitgevoerd. In deze tabel wordt tevens voor elke specialisatie de foutenmarge (of maximale afwijking) opgenomen. Zoals reeds gesteld, is de nauwkeurigheid van de resultaten is afhankelijk van de steekproefgrootte. Hoe groter de steekproef, hoe nauwkeuriger het resultaat. De nauwkeurigheid wordt als volgt gemeten : de werkelijke waarde in de populatie heeft een kans van x% om zich te bevinden in een interval van + / - Y% rond de waarde van de steekproef (waar x overeenkomst met het betrouwbaarheidsniveau (hier 95%) en Y met de maximale afwijking, ook betrouwbaarheidsinterval genoemd.

Dus met een celgrootte van N=364 voor wat de cardiologen betreft (en bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%) is de maximale afwijking (of foutenmarge) hier 5,1%, hetgeen betekent dat de antwoorden van deze groep zich situeren in een betrouwbaarheidsinterval van -5,1% en +5,1% (bv. indien 30% van de cardiologen antwoordt zeer tevreden te zijn, dient hier rekening gehouden te worden dat dit antwoord zich in realiteit kan situeren tussen de 24,9% (-5,1%) en 35,1% (+5,1%).

Tabel 21 : Verdeling van de artsen-specialisten naar hun specialisatie en/of bijzondere bekwaamheid en taalrol – Unieke keuze

Specialisaties enquêtepopulatie	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal		Fouten- marge
	N	%	N	%	N	%	
Cardiologie	171	21,1%	193	21,0%	364	21,1%	5,1%
Gastro-enterologie	136	16,8%	125	13,6%	261	15,1%	6,0%
Inwendige geneeskunde	128	15,8%	159	17,3%	287	16,6%	5,7%
Medische oncologie	45	5,6%	59	6,4%	104	6,0%	9,6%
Pneumologie	115	14,2%	101	11,0%	216	12,5%	6,6%
Reumatologie	65	8,0%	59	6,4%	124	7,2%	8,8%
Anderen	150	18,5%	223	24,3%	373	21,6%	5,0%
Totaal van respondenten	810		919		1729		

In onderstaande tabellen wordt nader ingegaan op de specialisatie-aanduidingen van de respondenten.

Tabel 22 : Verdeling van de artsen-specialisten naar het aantal aangeduide specialisaties van de enquêtepopulatie (*) en hun taalrol

	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Aantal artsen-specialisten die één enkele specialisatie van de enquêtepopulatie heeft aangeduid	647	79,9%	673	73,2%	1320	76,3%
Aantal artsen-specialisten die meer dan één specialisatie van de enquêtepopulatie heeft aangeduid	41	5,0%	52	5,6%	93	5,4%
Aantal artsen-specialisten die géén enkele specialisatie van de enquêtepopulatie heeft aangeduid	122	15,1%	194	21,21%	316	18,3%
Totaal	810	46,9%	919	53,1%	1729	100%

(*) Onder specialisaties van de enquêtepopulatie ressorteren de 6 specialisaties die opgenomen zijn in het FOD-databestand en de populatie van de bevraging uitmaken, te weten : cardiologie, gastro-enterologie, inwendige geneeskunde, medische oncologie, pneumologie, reumatologie.

Tabel 23 : Verdeling van de artsen-specialisten naar het aantal aangeduide « andere » specialisaties (*) en hun taalrol – enkel voor zij die géén enkele specialisatie van de enquêtepopulatie hebben aangekruist

Aantal artsen-specialisten die géén enkele specialisatie van de enquêtepopulatie heeft aangeduid	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Aantal artsen-specialisten die één enkele « andere » specialisatie heeft aangeduid	115	94,3%	185	95,4%	300	94,9%
Aantal artsen-specialisten die meerdere « andere » specialisaties heeft aangeduid	7	5,7%	9	4,6%	16	5,1%
Totaal	122	38,6%	194	61,4%	316	100%

(*) Onder « andere » specialisaties ressorteren alle specialisaties die niet behoren tot de populatie van de bevraging, zoals daar zijn : beheer van gezondheidsgegevens, hematologie, klinische hematologie, urgentiegeneeskunde, nefrologie, intensieve zorgen en anderen.

Tabel 24 : Verdeling van de artsen-specialisten naar het aantal aangeduide « andere » specialisaties (*) en hun taalrol – enkel voor zij die één enkele specialisatie van de enquêtepopulatie hebben aangekruist

Aantal artsen-specialisten die één specialisatie van de enquêtepopulatie heeft aangekruist	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Aantal artsen-specialisten die geen enkele « andere » specialisatie heeft aangeduid	517	79,9%	507	75,3%	1024	77,6%
Aantal artsen-specialisten die één enkele « andere » specialisatie heeft aangeduid	119	18,4%	155	23,0%	274	20,8%
Aantal artsen-specialisten die meerdere « andere » specialisaties heeft aangeduid	11	1,7%	11	1,6%	22	1,7%
Totaal	647	40,0%	673	60,0%	1320	100%

3. Analyse beroepsactiviteiten artsen-specialisten

3.1 Overzicht

Uit onderstaande tabel en figuren blijkt dat 95,3% van de respondenten (N=1688) momenteel werkzaam is als arts-specialist in de curatieve geneeskunde : 92,8% uitsluitend in België, 1,5% in België én het buitenland en 1% is uitsluitend beroepsactief als specialist in het buitenland.

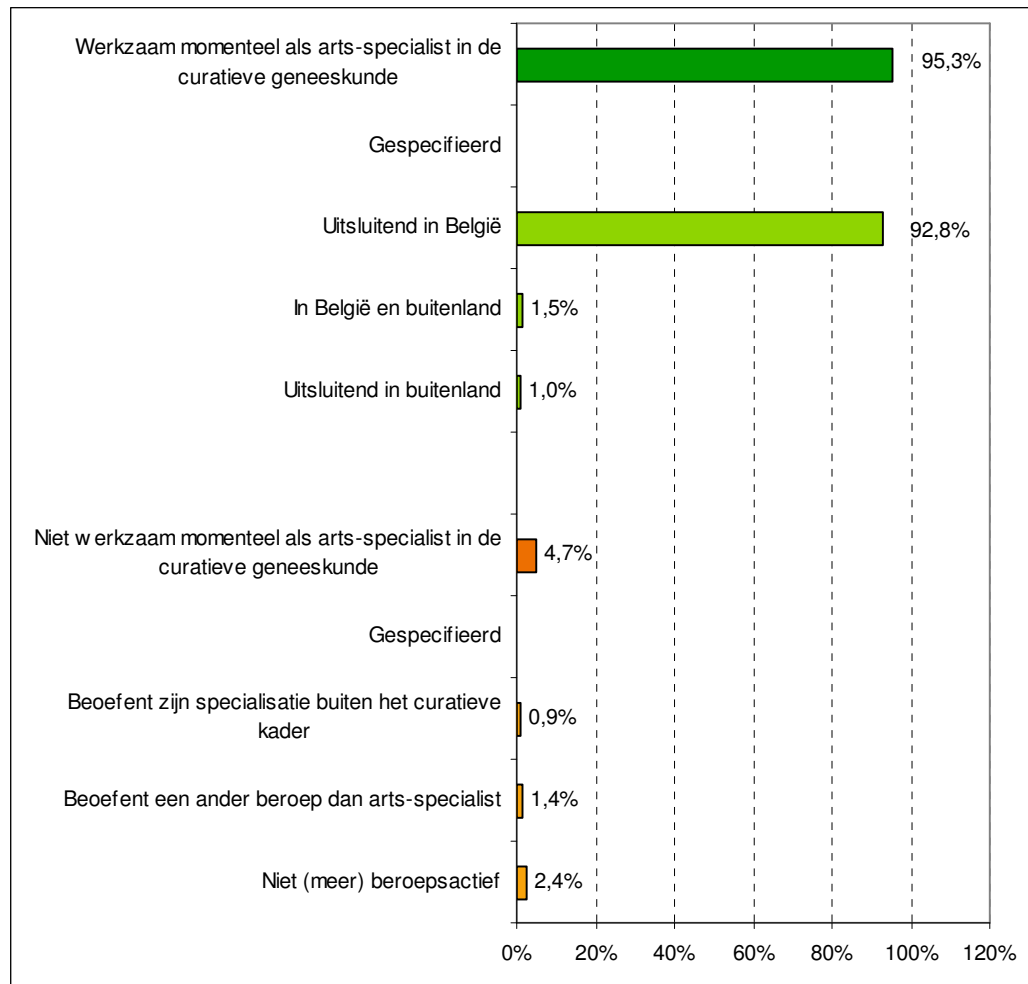
Tabel 25 : Overzicht van de beroepssituatie van de artsen-specialisten (N=1771)

<i>Werkzaam als arts-specialist in de curatieve geneeskunde :</i>	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Uitsluitend in België						
▪ Uitsluitend BINNEN het kader RIZIV	737	89,8%	855	90,0%	1592	89,9%
▪ Binnen EN buiten het kader RIZIV	19	2,3%	19	2,0%	38	2,1%
▪ Uitsluitend BUITEN het kader RIZIV	6	0,7%	9	0,9%	15	0,8%
In België én buitenland – binnen en buiten het kader RIZIV (in België)	11	1,3%	15	1,6%	26	1,5%
Uitsluitend in het buitenland	9	1,1%	8	0,8%	17	1,0%
Subtotaal	782	95,2%	906	95,4%	1688	95,3%
<i>Niet werkzaam als arts-specialist in de curatieve geneeskunde :</i>						
Niet (meer) beroepsactief	19	2,3%	24	2,5%	43	2,4%
Beoefenen van specialisatie BUITEN het curatieve kader	8	1,0%	8	0,8%	16	0,9%
Beoefenen van een ander beroep dan arts-specialist	12	1,5%	12	1,3%	24	1,4%
Subtotaal	39	4,8%	44	4,6%	83	4,7%
Totaal	821	100%	950	100%	1771	100%

95,3% van alle respondenten (N=1688) is werkzaam als arts-specialist in de curatieve geneeskunde waarvan 89,9% uitsluitend binnen het kader van het RIZIV, 0,8% enkel en alleen buiten het RIZIV-kader en 2,1% tenslotte beoefent zijn/haar specialisatie binnen én buiten het kader van het RIZIV – allen uitsluitend in België (92,8%). 1,5% van de artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde werkt in België én het buitenland (zowel binnen als buiten het RIZIV-kader) en 1% is uitsluitend beroepsactief als specialist in het buitenland.

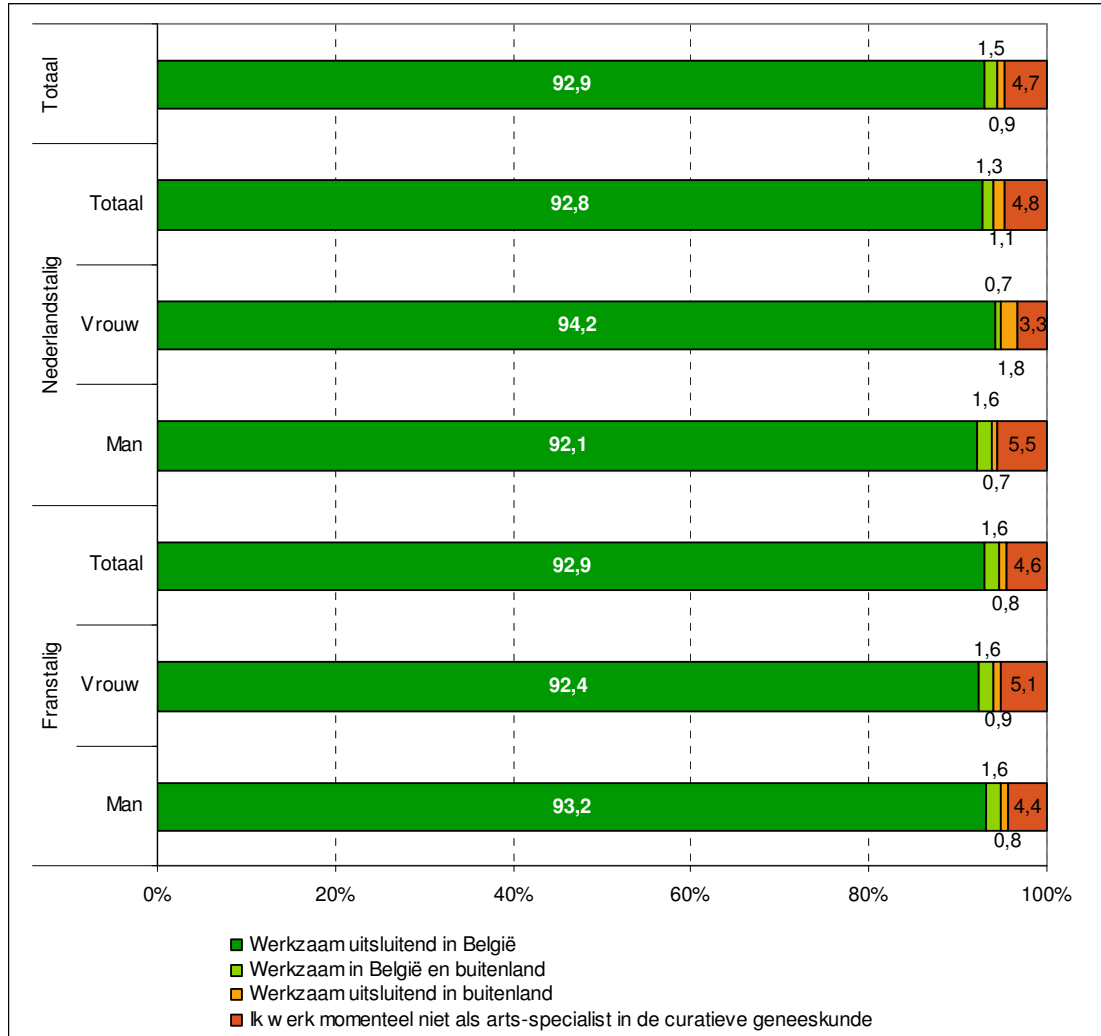
4,7 van de respondenten (N=83) werkt thans niet als arts-specialist in de curatieve geneeskunde : 2,4% oefent thans geen of niet langer meer een professionele activiteit uit, 1,4% heeft momenteel een ander beroep dan arts-specialist en 0,9% beoefent zijn/haar specialisatie buiten het curatieve kader.

Figuur 14 : Overzicht van de beroepssituatie van de artsen-specialisten (N=1771)



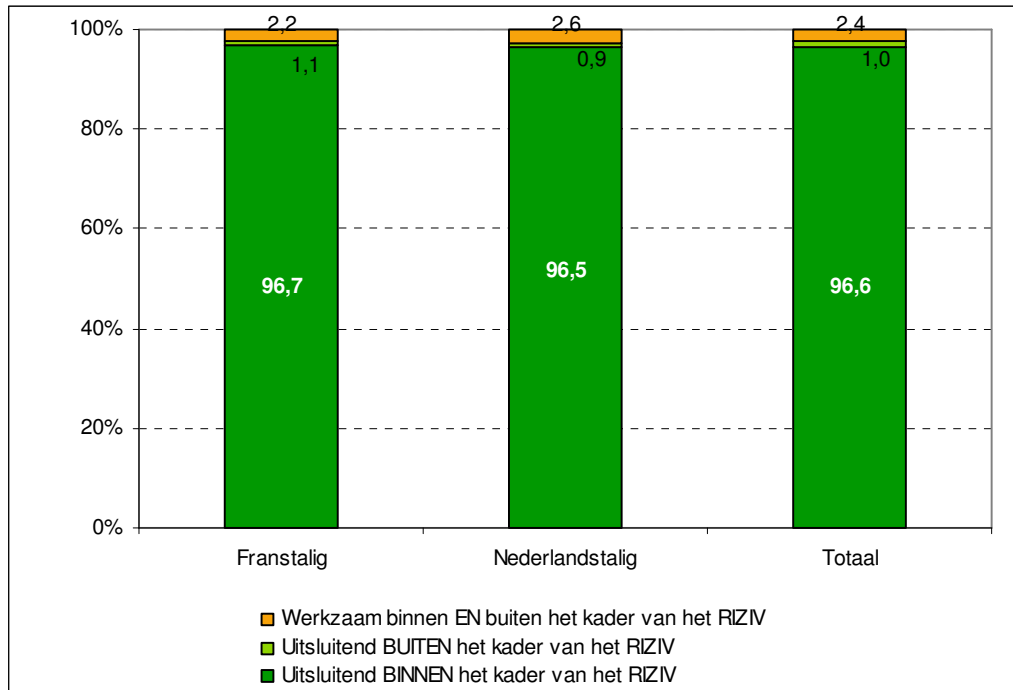
Volgende figuur toont aan dat er proportioneel weinig verschillen zijn voor de diverse beroepssituaties van de ondervraagde artsen-specialisten tussen de Franstaligen en Nederlandstaligen en naar hun geslacht.

Figuur 15 : Beroepssituatie van de artsen-specialisten naar hun taalrol en geslacht (N=1771)



Bij beschouwing van de verdeling van de respondenten naar al dan niet werkzaam binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering (met terugbetaling van RIZIV) volgens hun taalrol – figuur 16 -, zien we dat hier eveneens geen noemenswaardige verschillen voor wat de 3 situaties betreffen : uitsluitend binnen het RIZIV, uitsluitend buiten het RIZIV, binnen en buiten het RIZIV.

Figuur 16 : Verdeling van de artsen-specialisten volgens werkzaamheid uitsluitend binnen het kader van het RIZIV, uitsluitend buiten het kader van het RIZIV of zowel binnen als buiten het kader van RIZIV – naar taalrol (N=1676)



3.2 Tewerkstellingssectoren van zij die niet als arts-specialist in curatieve geneeskunde werken

Van zij die thans niet werkzaam zijn als arts-specialist in de curatieve geneeskunde (N=83) is bijna de helft (N=43) niet (meer) beroepsactief. Het respectievelijke aantal binnen de groep van de Nederlandstaligen is hier iets lager dan bij de Franstaligen (resp. N =19 tegenover N=24). Verder zien we dat 24 respondenten een ander beroep uitoefenen dan arts-specialist en 16 artsen-specialisten beoefenen hun specialisatie buiten het curatieve kader.

Aan de respondenten van deze laatste twee categorieën (N=40) werd vervolgens de vraag gesteld in welke sector zij thans werkzaam zijn : o.m. 13 respondenten zijn werkzaam in de gezondheids- of medische sector, 10 doen onderzoek, 5 werken in de commerciële sector, 2 in de administratie, 2 in de verzekeringssector, 1 respondent geeft les en tenslotte werken 7 specialisten in nog andere sectoren zoals genetica of het beleid.

3.3 Aantal uren per week gepresteerd door artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde - zowel binnen als buiten RIZIV-kader

3.3.1 Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week⁷

Een arts-specialist in de curatieve geneeskunde werkt per week gemiddeld 49,6 uren (minimum 2 uren / maximum 120 uren)⁸.

Zij die uitsluitend beroepsactief zijn binnen het kader van het RIZIV presteren gemiddelde 49,6 uren per week. De specialisten die enkel en alleen beroepsactiviteiten verrichten buiten het kader van het RIZIV werken gemiddeld 46,9 uren per week. Zij die zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV werkzaam zijn als specialist in België presteren gemiddeld per week 46,6 uren.

Tabel 26 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week door de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV

	Gemiddeld	N	Min	Max	Mediaan	St. Afw.
Beoefening specialisatie uitsluitend BINNEN kader RIZIV	49,6	1614	2	120	50	13,0
Beoefening specialisatie binnen EN buiten kader RIZIV	46,9	17	14	70	60	21,0
Beoefening specialisatie uitsluitend BUITEN kader RIZIV	46,6	40	15	70	46	11,0
Totaal	49,6	1671	2	120	50	14,0

St. Afw. = Standaardafwijking

⁷ Inbegrepen : de beoefening van de specialisatie(s) binnen het curatieve kader, de administratie betreffende het kabinet/praktijk, logistiek, instrumentenzorg, overleg met collega's, nascholing, de verplaatsingen (uitgez. de woon-werkverplaatsingen).

Niet-inbegrepen : de wachtdiensten en onderzoeksactiviteiten en onderwijs.

⁸ Enkele respondenten hebben aangegeven 90 tot 120 uren per week te werken. Een meer doorgedreven analyse van hun antwoorden geeft aan dat een groot deel van deze uren worden besteed aan administratie. Derhalve worden deze cijfers mee opgenomen in de berekening van het wekelijks gemiddeld aantal uren, hierbij aan toevoegend dat de resp. cijfers met enige voorzichtigheid moeten worden gehanteerd.

Beschouwd naar taalrol, zien we dat de Nederlandstalige artsen-specialisten gemiddeld meer uren per week presteren dan hun Franstalige collega's (zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV). Naar geslacht stellen we vast dat de vrouwelijke specialisten gemiddeld minder uren per week presteren dan hun mannelijke collega's (zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV).

Tabel 27 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week van de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde (zowel binnen als buiten RIZIV) - naar geslacht en taalrol

	Nederlandstaligen		Franstaligen		Totaal	
	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N
Uitsluitend BINNEN RIZIV	52,5	746	47,2	868	49,6	1614
▪ Mannen	54,2	491	49,4	582	51,6	1073
▪ Vrouwen	49,3	255	42,7	286	45,8	541
Uitsluitend BUITEN RIZIV	63,3	7	32,9	10	46,9	17
▪ Mannen	62,5	5	41,5	6	52,0	11
▪ Vrouwen	65,0	2	21,3	4	38,8	6
Binnen EN buiten het RIZIV	52,6	20	42,7	20	46,6	40
▪ Mannen	51,4	16	45,7	14	48,8	30
▪ Vrouwen	47,0	4	35,7	6	40,2	10
Totaal	52,6	773	47,1	898	49,6	1671

Uit de verdeling naar leeftijd blijkt dat gemiddeld het meeste uren per week worden gepresteerd door de leeftijdscategorie 50-59-jarigen (51,6 uren), gevolgd door de 40-49-jarigen (50,6 uren) en de 30-39-jarigen (50,0 uren). De artsen-specialisten van 60 jaar en ouder werken gemiddeld 42,0 uren per week.

Voor zij die uitsluitend binnen het kader van het RIZIV werkzaam zijn, noteren we het hoogste gemiddeld aantal gepresteerde uren eveneens bij de 50-59-jarigen (51,5 uren). Ook hier werken de 60+-jarigen in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën gemiddeld het minst aantal uren per week (42,0).

Binnen de groep van de artsen-specialisten die zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV beroepsactief zijn, wordt er gemiddeld het meeste uren gepresteerd door wederom de 50-59-jarige specialisten (51,8 uren). Hier kan ook genoteerd worden dat er geen enkele respondent van 60 jaar en ouder is die uitsluitend buiten het kader van het RIZIV beroepsactief zijn.

Deze aantallen worden weergegeven in bijgevoegde tabellen 28 en 29 waarin een overzicht gegeven wordt van zowel het gemiddeld als het mediaan aantal gepresteerde uren per week binnen elk onderscheiden curatief kader en voor elke leeftijdscategorie.

Tabel 28 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week van de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde (zowel binnen als buiten RIZIV) - naar leeftijd

	30-39 jaar		40-49 jaar		50-59 jaar		60 jaar et >		Totaal	
	Gemid.	N	Gemid.	N	Gemid.	N	Gemid.	N	Gemid.	N
Uitsluitend BINNEN RIZIV	50,0	399	50,8	504	51,5	465	42,0	219	49,6	1587
Uitsluitend BUITEN RIZIV	47,1	9	38,0	3	55,0	5	-	0	46,9	17
Binnen EN buiten RIZIV	51,0	9	44,6	13	51,8	10	38,5	8	46,6	40
Totaal	50,1	417	50,6	520	51,6	480	42,0	227	49,6	1644

Tabel 29 : Mediaan aantal gepresteerde uren / week van de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde (zowel binnen als buiten RIZIV) - naar leeftijd

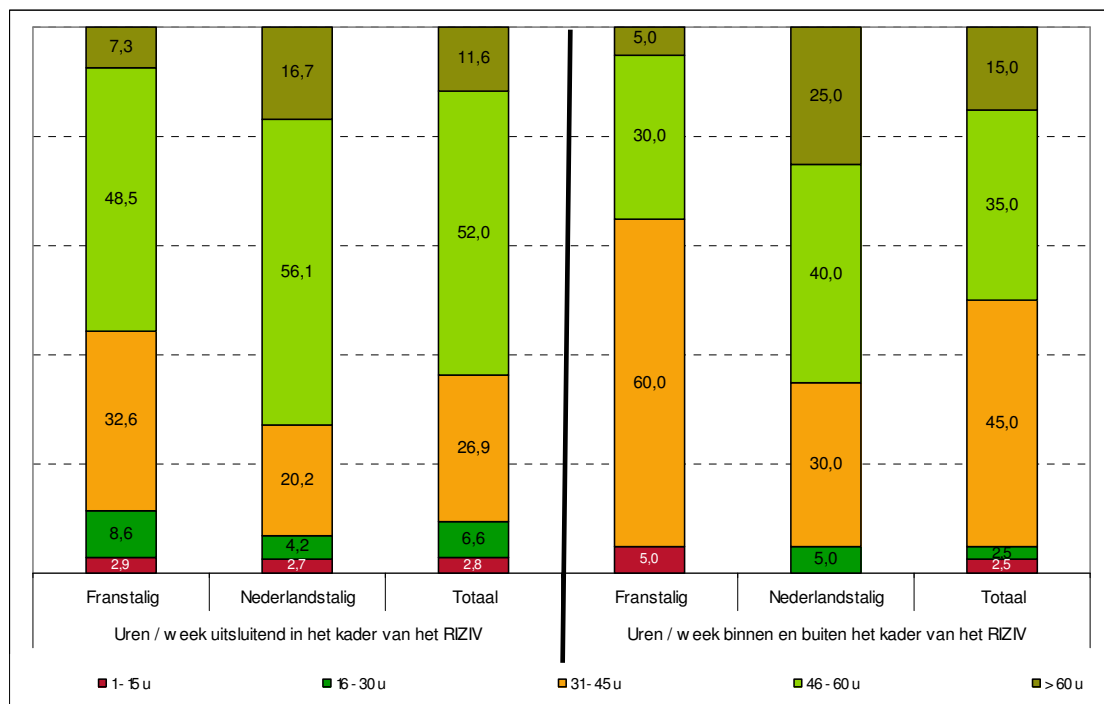
	30-39 jaar		40-49 jaar		50-59 jaar		60 jaar et >		Totaal	
	Med.	N	Med.	N	Med.	N	Med.	N	Med.	N
Uitsluitend BINNEN RIZIV	50	399	50	504	50	465	45	219	50	1587
Uitsluitend BUITEN RIZIV	60	9	38	3	55	5	-	0	60	17
Binnen EN buiten RIZIV	52	9	44	13	46	10	44	8	46	40
Totaal	50	417	50	520	50	480	45	227	50	1644

3.3.2 Effectief aantal gepresteerde uren per week

Beschouwd naar het effectief aantal gepresteerde uren per week – gegroepeerd in categorieën⁹ - kan vastgesteld worden dat 63,6% van de specialisten die uitsluitend binnen het kader van het RIZIV werken, meer dan 45 uren per week presteert (52% tussen de 46 en 60 uren per week en 11,6% meer dan 60 uren per week). 26,9% van de respondenten werkt tussen de 31 en 45 uren per week, 6,6% tussen de 16 en 30 uren en tenslotte 2,8% minder dan 15 uren. De artsen-specialisten die werkzaam zijn zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV werken proportioneel minder aantal uren : 50% werkt meer dan 45 uren per week en 2,5% werkt tussen de 1 en 15 uren per week. De verdeling naar taalrol geeft aan dat de Nederlandstalige specialisten proportioneel meer vertegenwoordigd zijn dan de Franstaligen in de categorie van +45 gepresteerde uren per week.

Van de 13 specialisten die uitsluitend buiten het kader van het RIZIV werken, presteren 5 hiervan meer dan 45 uren per week, 4 werken tussen de 31 en 45 uren per week, 3 tussen 16 en 30 uren per week en 1 respondent geeft aan minder dan 15 uren per week te werken .

Figuur 17 : Effectief aantal gepresteerde uren per week van artsen-specialisten uitsluitend werkzaam binnen het kader van RIZIV (N=1597) tegenover zij die actief zijn binnen EN buiten het kader van RIZIV (N=39) - naar taalrol (*)

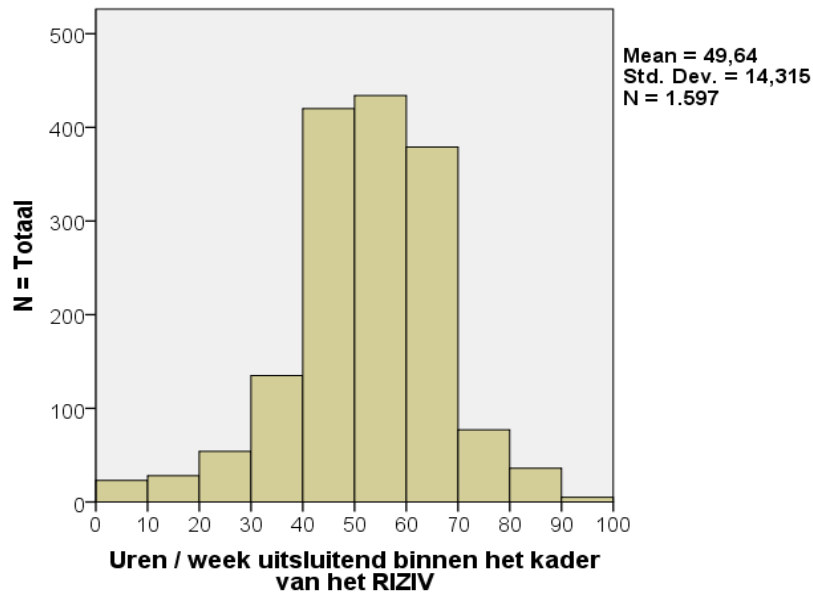


(*) de verdeling van specialisten naar uitsluitend actief BUITEN het kader van het RIZIV wordt hier niet opgenomen omwille van de kleine aantallen (totaal N=13)

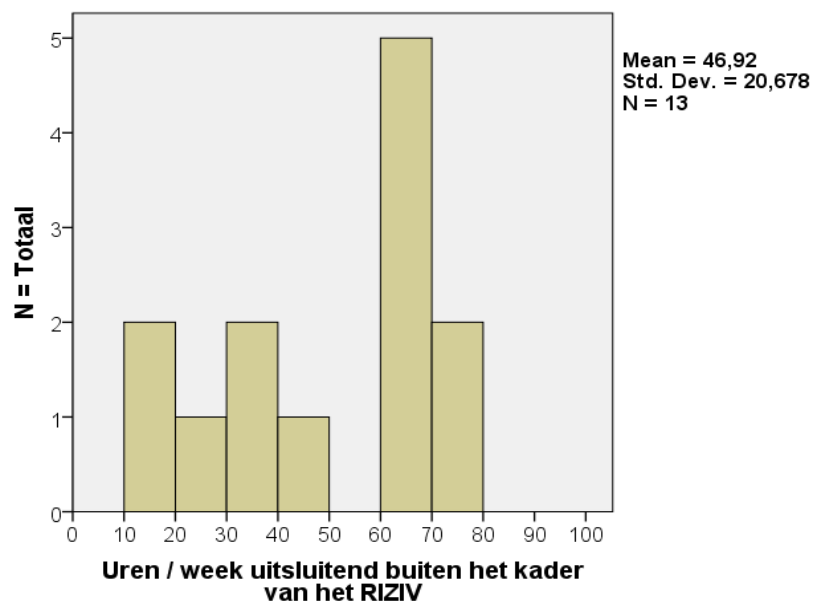
⁹ Voor de beschrijving van de resultaten en leesbaarheid werden de gewerkte uren van de respondenten gegroepeerd in volgende categorieën : 1-15u, 16-30u, 31-45u en 46-60u.

In wat volgt, wordt het effectieve aantal gepresteerde uren per week weergegeven a.d.h.v. histogrammen en dit o.b.v. een verdeling naar geslacht, taalrol, leeftijd alsook naar het kader waarin men werkzaam is. Gezien het aantal artsen-specialisten die uitsluitend BUITEN het kader van het RIZIV werkzaam zijn, gering is (N=13), wordt in wat volgt enkel een histogram voor het totaal gegeven maar niet naar de subcategorieën taal, geslacht en leeftijd.

Figuur 18 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV - Totaal (N=1597)

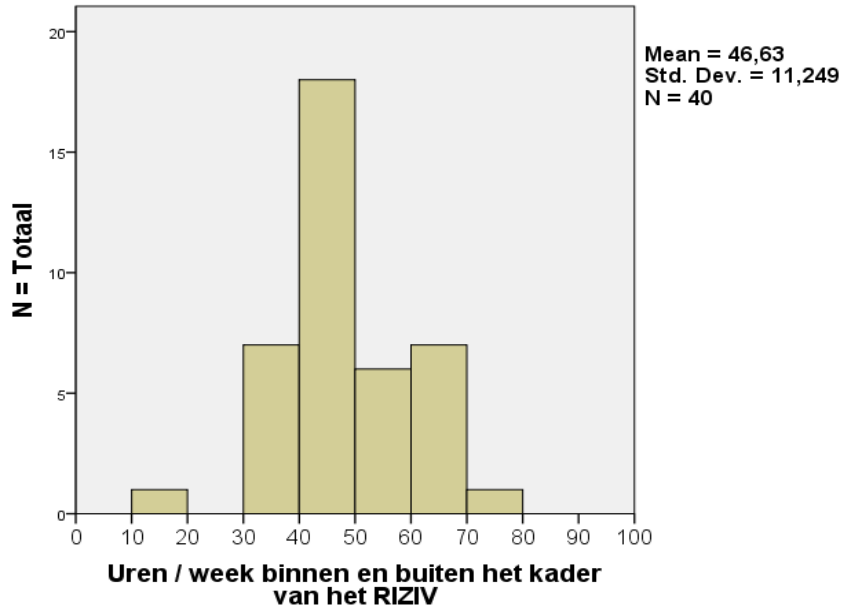


Figuur 19 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BUITEN het kader van RIZIV) – Totaal (N=13) (*)



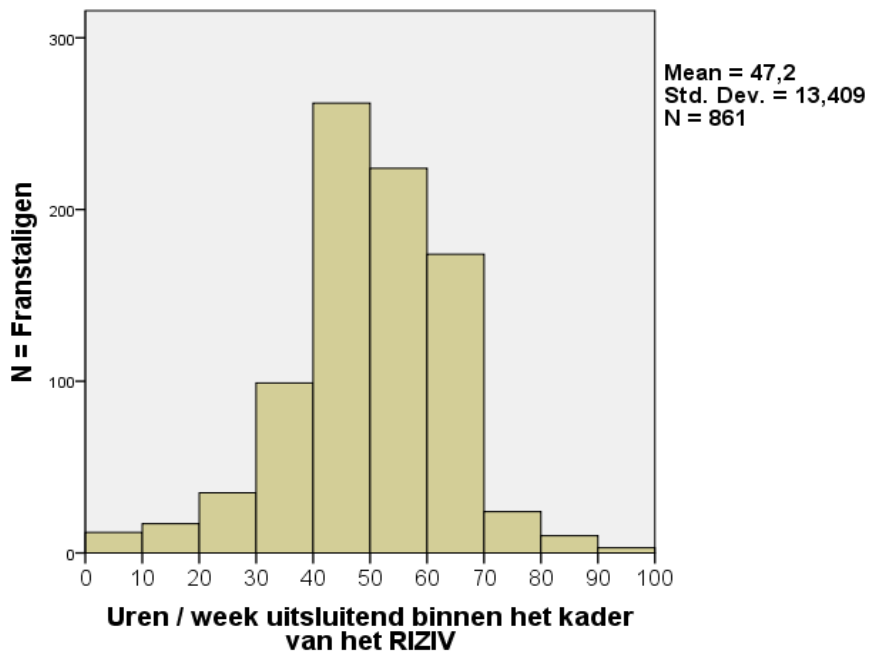
(*) Wij noteren hier dat geen enkele respondent aangegeven heeft tussen de 50 en 60 uren te presteren per week.

Figuur 20 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week zowel binnen als buiten het kader van RIZIV – Totaal (N=40) (*)

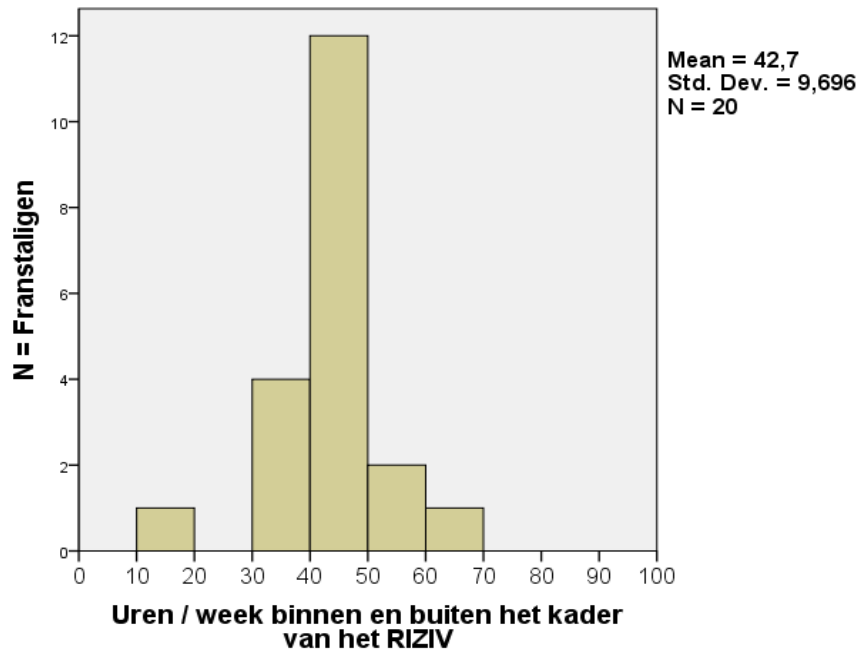


(*) Wij noteren hier dat geen enkele respondent aangegeven heeft tussen de 20 en 30 uren te presteren per week.

Figuur 21 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – Franstaligen (N=861)

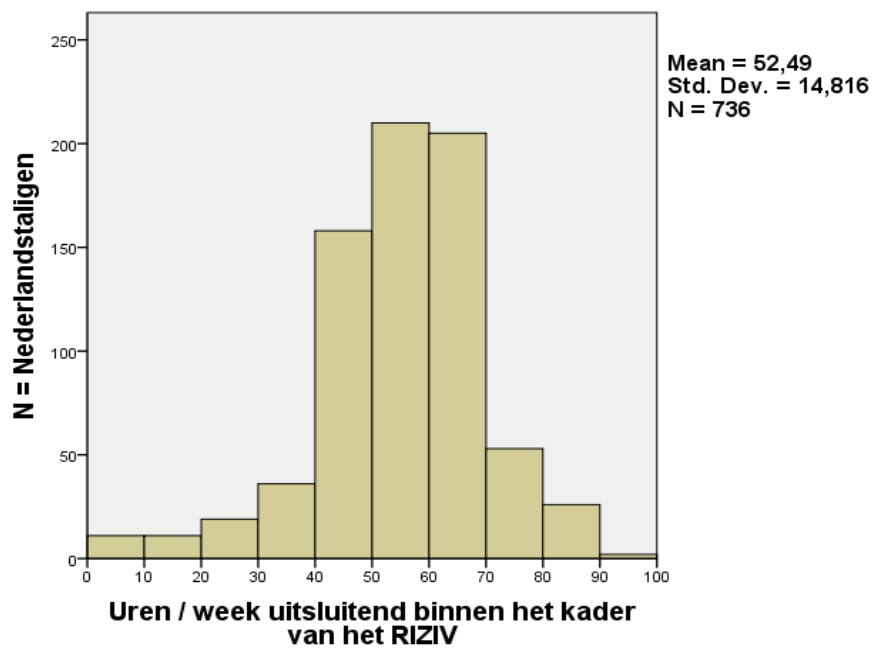


Figuur 22 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen EN buiten het kader van RIZIV – Franstaligen (N=20) (*)

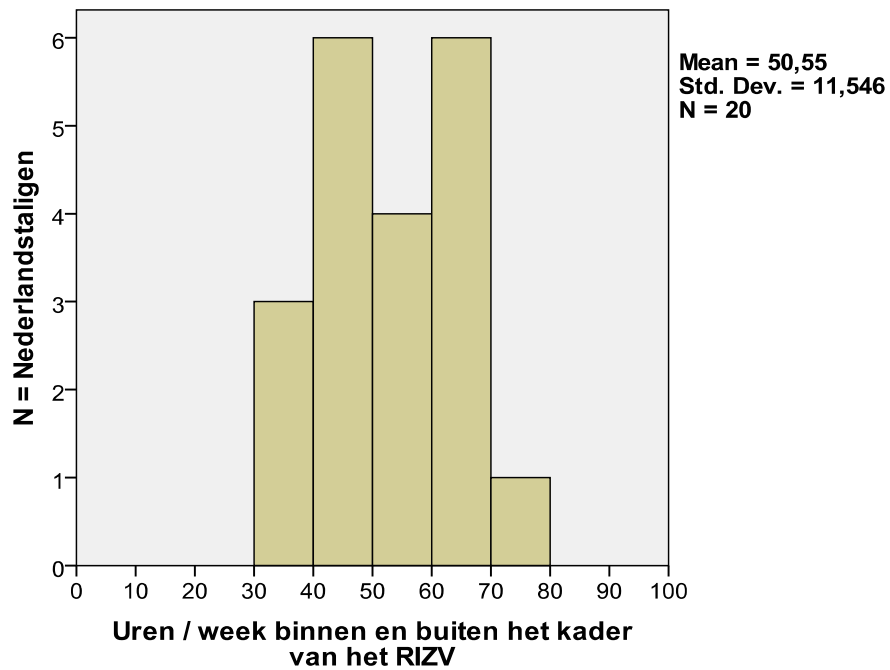


(*) Wij noteren hier dat geen enkele respondent aangegeven heeft tussen de 20 en 30 uren te presteren per week.

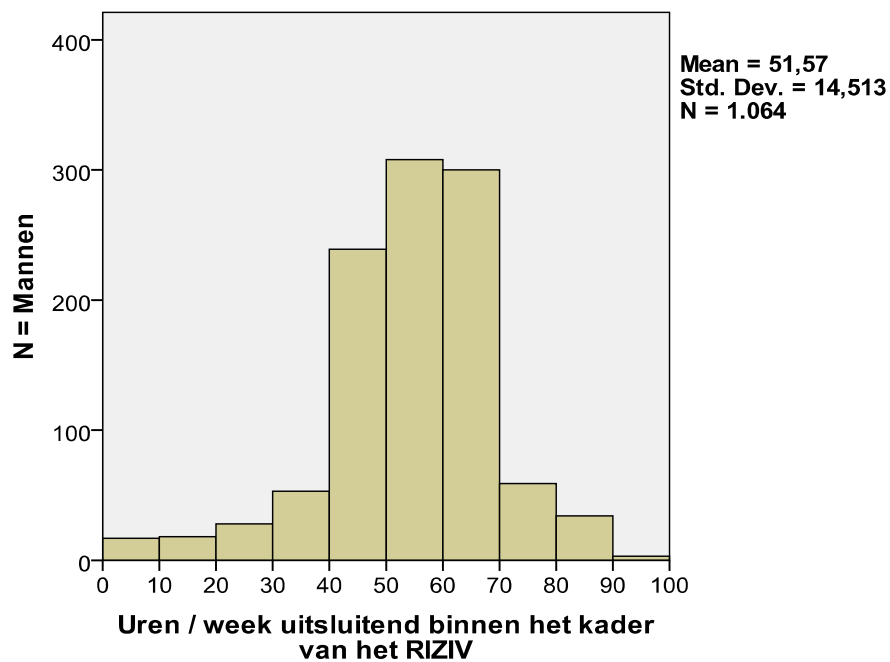
Figuur 23 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – Nederlandstaligen (N=736)



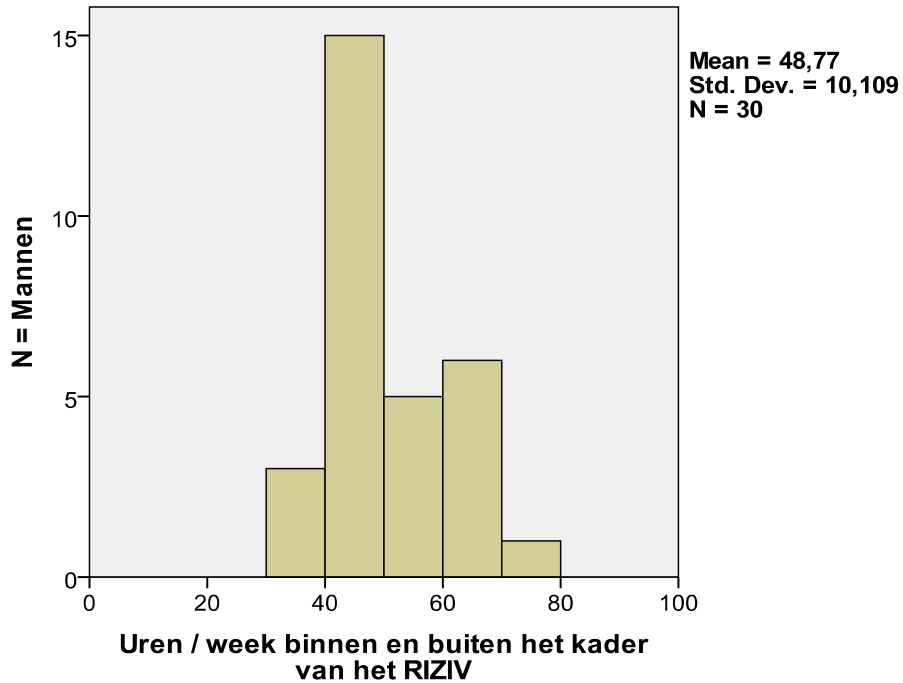
Figuur 24 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen EN buiten het kader van RIZIV – Nederlandstaligen (N=20)



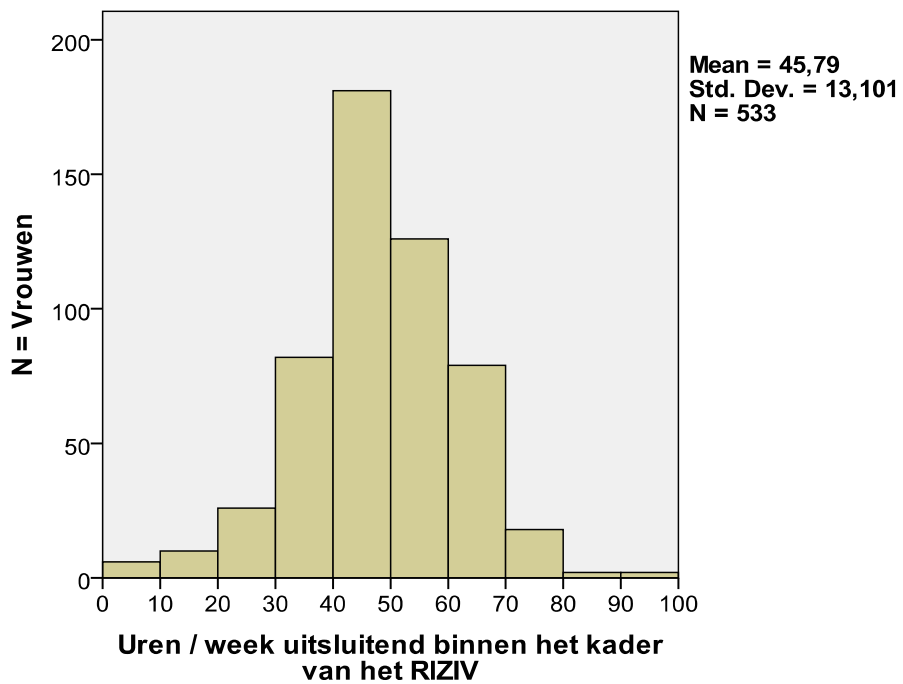
Figuur 25 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – Mannen (N=1064)



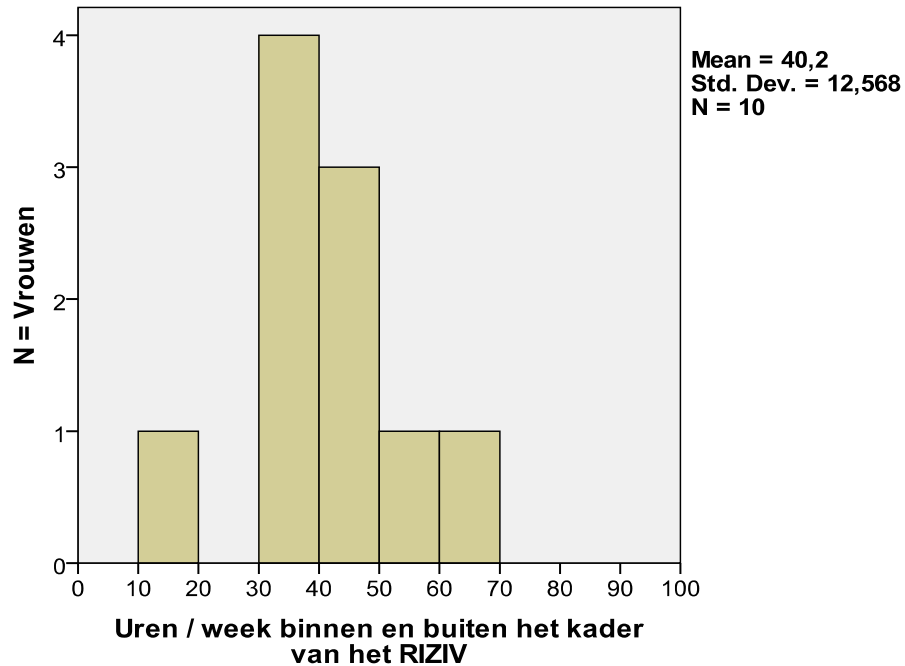
Figuur 26 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen EN buiten het kader van RIZIV – Mannen (N=30)



Figuur 27 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – Vrouwen (N=533)

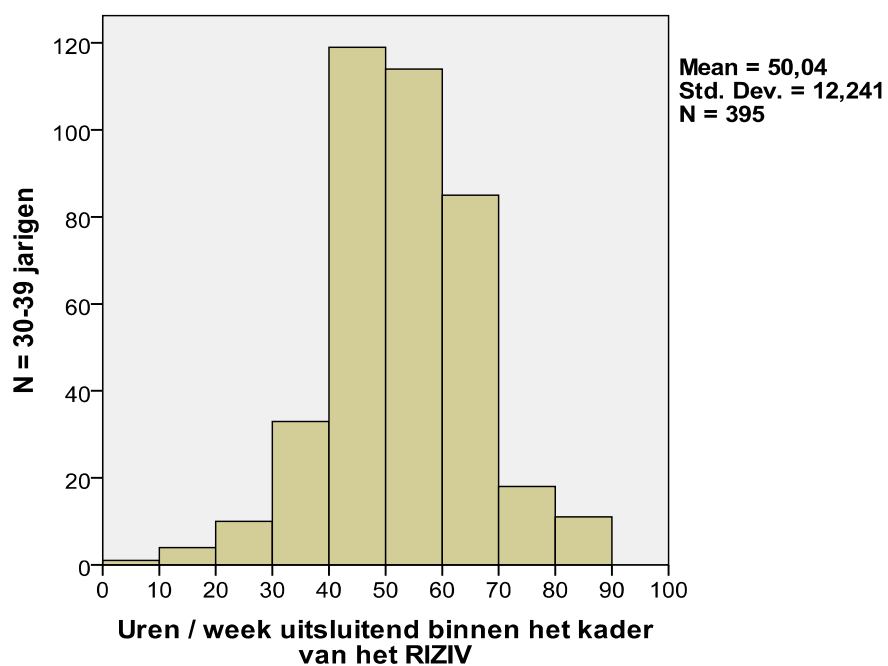


Figuur 28 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen EN buiten het kader van RIZIV – Vrouwen (N=10) (*)

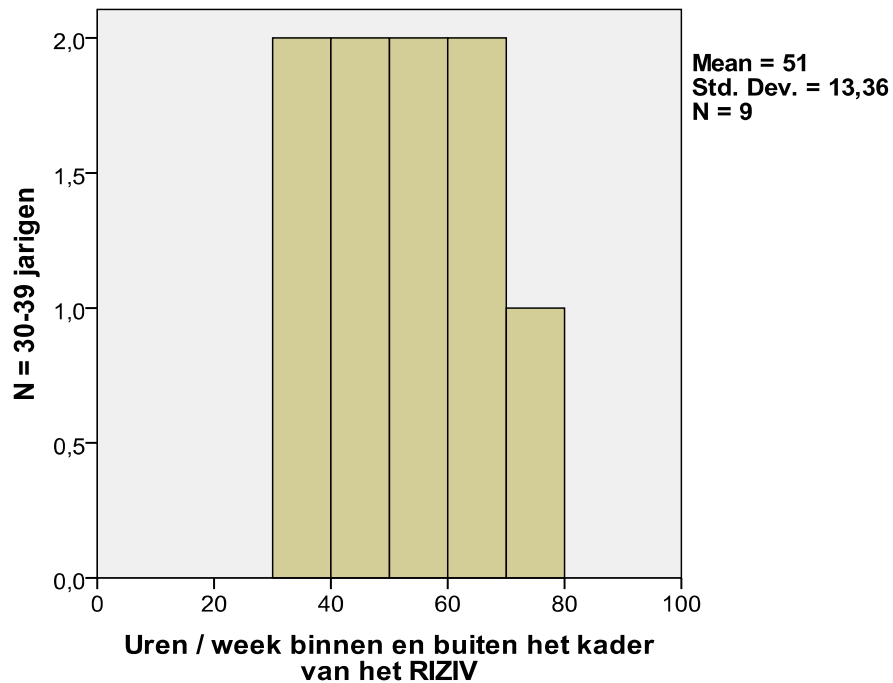


(*) Wij noteren hier dat geen enkele respondent aangegeven heeft tussen de 20 en 30 uren te presteren per week.

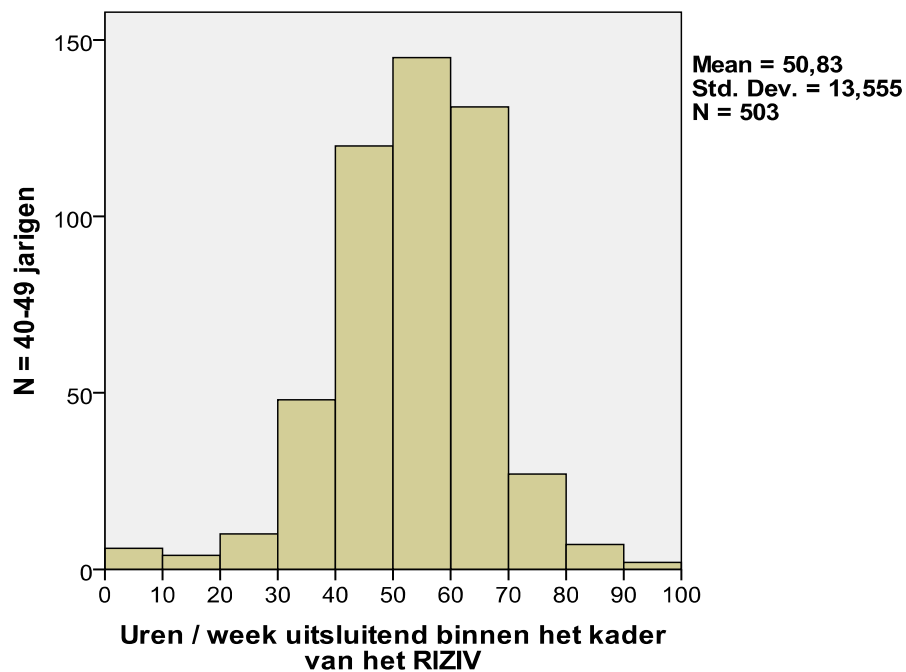
Figuur 29 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week uitsluitend BINNEN het kader van RIZIV – 30-39-jarigen (N=395)



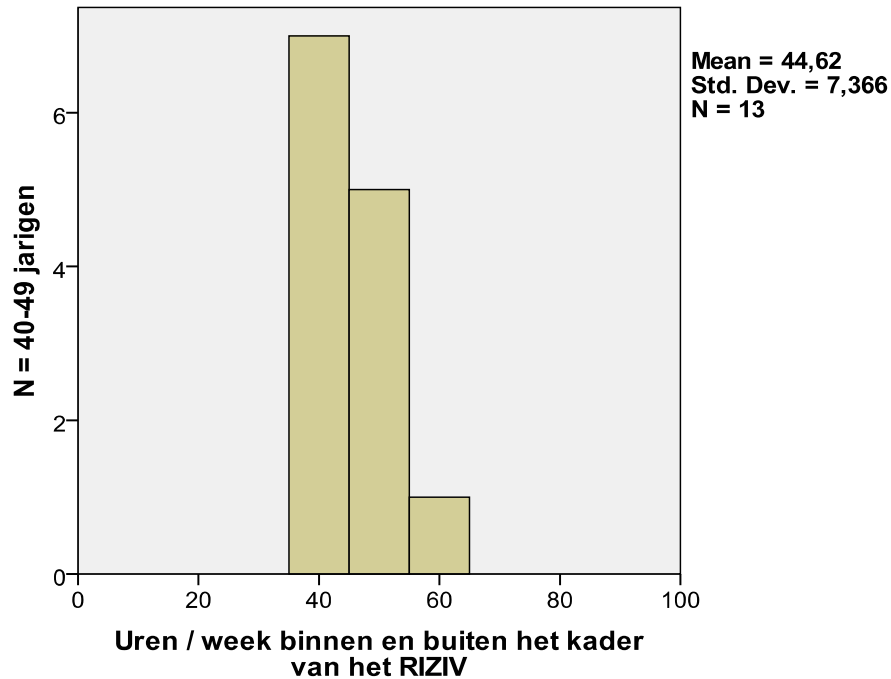
Figuur 30 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen én buiten het kader van RIZIV – 30-39-jarigen (N=9)



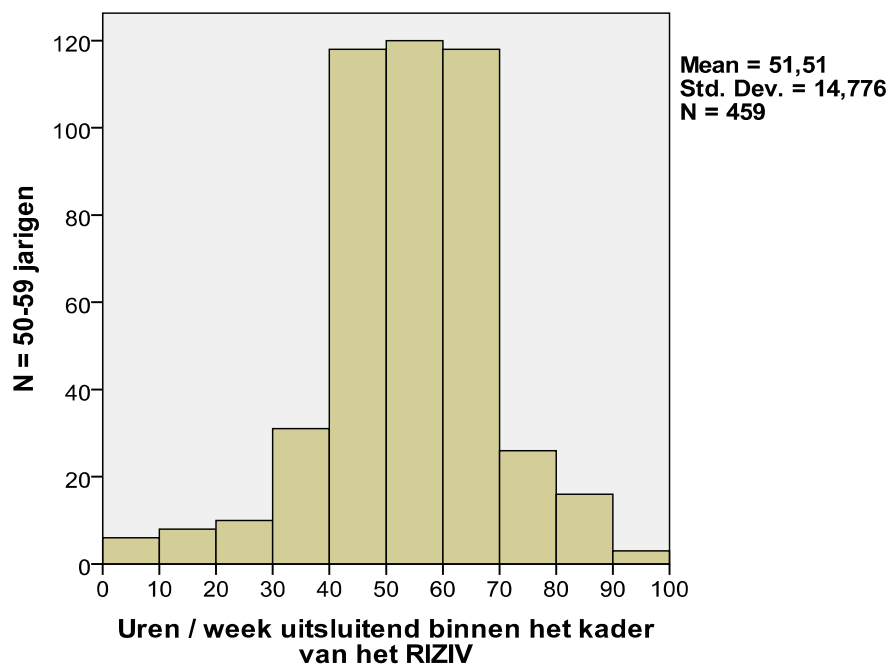
Figuur 31 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week UITSLUITEND BINNEN het kader van RIZIV – 40-49-jarigen (N=503)



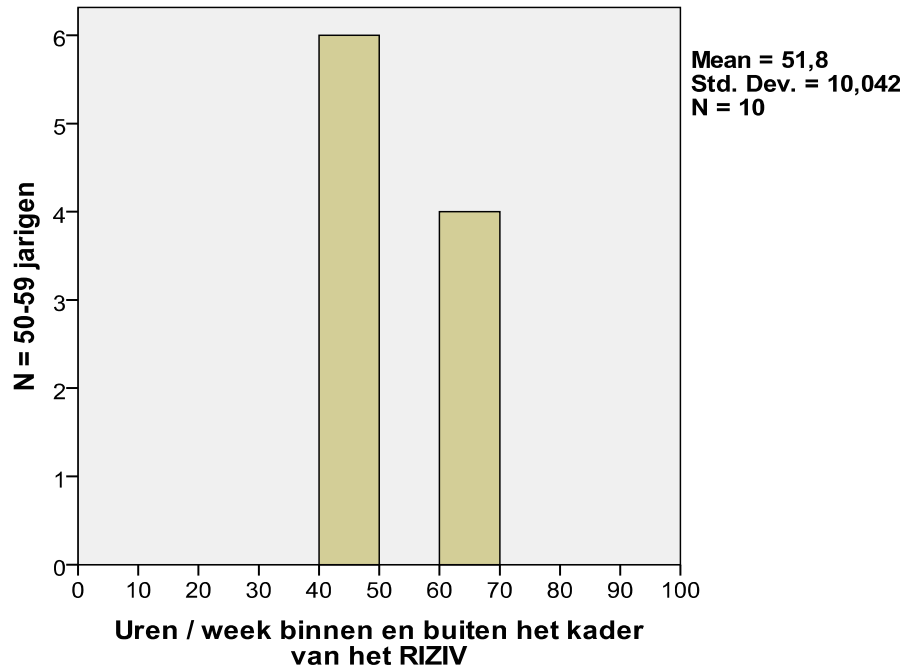
Figuur 32 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen én buiten het kader van RIZIV – 40-49-jarigen (N=13)



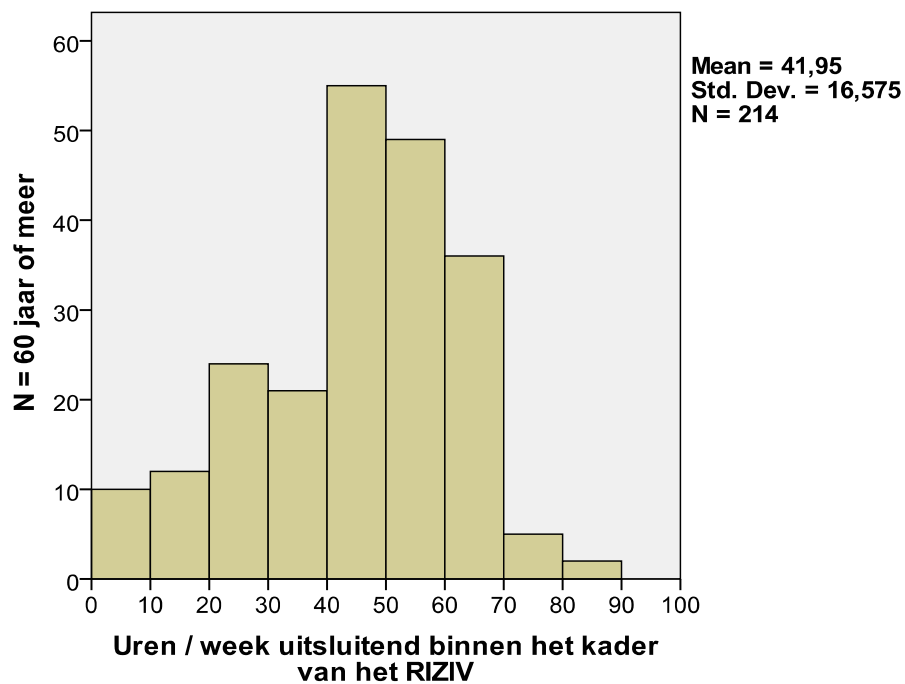
Figuur 33 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week UITSLUITEND BINNEN het kader van RIZIV – 50-59-jarigen (N=459)



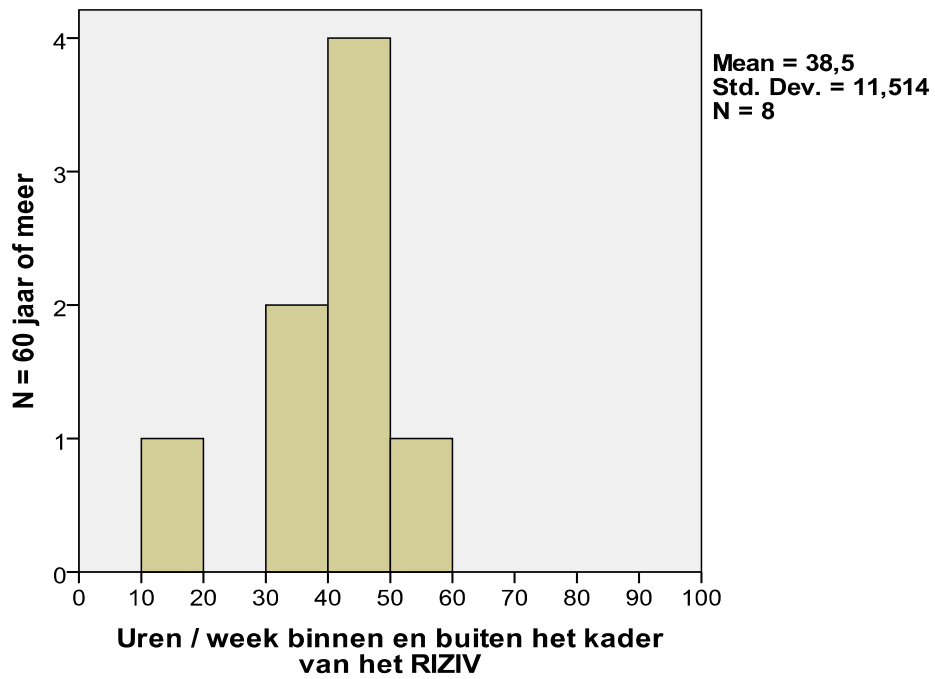
Figuur 34 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen én buiten het kader van RIZIV – 50-59-jarigen (N=10) (*)



Figuur 35 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week UITSLUITEND BINNEN het kader van RIZIV – 60 +-jarigen (N=214)



Figuur 36 : Histogram : Aantal gepresteerde uren per week binnen én buiten het kader van RIZIV – 60 +-jarigen (N=8)



4. Analyse artsen-specialisten werkzaam binnen kader RIZIV

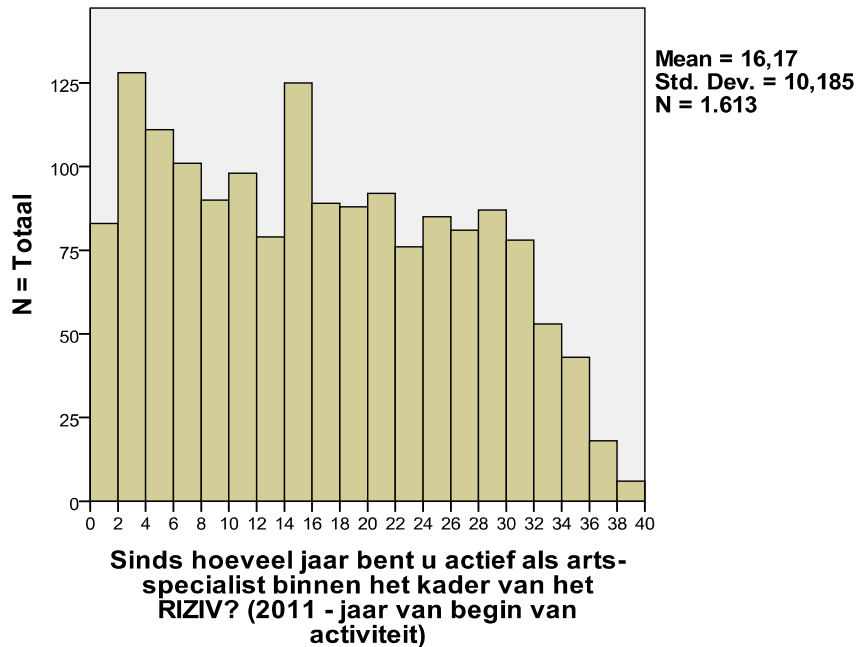
4.1 Aantal jaren beroepsactief als arts-specialist

16,5% van de respondenten is binnen de laatste 5 jaar (periode 2007-2011) beginnen te werken als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV. Het aandeel bij de Nederlandstaligen is hier groter dan dit bij de Franstaligen (resp. 18,6% tegenover 14,7%). Verder blijkt uit onderstaande tabel dat toch ook 38,5% van de ondervraagden reeds meer dan 20 jaar werkzaam is als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV. De resultaten uit onderstaande tabel 30 geven ook een mate van stabiliteit weer wat de Franstaligen betreffen. Men kan in feite een gelijkmatige verdeling vaststellen van het aantal Franstaligen die gedurende de opeenvolgende periodes hun beroepsactiviteit opnemen.

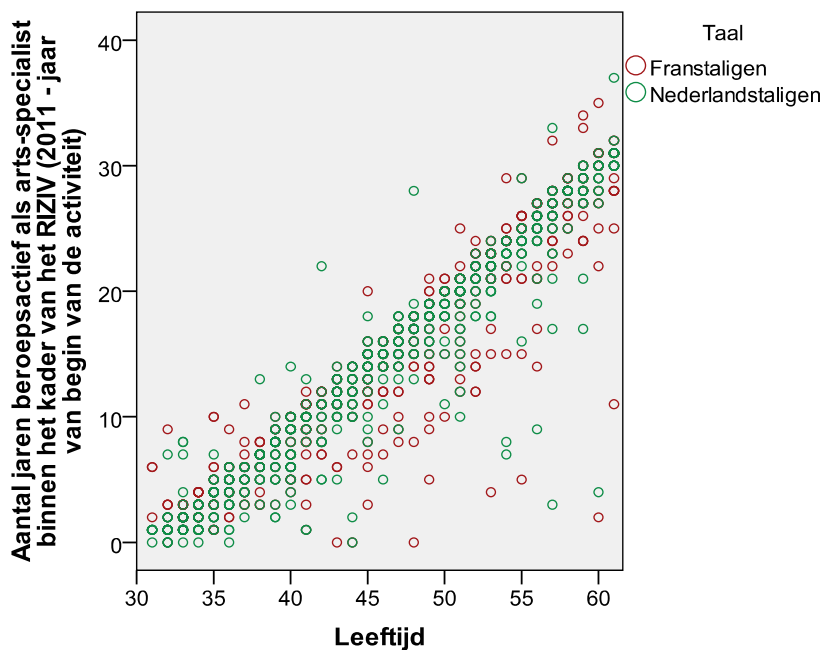
Tabel 30 : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang beroepsactiviteit) (N=1613) – naar taalrol

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
0-5 jaar	140	18,6%	126	14,7%	266	16,5%
6-10 jaar	120	15,9%	127	14,8%	247	15,3%
11-15 jaar	107	14,2%	127	14,8%	234	14,5%
16-20 jaar	129	17,1%	115	13,4%	244	15,1%
21-25 jaar	90	10,0%	123	14,3%	213	13,2%
26-30 jaar	84	11,2%	123	14,3%	207	12,8%
31-35 jaar	65	8,6%	91	10,6%	156	9,7%
36-40 jaar	18	2,4%	26	3,0%	44	2,7%
> 40 jaar	0	0,0%	2	0,2%	2	0,1%
Totaal	753	100,0%	860	100,0%	1613	100,0%

Figuur 37 : Histogram : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang van activiteit) – Totaal (N=1613)



Figuur 38 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang van activiteit) – naar leeftijd en taalrol (N=1613) (*)



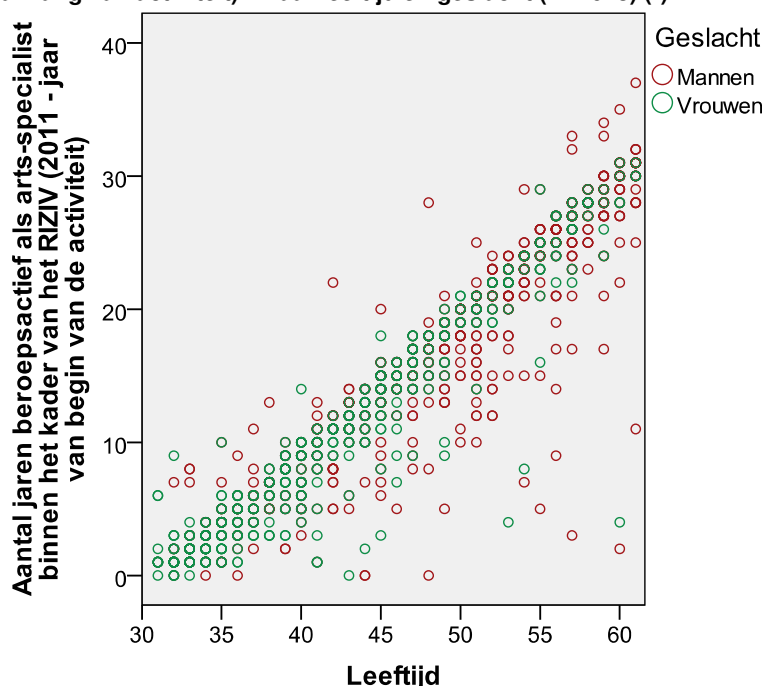
(*) In de figuur verschijnen blijkbaar onwaarschijnlijke data. Ter controle werden deze gegevens allen manueel terug opgezocht in de papieren vragenlijsten. Hieruit blijkt dat deze 'onwaarschijnlijke' antwoorden wel degelijk de antwoorden zijn zoals ze werden opgegeven door de ondervraagde specialisten; het zijn geen fouten van encodage (invoer van de data).

Naar geslacht beschouwd, zien we dat de aandelen beroepsactiviteit bij de vrouwen voor de laatste 15 jaar (periode 2011-1996) beduidend hoger zijn dan deze bij de mannen. Vanaf 15 en méér jaren beroepsactiviteit draaien de verhoudingen zich om en wordt aldus het aandeel mannelijke specialisten belangrijker.

Tabel 31 : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang van activiteit) (N=1613) - naar geslacht

	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
0-5 jaar	97	9,0%	169	31,6%	266	16,5%
6-10 jaar	140	13,0%	107	20,0%	247	15,3%
11-15 jaar	141	13,1%	93	17,4%	234	14,5%
16-20 jaar	178	16,5%	66	12,3%	244	15,1%
21-25 jaar	170	15,8%	43	8,0%	213	13,2%
26-30 jaar	171	15,9%	36	6,7%	207	12,8%
31-35 jaar	139	12,9%	17	3,0%	156	9,7%
36-40 jaar	41	3,8%	3	0,6%	44	2,7%
> 40 jaar	1	0,1%	1	0,2%	2	0,1%
Totaal	1078	100,0%	535	100,0%	1613	100,0%

Figuur 39 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV (2011 – jaar van aanvang van activiteit) – naar leeftijd en geslacht (N=1613) (*)

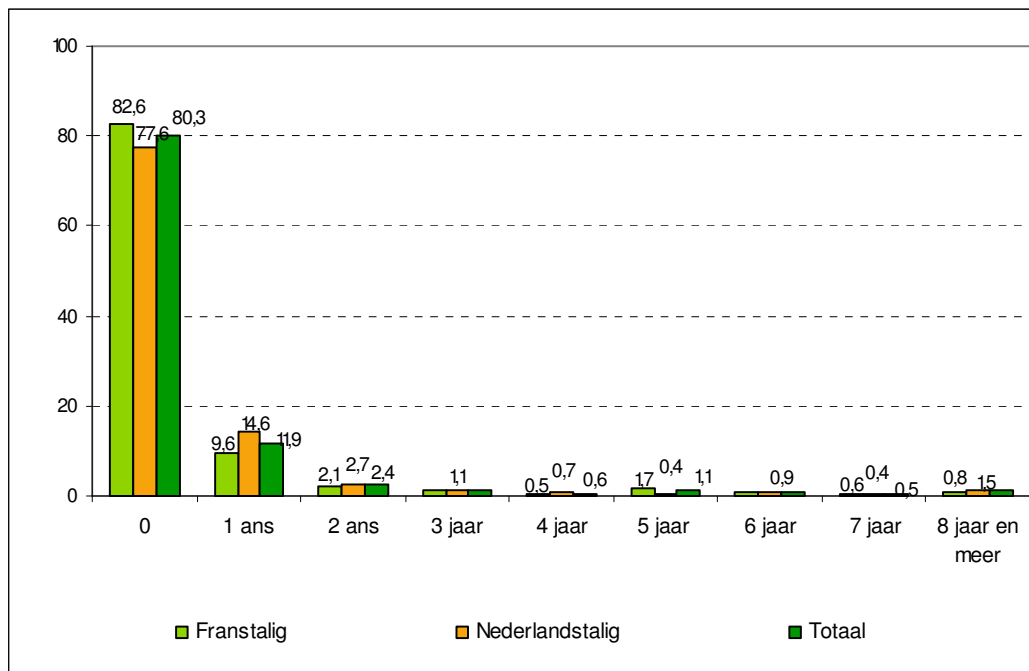


(*) In de figuur verschijnen blijkbaar onwaarschijnlijke data. Ter controle werden deze gegevens allen manueel terug opgezocht in de papieren vragenlijsten. Hieruit blijkt dat deze 'onwaarschijnlijke' antwoorden wel degelijk de antwoorden zijn zoals ze werden opgegeven door de ondervraagde specialisten; het zijn geen fouten van encodage (invoer van de data).

Uit volgende figuur blijkt verder dat 8 op 10 van de respondenten dadelijk na het behalen van de eerste specialisatie zijn begonnen te werken als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV. 12% is gestart 1 jaar na behalen van de eerste specialisatie.

Naar taalrol zien we dat binnen de groep van de Franstalige specialisten het aandeel 'directe starters' hoger is in vergelijking met dit van de Nederlandstalige collega's (resp. 83% tegenover 78%).

Figuur 40 : Aantal jaren tussen het behalen van eerste specialisatie van de ondervraagde artsen-specialisten en de aanvang van beroepsactiviteiten als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV – naar taalrol (N=1593)



4.2 Aantal werkplaatsen

48,3% van de artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde beroepsactief binnen het kader van het RIZIV, werkt in deze hoedanigheid op één werkplaats. 33,7% werkt op 2 verschillende plaatsen en nog eens 18,1% op méér dan 2 verschillende plaatsen.

Tabel 32 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten naar hun taalrol volgens het aantal plaatsen van tewerkstelling (N=1631)

Aantal 'werkplaatsen'	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
1	405	53,3	383	44,0	788	48,3
2	268	35,3	282	32,4	550	33,7
3	66	8,7	141	16,2	207	12,7
4	16	2,1	53	6,1	69	4,2
5	5	0,7	9	1,0	14	0,9
6	0	0,0	1	0,1	1	0,1
8	0	0,0	1	0,1	1	0,1
10	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Totaal	760	100,0%	871	100,0%	1631	100,0%

Nederlandstalige specialisten werken proportioneel iets meer op 1 enkel werkplaats dan hun Franstalige collega's (resp. 51,4% tegenover 48,6%). Het detail van de resultaten van deze analyse is terug te vinden in onderstaande tabel 33.

Tabel 33 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten naar het aantal plaatsen van tewerkstelling volgens hun taalrol (N=1631)

Aantal 'werkplaatsen'	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
1	405	51,4	383	48,6	788	100,0
2	268	48,7	282	51,3	550	100,0
3	66	31,9	141	68,1	207	100,0
4	16	23,1	53	76,9	69	100,0
5	5	35,7	9	64,3	14	100,0
6	0	0,0	1	100,0	1	100,0
8	0	0,0	1	100,0	1	100,0
10	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Totaal	760		871		1631	100,0%

Samengevat kan bevestigd worden dat het eerder de Franstalige respondenten zijn die hun beroep uitoefenen op meerdere werkplaatsen. Een gelijkaardige vaststelling is er voor de mannen: zij werken op meer plaatsen dan hun vrouwelijke collega's.

4.3 Relatie woon- en werkplaats(en)

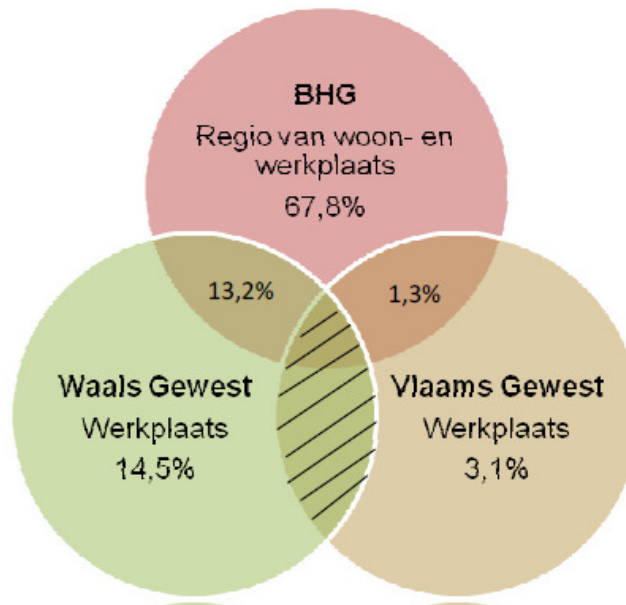
Om de al dan niet 'interne migratie' van de artsen-specialisten in kaart te brengen, wordt de relatie beschouwd van het Gewest waarin de woonplaats van de specialisten is gelegen met de regio's waarin de 4 belangrijkste werkplaatsen van hen gelegen zijn.

Uit deze analyse blijkt dat de artsen-specialisten die woonachtig zijn in het Vlaams Gewest praktisch niet 'intern migreren' (87,8% werkt m.n. ook in het Vlaams Gewest). Voor zij die wonen in het Waals Gewest is dit percentage iets minder (85,6%). De in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG) wonende specialisten 'migreren' proportioneel het meest : 'slechts' 67,8% van de resp. specialisten woont en werkt in het BHG, 14,5% van de in het BHG wonende specialisten oefent zijn beroepsactiviteiten uit in het BHG én het Waals Gewest, voor 13,2% is de werkplaats gelegen in het Waals Gewest en 3,1% werkt in het Vlaams Gewest.

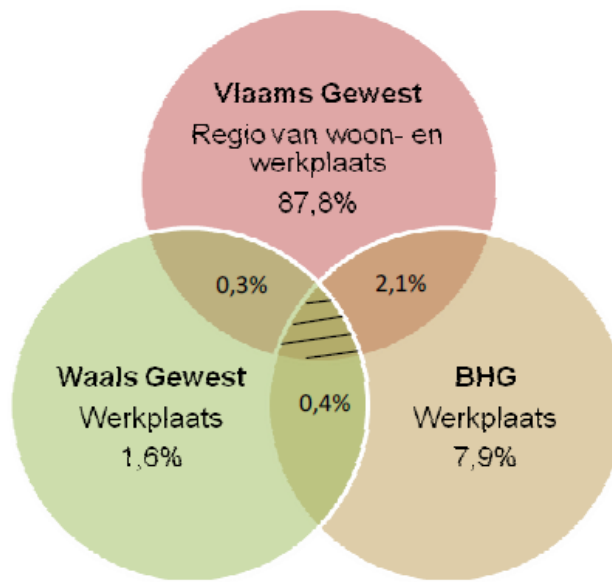
Tabel 34 : Relatie tussen woon- en werkplaats(en) van de ondervraagde artsen-specialisten

Regio van 4 belangrijkste werkplaats(en)	Regio van woonplaats			Totaal		Betrouwbaarheidsinterval 95%
	BHG	Waals Gewest	Vlaams Gewest	N	%	
BHG	67,8%	6,2%	7,9%	254	15,8%	67,8% -> [61,72%; 73,88%] 6,1%
Waals Gewest	14,5%	85,6%	1,6%	546	33,9%	85,6% -> [82,75%; 88,45%] 2,85%
Vlaams Gewest	3,1%	1,0%	87,8%	715	44,4%	87,8% -> [85,53%; 90,07%] 2,27%
BHG & Waals Gewest	13,2%	7,2%	0,4%	75	4,7%	
BHG & Vlaams Gewest	1,3%	-	2,1%	20	1,2%	
Vlaams & Waals Gewest	-	-	0,3%	2	0,1%	
Vlaams & Waals & BHG	-	-	-	-	-	
Totaal	100,0% N=227	100,0% N=584	100,0% N=800	1611	100%	

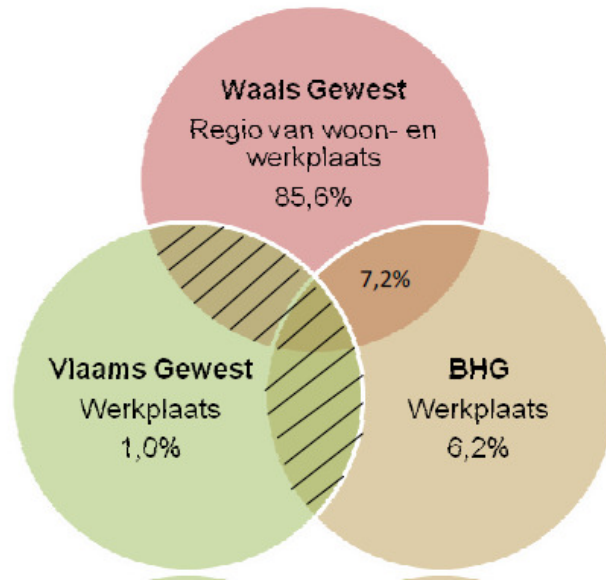
Figuur 41 : Vendiagram : Relatie tussen de woonplaats van de respondenten en hun werkplaats(en) - woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (N=227)



Figuur 42 : Vendiagram : Relatie tussen de woonplaats van de respondenten en hun werkplaats(en) - woonachtig in het Vlaams Gewest (N=800)



Figuur 43 : Vendiagram : Relatie tussen de woonplaats van de respondenten en hun werkplaats(en) - woonachtig in het Waals Gewest (N=584)

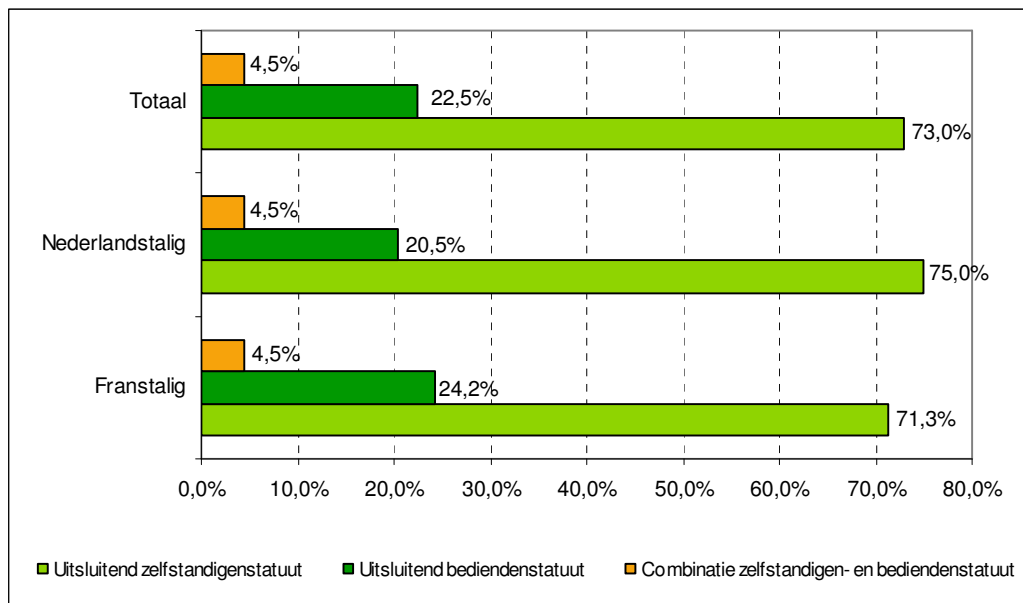


4.4 Statuut van tewerkstelling

Uit onderstaande figuur blijkt dat 73% van de artsen-specialisten die beroepsactief zijn in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV in een uitsluitend zelfstandigenstatuut werkt. 22,5% is enkel beroepsactief als bediende en 4,5% werkt zowel in een zelfstandigen- als een bediendenstatuut.

Naar taalrol beschouwd, stellen we vast dat de Franstalige specialisten proportioneel meer tewerkgesteld zijn in een (exclusief) bediendenstatuut dan de Nederlandstaligen (resp. 24,2% tegenover 20,5%).

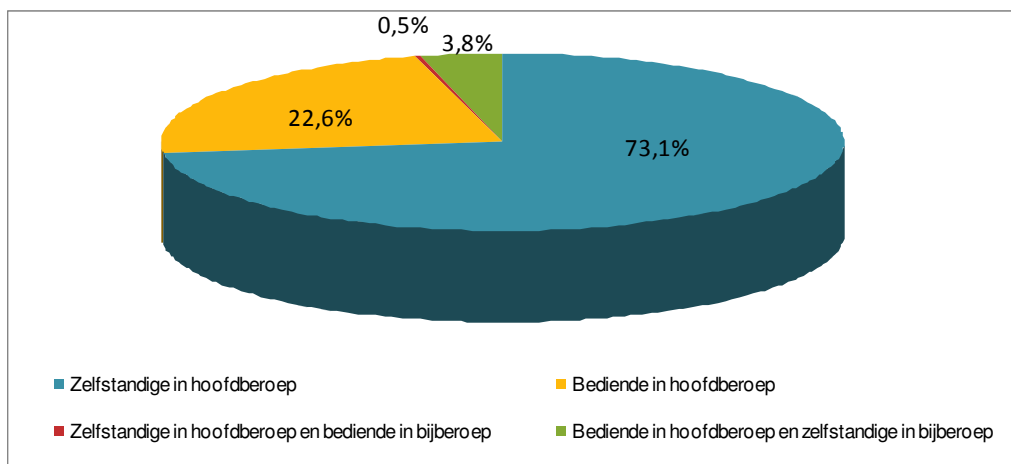
Figuur 44 : Statuut van tewerkstelling van de beschouwde groep artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde (binnen het RIZIV-kader) naar hun taalrol (N=1652)



De analyse van de exclusiviteit van het statuut toont verder aan dat 73,1% van de artsen-specialisten uitsluitend werkt als zelfstandige in hoofdberoep (N=1207) en 22,6% enkel als bediende in hoofdberoep (N=373).

Beide statuten worden vaak ook gecombineerd : zo kan vastgesteld worden dat 3,8% van de beschouwde groep van specialisten werkt als bediende in hoofdberoep gecombineerd met een zelfstandigenstatuut in bijberoep (N=63) en 0,5% als zelfstandige in hoofdberoep gecombineerd met een bediendenstatuut in bijberoep (N=9).

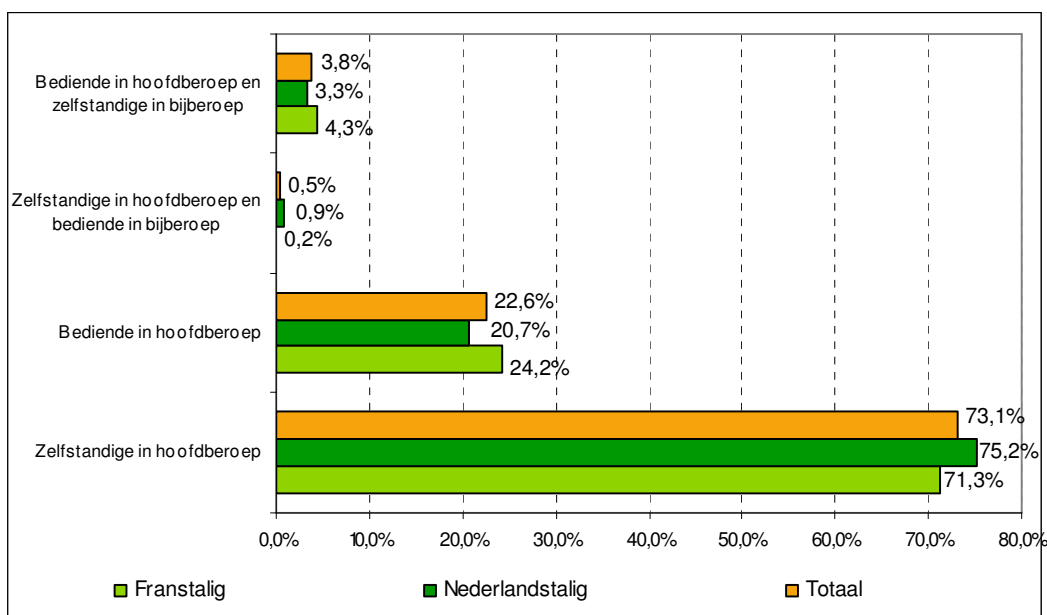
Figuur 45 : Statuut van tewerkstelling van de beschouwde groep artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde binnen het RIZIV-kader – Exclusieve antwoorden (N=1652)



Hoger is reeds aangegeven dat de Nederlandstalige specialisten proportioneel meer in een uitsluitend zelfstandigenstatuut werken dan hun Franstalige collega's; dit geldt ook voor zij die werken als zelfstandigen in hoofdberoep (NL : 75,2% tegenover FR : 71,3%). Het percentage van Franstaligen die werken als bedienden in hoofdberoep is dan ook hoger dan het aandeel Nederlandstaligen (resp. 24,2% tegenover 20,7%).

Op niveau van het geslacht, ligt het aandeel mannen die werken als zelfstandigen in hoofdberoep hoger dan het aandeel vrouwen (resp. 74,5% tegenover 70,2%). De vrouwen daarentegen werken proportioneel meer als bedienden in hoofdberoep dan hun mannelijke collega's (resp. 25,5% tegenover 21,1%).

Figuur 46 : Statuut van tewerkstelling van de beschouwde groep artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde binnen het RIZIV-kader – Exclusieve antwoorden - naar taalrol (N=1652)



Voor wat het gemiddeld aantal gepresteerde uren per week naar statuut van tewerkstelling betreft, zien we dat een arts-specialist die enkel als zelfstandige in hoofdberoep beroepsactief is, gemiddeld 50,1 uren per week werkt binnen het kader van het RIZIV. Een arts-specialist tewerkgesteld in een uitsluitend bediendenstatuut in hoofdberoep presteert gemiddeld 48,8 uren per week. De artsen-specialisten die het zelfstandigenstatuut in hoofdberoep combineren met het bediendenstatuut in bijberoep werken gemiddeld 54,9 uren per week. Tenslotte, zij die tewerkgesteld zijn als bedienden in hoofdberoep en zelfstandige in bijberoep zijn, presteren gemiddeld 51,1 uren per week.

Naar taalrol beschouwd, zien we dat de Nederlandstalige artsen-specialisten binnen elk onderscheiden statuut van tewerkstelling gemiddeld meer uren presteren dan hun resp. Franstalige collega's. Een gelijkaardige vaststelling kan ook gemaakt worden voor de mannelijke artsen-specialisten versus de vrouwelijke collega's

Tabel 35 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week door artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV naar statuut van tewerkstelling, geslacht en taalrol (*)

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	Gemiddelde	N	Gemiddelde	N	Gemiddelde	N
Zelfstandige in hoofdberoep	52,9	570	47,6	629	50,1	1199
- Man	55,2	383	49,9	433	52,4	816
- Vrouw	48,12	187	42,5	196	45,2	383
Bediende in hoofdberoep	50,1	148	47,8	206	48,8	354
- Man	49,6	90	49,0	130	49,3	220
- Vrouw	50,7	58	45,8	76	48,0	134
Zelfstandige in hoofdberoep en bediende in bijberoep	55,6	7	52,5	2	54,9	9
- Man	56,0	5	60,0	1	56,7	6
- Vrouw	54,5	2	45,0	1	51,3	3
Bediende in hoofdberoep en zelfstandige in bijberoep	53,4	24	49,6	36	51,1	60
- Man	52,5	17	50,2	23	51,2	40
- Vrouw	55,6	7	48,5	13	51,0	20

(*) Een aantal respondenten hebben geen gepresteerde uren naar statuut van tewerkstelling opgegeven. Zij zijn derhalve niet opgenomen in de berekening van de gemiddeldes. Hierdoor zijn de in deze tabel opgenomen absolute aantallen (N) verschillend van deze die opgenomen zijn in vorig hoofdstuk (aantal gepresteerde uren)

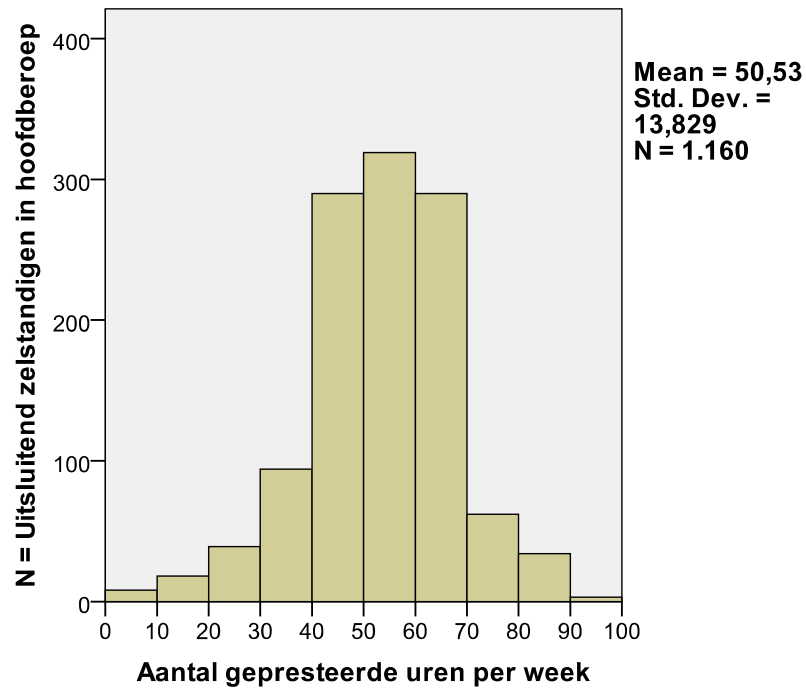
Tabel 35b : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week door artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV – naar leeftijd en statuut van tewerkstelling(*)

	30-39 jaar		40-49 jaar		50-59 jaar		60 + jaar		Totaal	
	Gemid	N	Gemid	N	Gemid	N	Gemid	N	Gemid	N
Zelfstandige in hoofdberoep	50,4	269	51,5	375	52,4	355	42,0	180	50,1	1179
Bediende in hoofdberoep	50,3	116	48,4	109	49,0	93	43,7	31	48,8	349
Zelfstandige in hoofdberoep en bediende in bijberoep	58,0	4	52,0	4	54,0	1	0,0	0	54,9	9
Bediende in hoofdberoep en zelfstandige in bijberoep	52,6	14	51,3	19	52,3	16	46,9	10	51,1	59

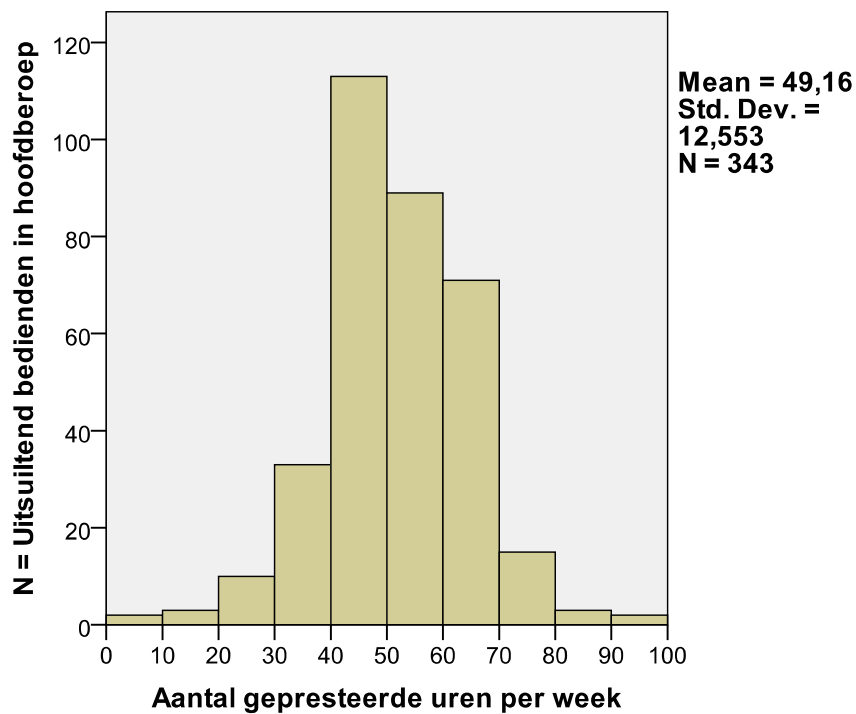
(*) Een aantal respondenten hebben geen gepresteerde uren naar statuut van tewerkstelling opgegeven. Zij zijn derhalve niet opgenomen in de berekening van de gemiddeldes. Hierdoor zijn de in deze tabel opgenomen absolute aantallen (N) verschillend van deze die opgenomen zijn in vorig hoofdstuk (aantal gepresteerde uren)

In wat volgt, wordt het aantal effectief gepresteerde uren per week naar tewerkstellingsstatuut voorgesteld middels histogrammen en 'error bars'. De onderstaande figuren zijn enkel opgemaakt voor de artsen die uitsluitend als zelfstandige in hoofdberoep werken en zij die enkel als bediende in hoofdberoep tewerkgesteld zijn; de overige vormen van tewerkstellingsstatuut (en combinaties) worden niet grafisch weergegeven omwille van de té kleine aantallen.

Figuur 47 : Histogram : Effectief aantal gepresteerde uren per week naar tewerkstellingsstatuut – uitsluitend als zelfstandige in hoofdberoep (N=1199)



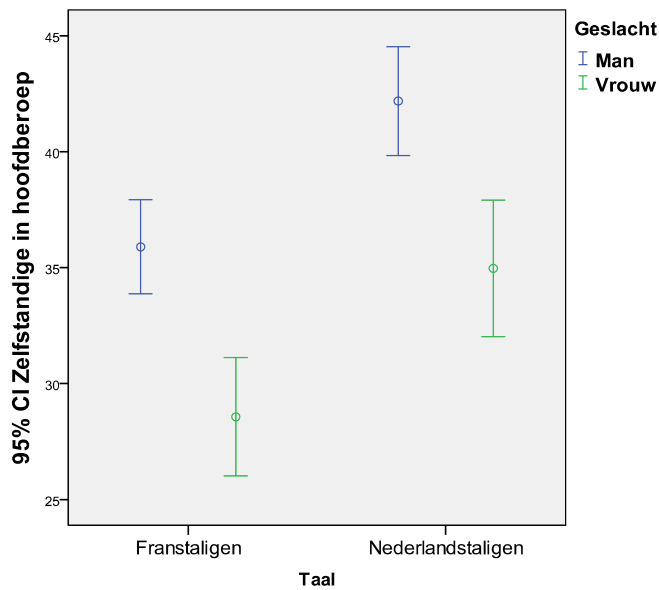
Figuur 48 : Histogram : Effectief aantal gepresteerde uren per week naar tewerkstellingsstatuut – uitsluitend als bediende in hoofdberoep (N=354)



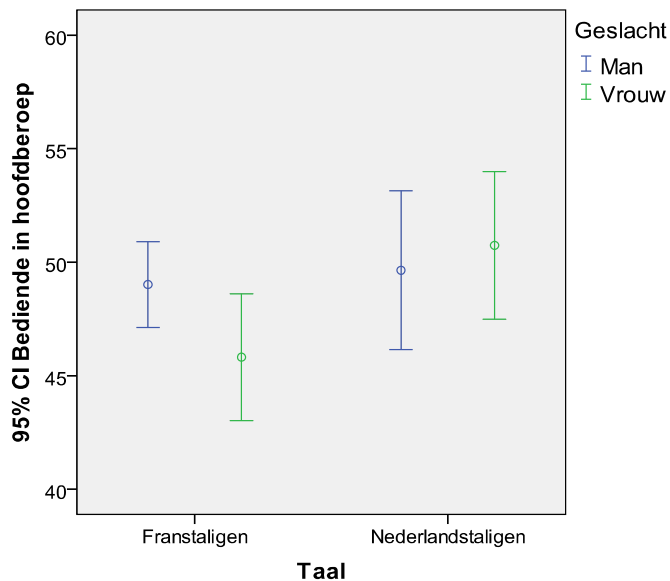
Error bars laten toe zowel de gemiddeldes van de beschouwde groepen voor te stellen als het betrouwbaarheidsinterval van deze gemiddeldes waartussen deze gemiddeldes zich situeren (met een 95% zekerheid).

In wat volgt, worden twee voorbeelden van error bars opgenomen. De eerste is een voorstelling van het gemiddeld aantal gepresteerde uren per week van de specialisten die als zelfstandigen in hoofdberoep werken in België volgens taalrol en geslacht. De tweede betreft de specialisten die als bedienden in hoofdberoep werken.

Figuur 49 : Error bar : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week in België – uitsluitend als zelfstandige in hoofdberoep naar taalrol en geslacht (N=1199)



Figuur 50 : Error bar : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week in België – uitsluitend als bediende in hoofdberoep naar taalrol en geslacht (N=354)



4.5 Werkzaam binnen het ziekenhuis – werkzaam buiten ziekenhuis

Op de vraag in welke setting(s) men momenteel als arts-specialist in de curatieve geneeskunde werkt – niet per definitie exclusief, dus met meerdere antwoordmogelijkheden -, antwoordt 97,1% van de betrokken respondenten dat dit 'binnen het ziekenhuis' is en 34% is werkzaam als specialist 'buiten het ziekenhuis' (niet exclusieve antwoorden).

Betreffende de diverse types van 'settings', kan vastgesteld worden dat proportioneel de raadplegingen binnen het ziekenhuis het meest vernoemd worden (81,5%), gevolgd door de gewone/klassieke hospitalisatie (70,2%).

361 specialisten beschikken over een privé praktijk (alleen), zijnde 22% van de respondenten. 13,3% (8,8% + 4,5%) zijn verbonden aan een privé groepspraktijk.

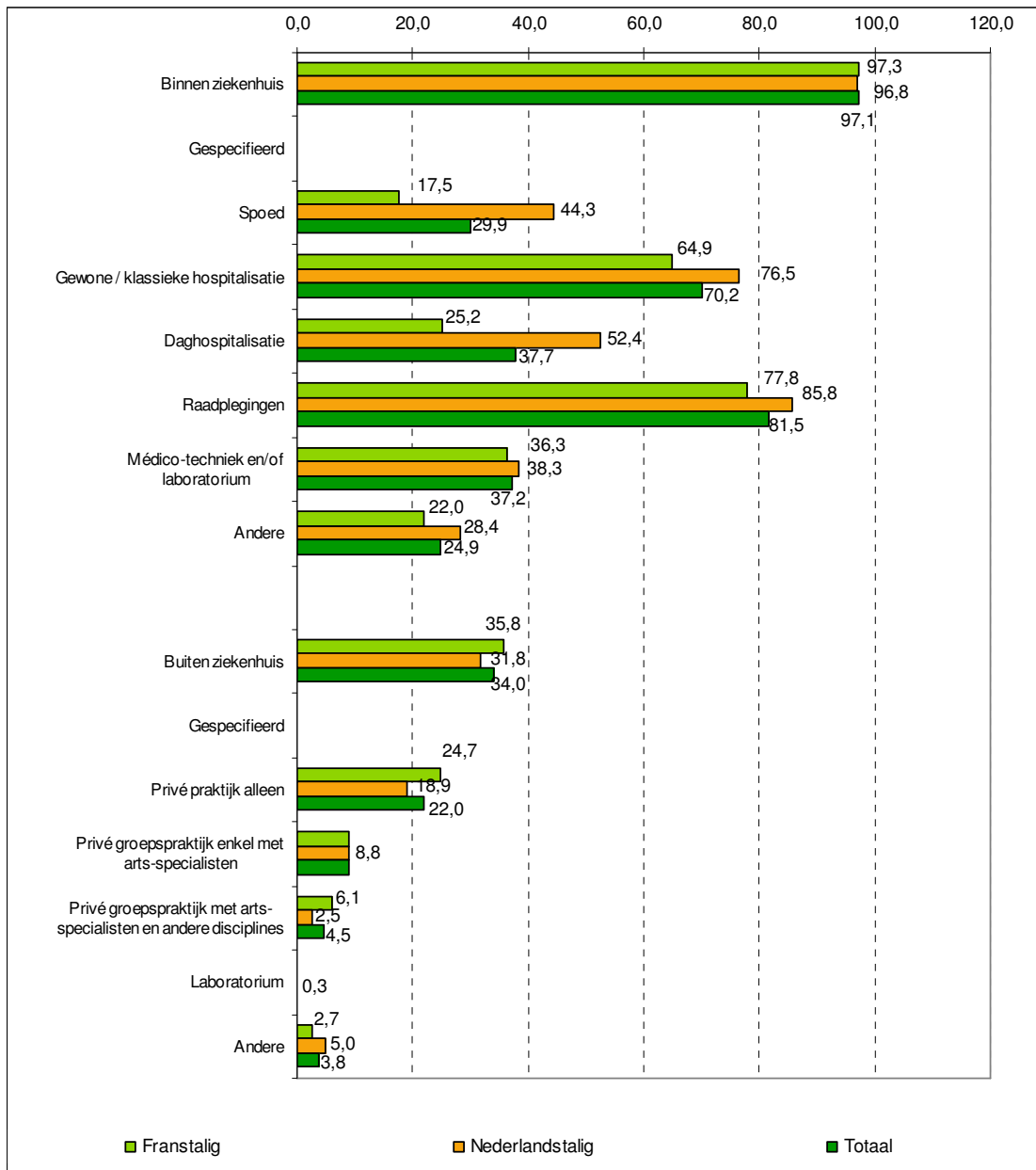
Tabel 36 : Setting(s) waarbinnen de ondervraagde artsen-specialisten hun specialisatie(s) beoefenen – naar taalrol (meerdere antwoorden mogelijk)

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<i>Binnen het ziekenhuis</i>	734	96,8%	858	97,3%	1592	97,1%
▪ Spoed	336	44,3%	154	17,5%	490	29,9%
▪ Gewone (klassieke) hospitalisatie	580	76,5%	572	64,9%	1152	70,2%
▪ Daghospitalisatie	397	52,4%	222	25,2%	619	37,7%
▪ Raadplegingen	650	85,8%	686	77,8%	1336	81,5%
▪ Medico-techniek en/of laboratorium	290	38,3%	320	36,3%	610	37,2%
▪ Andere (*)	215	28,4%	194	22,0%	409	24,9%
<i>Buiten het ziekenhuis</i>	241	31,8%	316	35,8%	557	34,0%
▪ Privé praktijk alleen	143	18,9%	218	24,7%	361	22,0%
▪ Privé groepspraktijk enkel met artsen-specialisten	67	8,8%	78	8,8%	145	8,8%
▪ Privé groepspraktijk met artsen-specialisten en andere disciplines	19	2,5%	54	6,1%	73	4,5%
▪ Laboratorium	2	0,3%	3	0,3%	5	0,3%
▪ Andere (**)	38	5,0%	24	2,7%	62	3,8%
Totaal aantal respondenten	758		882		1640	

(*) Voor wat de categorie 'andere' binnen het ziekenhuis betreft (N=409), hier heeft de grote meerderheid geen specifieke activiteit vernoemd (94,6%); het meest vernoemd wordt : administratie en intensieve zorgen (resp. 1% en 1,7%).

(**) Binnen de categorie 'andere' buiten het ziekenhuis (N=62), ook hier heeft het merendeel van de respondenten geen specifieke activiteit vermeld (93,5%); het meest vernoemd wordt : administratie en seminars, intensieve zorgen en volksgezondheid (telkens 1,6%).

Figuur 51 : Settings waarbinnen de artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde hun specialisatie(s) beoefenen - naar taalrol (N=1646) (meerdere antwoorden mogelijk)



Indien de respondenten worden beschouwd naar exclusiviteit van settings waarbinnen ze werken, dan kan vastgesteld worden dat 66% van de artsen-specialisten uitsluitend binnen een ziekenhuiskader werkzaam en 31% zowel binnen als buiten dit ziekenhuiskader. Slechts 3% van de respondenten beoefent zijn/haar specialisatie uitsluitend buiten het ziekenhuis. Het proportioneel aandeel Nederlandstalige specialisten die enkel in een ziekenhuis werken is beduidend hoger dan dit van de Franstaligen (resp. 68,2% t.o. 64,2%).

Tabel 37 : Overzicht van de setting(s) waarbinnen artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde werkzaam zijn – exclusieve antwoorden - naar taalrol

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Uitsluitend BINNEN het ziekenhuis	517	68,2%	566	64,2%	1083	66,0%
Uitsluitend BUITEN het ziekenhuis	24	3,2%	24	2,7%	48	2,9%
Binnen EN buiten het ziekenhuis	217	28,6%	292	33,1%	509	31,0%
Totaal	758	100,0%	882	100,0%	1640	100,0%

Op het niveau van de specialisaties, zien we dat een aantal specialisaties uitgesproken beoefend worden uitsluitend in een ziekenhuiskader zoals de medische oncologie (94,8% van de medische oncologen beoefent uitsluitend binnen het ziekenhuis zijn/haar specialisatie). Bij de cardiologen daarentegen stellen we vast dat zij proportioneel meer zowel binnen als buiten het ziekenhuis hun specialisaties opnemen (52%) dan uitsluitend binnen het ziekenhuis (42,7%). Het aandeel respondenten die uitsluitend buiten het ziekenhuis beroepsactief zijn is zeer klein ongeacht de specialisatie; voor de reumatologen wordt hier evenwel een aandeel van 8,2% genoteerd.

Tabel 38: Overzicht van de setting(s) waarbinnen artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde werkzaam zijn – exclusieve antwoorden - naar specialisatie

	Uitsluitend BINNEN het ziekenhuis		Uitsluitend BUITEN het ziekenhuis		Binnen EN buiten het ziekenhuis		Totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiologie	138	42,7	17	5,3	168	52,0	323	100,0
Gastro-enterologie	150	62,8	2	0,8	87	36,4	239	100,0
Inwendige geneeskunde	211	81,2	4	1,5	45	17,3	260	100,0
Medische oncologie	92	94,8	0	0,0	5	5,2	97	100,0
Pneumologie	126	62,1	2	1,0	75	36,9	203	100,0
Reumatologie	49	44,5	9	8,2	52	47,3	110	100,0
Anderen	269	81,5	5	1,5	56	17,0	330	100,0
Totaal		100,0%		100,0%		100,0%	1562	100,0%

Beschouwen we de settings waar de specialisten beroepsactief zijn naar statuut van tewerkstelling, dan zien we dat de specialisten die in een uitsluitend zelfstandigenstatuut in hoofdberoep proportioneel meer beroepsactief zijn buiten het ziekenhuis dan hun collega's die tewerkgesteld zijn als bedienden in hoofdberoep. Deze groep is proportioneel meer aanwezig binnen het ziekenhuiskader.

Tabel 39 : Settings waarbinnen artsen-specialisten hun specialisatie(s) beoefenen – naar statuut van tewerkstelling (meerdere antwoorden mogelijk)

	Zelfstandige in hoofdberoep		Bediende in hoofdberoep		Zelfstandige in hoofdberoep en bediende in bijberoep		Bediende in hoofdberoep en zelfstandige in bijberoep	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Binnen het ziekenhuis</i>								
▪ Spoed	409	34,2%	72	19,3%	2	22,2%	7	11,5%
▪ Gewone (klassieke) hospitalisatie	846	70,7%	264	70,8%	6	66,7%	36	59,0%
▪ Daghospitalisatie	483	40,4%	115	30,8%	3	33,3%	18	29,5%
▪ Raadplegingen	974	81,4%	304	81,5%	6	66,7%	51	83,6%
▪ Medico-techniek en/of labo	448	37,5%	133	35,7%	3	33,3%	25	41,0%
▪ Andere	273	22,8%	118	31,6%	1	11,1%	16	26,2%
<i>Buiten het ziekenhuis</i>								
▪ Privé praktijk alleen	333	27,8%	3	0,8%	2	22,2%	23	37,7%
▪ Privé groepspraktijk enkel met artsen-specialisten	132	11,0%	3	0,8%	1	11,1%	9	14,8%
▪ Privé groepspraktijk met artsen-specialisten en andere disciplines	67	5,6%	2	0,5%	0	0,0%	4	6,6%
▪ Laboratorium	5	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
▪ Andere	53	4,4%	7	1,9%	1	11,1%	1	1,6%
Totaal	1196		373		9		61	

**GEMIDDELD AANTAL GEPRESTEERDE UREN PER WEEK BINNEN ELKE SETTING
(BINNEN HET ZIEKENHUIS – BUITEN HET ZIEKENHUIS)¹⁰**

Zonder rekening te houden met het tewerkstellingsstatuut van de respondenten, wordt vastgesteld dat de ondervraagde artsen-specialisten gemiddeld 45,0 uren (minimum 1; maximum 120 uren) per week presteren **binnen een ziekenhuiskader** (al dan niet exclusief). **Buiten het ziekenhuis** (privé praktijk, labo of andere) presteert men gemiddeld 15,5 uren (minimum 1; maximum 73 uren) per week.

Beschouwen we het gemiddeld aantal gepresteerde uren per week binnen elke setting waarin de artsen-specialisten werkzaam zijn, dan zien we dat binnen het ziekenhuis gemiddeld het meeste tijd gepresteerd wordt aan de raadplegingen (20,3 uren/week) en de gewone/klassieke hospitalisatie (15,8 uren/week).

Buiten het ziekenhuis wordt de meeste tijd besteed in het laboratorium (23,3 uren/week) gevolgd door de privé praktijk groepspraktijk enkel met artsen-specialisten (14,1 uren/week) en de privé praktijk alleen (13,9 uren/week).

Uit bijgevoegde tabel blijkt verder voor het geheel van de artsen-specialisten – en dit o.b.v. het totaal aantal gepresteerde uren per week (dit is het gemiddeld aantal gepresteerde uren voor elke setting vermenigvuldigd met het aantal respondenten hierin actief)-, dat de meeste tijd besteed wordt aan het houden van raadplegingen (36,8%), gevolgd door de gewone/klassieke hospitalisatie (24,3%).

¹⁰ Inbegrepen : de beoefening van de specialisatie(s) binnen het curatieve kader, de administratie betreffend het kabinet/praktijk, logistiek, instrumentenzorg, overleg met collega's, nascholing, de verplaatsingen (uitgezonderd de woon-werkverplaatsingen).

Niet-inbegrepen : de wachtdiensten en onderzoeksactiviteiten en onderwijs.

Tabel 40 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week voor elke activiteit (binnen en buiten het ziekenhuis)

					Aantal gepresteerde uren per werkplaats door geheel van de groep	
	N	Min. uren	Max. uren	Gemiddelde	N * gemid.	%
Binnen het ziekenhuis	1405	1	120	45,0	63267,15	88,7%
▪ Spoed	459	1	100	10,5	4801,14	6,7%
▪ Gewone (klassieke) hospitalisatie	1100	1	84	15,8	17325,00	24,3%
▪ Daghospitalisatie	585	1	60	9,7	5645,25	7,9%
▪ Raadplegingen	1292	1	90	20,3	26266,36	36,8%
▪ Medico-techniek en/of labo	577	1	65	15,1	8695,39	12,2%
▪ Andere	290	1	100	20,1	5840,60	8,2%
Buiten het ziekenhuis	519	1	73	15,5	8049,69	11,3%
▪ Privé praktijk alleen	352	1	69	13,9	5459,52	7,6%
▪ Privé groepspraktijk enkel met artsen-specialisten	141	2	70	14,1	1988,10	2,8%
▪ Privé groepspraktijk met artsen-specialisten en andere disciplines	69	2	50	11,6	801,09	1,1%
▪ Laboratorium	3	10	40	23,3	69,99	0,1%
▪ Andere	38	1	60	10,8	411,92	0,6%
Totaal					71316,84	100,0%

Bij beschouwing van het aantal gepresteerde uren per week **in functie van de specialisatie van de respondenten**, zien we dat de internisten (in vergelijking met de overige specialisten) gemiddeld meer uren presteren per week bij de spoed (16 uren/week) en de gewone consultaties (22 uren/week).

De oncologen laten gemiddeld meer uren optekenen in het kader van de daghospitalisaties (18,3 uren/week) – voor de cardiologen is dit gemiddeld 4,9 uren per week.

De reumatologen presteren gemiddeld het meest aantal uren binnen de setting van de raadplegingen (27,5 uren/week).

Buiten het ziekenhuiskader, wordt vastgesteld dat de reumatologen hier gemiddeld meer uren per week besteden dan de andere specialisaties (alle activiteiten beschouwd).

4.6 Huidige gemiddelde tijdsbesteding

4.6.1 Patiëntenzorg en andere beroepsactiviteiten

Uit onderstaande blijkt dat praktisch alle ondervraagde artsen-specialisten aan patiëntenzorg doen (96,4%). 80,2% neemt activiteiten op van administratieve en logistieke aard, 42,7% is betrokken bij activiteiten aangaande beleid en management en 35,7% doet verplaatsingen andere dan de woon-werkverplaatsingen.

Tabel 41 : Beroepsactiviteiten uitgedrukt in % (N=1659) – Niet-exclusieve antwoorden

	Aandeel specialisten die resp. activiteiten opnemen
Patiëntenzorg	96,4%
Administratie, logistiek	80,2%
Verplaatsingen andere dan deze van woon-werk	42,7%
Beleid en management	35,7%
Stagebegeleiding (stagemeester ASO)	30,4%
Onderwijs	28,4%
Onderzoek	28,1%
Preventieve geneeskunde	20,6%
Andere (o.m. medico-techniek & labo, congressen, advies, vrijwilligerswerk, overleg, ...)	4,4%
Verzekeringsgeneeskunde	2,8%

In tabel 42 wordt de verdeling weergegeven van het **gemiddeld aantal uren per week die besteed worden aan patiëntenzorg en aan andere beroepsgerelateerde activiteiten** (excl. woon-werkverplaatsingen). Bij de berekening van de gemiddelden zijn enkel de respondenten opgenomen die momenteel ook effectief de vernoemde activiteiten uitvoeren. Dit om geen 'bias' te bekomen van het effectief gemiddeld aantal gepresteerde uren voor elke activiteit. Het is ook belangrijk er op te wijzen dat er geen enkele relatie is tussen de voorgestelde percentage in tabel 42 en de gemiddelde tijd besteed per week voor elke activiteit.

Zoals de analyse uitwijst, worden gemiddeld de meeste uren besteed aan patiëntenzorg (38,7 uren/week). Wat de andere beroepsactiviteiten betreffen, gemiddeld 7,5 uren per week gaan naar administratie en logistiek en 6,3 uren per week naar onderzoek. Aan stagebegeleiding en verzekeringsgeneeskunde wordt resp. 6,0 en 5,9 uren per week besteed. Gemiddeld 5,2 uren per week gaat naar de preventieve geneeskunde.

Ten opzichte van het totaal aantal gepresteerde uren door de respondenten die de beroepsactiviteiten in kwestie effectief opnemen, kan vastgesteld worden dat 71% van het totaal aantal uren besteed wordt aan patiëntenzorg en op een tweede plaats komt administratie en logistiek met 11,5%.

Tabel 42 : Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week m.b.t. patiëntenzorg en beroepsgelateerde activiteiten) – enkel voor de respondenten die momenteel effectief de resp. activiteiten uitvoeren (excl. woon-werkverplaatsingen)

					Aantal gepresteerde uren door respondenten die effectief activiteit uitvoeren	
	N	Min. uren	Max. uren	Gemiddelde	N*gemiddelde	%
Patiëntenzorg	1570	1	100	38,7	60759,00	70,9%
Administratie, logistiek	1316	1	40	7,5	9896,32	11,5%
Verplaatsingen andere dan deze van woon-werk	695	1	68	4,5	3113,60	3,6%
Beleid en management	585	1	30	3,1	1825,20	2,1%
Stagebegeleiding (stagemeeester ASO)	492	1	56	6,0	2971,68	3,5%
Onderwijs	462	1	50	6,3	2910,60	3,4%
Onderzoek	454	1	58	4,0	1816,00	2,1%
Preventieve geneeskunde	335	1	52	5,2	1755,40	2,0%
Andere (o.m. medico-techniek & labo, advies, congressen, overleg, ...)	52	1	65	10,4	541,84	0,6%
Verzekeringsgeneeskunde	44	1	50	5,9	260,48	0,3%
Totaal					85724,52	100,0%

4.6.2 Wachtdienst

12,9% van de ondervraagde artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde doet nooit wachtdienst (basis N=1.437), 48,4% doet wachtdienst met verplichte aanwezigheid ter plaatse en 89,1% waarbij men oproepbaar is. De percentages in onderstaande tabel betreffen niet exclusieve percentages (meerdere antwoorden zijn mogelijk omdat men zowel oproepbare wachtdienst als wachtdienst met verplichte aanwezigheid kan doen - hierbij is dan het totaal niet noodzakelijk 100%). Voor elke beschouwde groep (Nederlandstaligen, Franstaligen en Totaal) worden in de tweede kolom de percentages weergegeven die betrekking hebben op alle ondervraagde respondenten (N=1649) (zowel zij die wachtdienst doen als zij die dat nooit doen); in de derde kolom betreft het percentages van zij die effectief wachtdienst doen (N=1437).

Tabel 43 : Wachtdienst (meerdere antwoorden mogelijk) – naar taalrol

	Nederlandstalig			Franstalig			Totaal		
	N	% N=765	% N=678	N	% N=884	% N=759	N	% N=1649	% N=1437
Wachtdienst met verplichte aanwezigheid ter plaatse	307	40,1%	45,3%	388	43,9%	51,1%	695	42,1%	48,4%
Wachtdienst oproepbaar	624	81,5%	92,0%	657	74,3%	86,6%	1281	77,7%	89,1%
Totaal respondenten die effectief wacht- dienst doen	678	88,6%		759	85,9%		1437	87,1%	
Totaal respondenten die géén wachtdienst doen	87	11,4%		125	14,1%		212	12,9%	
Totaal	765	100,0%		884	100,0%		1649	100,0%	

Beschouwen we in onderstaande tabel de verdeling van de respondenten naar zij die uitsluitend (exclusief) het ene type van wachtdienst dan wel het andere type opnemen (of beide), dan zien we dat van diegenen die wachtdienst doen (N=1437), 10% wachtdienst uitsluitend ter plaatse verricht, 51,6% uitsluitend waarbij men oproepbaar is en de overige 37,5% van de artsen-specialisten doet beide soorten van wachtdienst.

Tabel 44 : Wachtdienst (unieke antwoorden)– naar taalrol

	Nederlandstalig			Franstalig			Totaal		
	N	% N=765	% N=678	N	% N=884	% N=759	N	% N=1649	% N=1437
Uitsluitend wachtdienst met verplichte aanwezigheid ter plaatse	54	7,1%	7,9%	102	11,5%	13,4%	156	9,5%	10,9%
Uitsluitend wachtdienst oproepbaar	371	48,5%	54,7%	371	41,9%	48,9%	742	45,0%	51,6%
Wachtdienst ter plaatse én oproepbaar	253	33,1%	37,3%	286	32,3%	37,7%	539	32,7%	37,5%
Totaal respondenten die effectief wacht- dienst doen	678	88,6%	100,0%	759	85,9%	100,0%	1437	87,1%	100,0%
Totaal respondenten die géén wachtdienst doen	87	11,4%		125	14,1%		212	12,9%	
Totaal	765	100,0%		884	100,0%		1649	100,0%	

Voor de totale groep beschouwd - inclusief zij die géén wachtdienst doen -, wordt er gemiddeld per maand 109,8 uren wachtdienst gedaan. Beschouwen we enkel de groep van artsen-specialisten die effectief wachtdienst doen, dan zien we dat het gemiddeld aantal uren wachtdienst per maand toeneemt tot 127 uren per maand. Deze laatste omvatten drie te onderscheiden groepen, zijnde : de respondenten die uitsluitend ter plaatse wachtdienst doen, de respondenten die uitsluitend oproepbare wachtdienst doen en tenslotte zij die zowel wachtdienst ter plaatse doen als oproepbare.

Tabel 45 : Gemiddeld aantal uren wachtdienst per maand - naar taalrol en geslacht

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N
Wachtdienst uitsluitend ter plaatse	65,7	52	57,9	101	60,5	153
- Mannen	71,0	25	60,2	67	63,1	92
- Vrouwen	60,7	27	53,3	34	56,6	61
Wachtdienst uitsluitend oproepbaar	115,9	355	117,2	357	116,5	712
- Mannen	114,8	241	106,0	241	110,4	482
- Vrouwen	118,1	114	140,4	116	129,4	230
Wachtdienst ter plaatse én oproepbaar	166,2	248	155,0	280	160,2	528
- Mannen	164,0	172	156,6	185	160,2	257
- Vrouwen	171,2	76	151,8	95	160,4	171
Totaal gebaseerd op zij die wachtdienst doen (uitsluitend ter plaatse, uitsluitend oproepbaar of beiden)	130,9	655	123,4	738	127,0	1393
- Mannen	131,6	438	118,8	493	124,8	931
- Vrouwen	129,6	217	132,7	245	131,3	462
Totaal gebaseerd op het geheel van de respondenten	115,4	743	105,1	867	109,8	1610
- Mannen	116,0	497	100,8	581	107,8	1078
- Vrouwen	114,3	246	113,7	286	114,0	532

(*)(incl. zij die geen wachtdienst doen)

Betreffende de specialisten die uitsluitend ter plaatse wachtdienst doen (dus nooit oproepbaar) bedraagt het gemiddeld aantal uren per maand 60,5. Voor zij die uitsluitend oproepbare wachtdienst doen (dus nooit met verplichte aanwezigheid ter plaatse) ligt het gemiddeld aantal uren per maand beduidend hoger, zijnde 116,5. Tenslotte blijkt uit de cijfers dat gemiddeld 160,2 uren per maand gepresteerd worden door de groep van specialisten die zowel wachtdienst ter plaatse doen als wachtdienst waarbij men oproepbaar is. Deze laatste categorie omvat niet alle respondenten die effectief wachtdienst doen maar groepeert enkel de respondenten die niet uitsluitend wachtdienst ter plaatse uitvoeren en zij die niet uitsluitend oproepbare wachtdienst doen.

Binnen de groep van respondenten die uitsluitend oproepbare wachtdienst doen, stelt men vast dat de vrouwen gemiddeld meer uren presteren dan de mannen (resp. 129,4 tegenover 110,4 uren). Deze laatsten presteren per maand gemiddeld meer uren wachtdienst ter plaats (resp. 63,1 tegenover 56,6 uren).

Naar taalrol kan algemeen aangegeven worden dat de Nederlandstalige specialisten meer uren wachtdienst opnemen dan hun Franstalige collega's, ongeacht het type van wachtdienst. Het is enkel binnen de groep van zij die uitsluitend oproepbare wachtdienst doen dat de Franstaligen gemiddeld meer uren doen dan hun Nederlandstalige collega's (resp. 117,2 uren tegenover 115,9 uren).

Samengevat, de vrouwen en de Nederlandstaligen doen gemiddeld meer uren per maand wachtdienst dan resp. de mannen en de Franstaligen – ongeacht of het de gehele groep (ook zij die geen wachtdienst doen) betreft of enkel de groep die wachtdienst doet.

4.6.3 Nascholing

Bijna alle ondervraagde specialisten volgen 'nascholing' (97,4%). Voor de totale groep (hier ook inbegrepen zij die geen nascholing volgen – N=1573) zien we dat er gemiddeld 8,1 uren per maand wordt besteed aan nascholing (verplaatsingen niet inbegrepen).

Nemen we enkel de groep van specialisten die effectief nascholing volgen (N=1533) dan stellen we vast dat er gemiddeld per maand 8,3 uren nascholing wordt gevolgd. Uit onderstaande tabel blijkt verder dat de mannelijke artsen-specialisten gemiddeld meer uren nascholing volgen per maand dan hun vrouwelijke collega's (resp. 8,7 tegenover 7,4 uren). Deze vaststelling geldt ook voor de Nederlandstalige specialisten tegenover hun Franstalige collega's (resp. 9,4 uren tegenover 7,3 uren). Het detail van de gemiddelden alsook van de medianen is weergegeven in de bijgevoegde tabellen 46 en 47.

Tabel 46 : Gemiddeld aantal uren per maand besteed aan nascholing naar taalrol en geslacht

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N
Totaal gebaseerd op zij die effectief nascholing volgen	9,4	710	7,3	823	8,3	1533
- Mannen	10,3	479	7,4	559	8,7	1038
- Vrouwen	7,6	231	7,2	264	7,4	495
Totaal gebaseerd op het geheel van de respondenten (incl. zij die geen nascholing volgen)	9,1	731	7,2	842	8,1	1573

Tabel 47 : Mediaan aantal uren per maand besteed aan nascholing naar taalrol en geslacht

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	Mediaan	N	Mediaan	N	Mediaan	N
Totaal gebaseerd op zij die effectief nascholing volgen	8	710	5	823	6	1533
- Mannen	8	479	6	559	6	1038
- Vrouwen	6	231	5	264	6	495
Totaal gebaseerd op het geheel van de respondenten (incl. zij die geen nascholing volgen)	7	731	5	842	6	1573

4.7 Inschatting evolutie tijdsbesteding

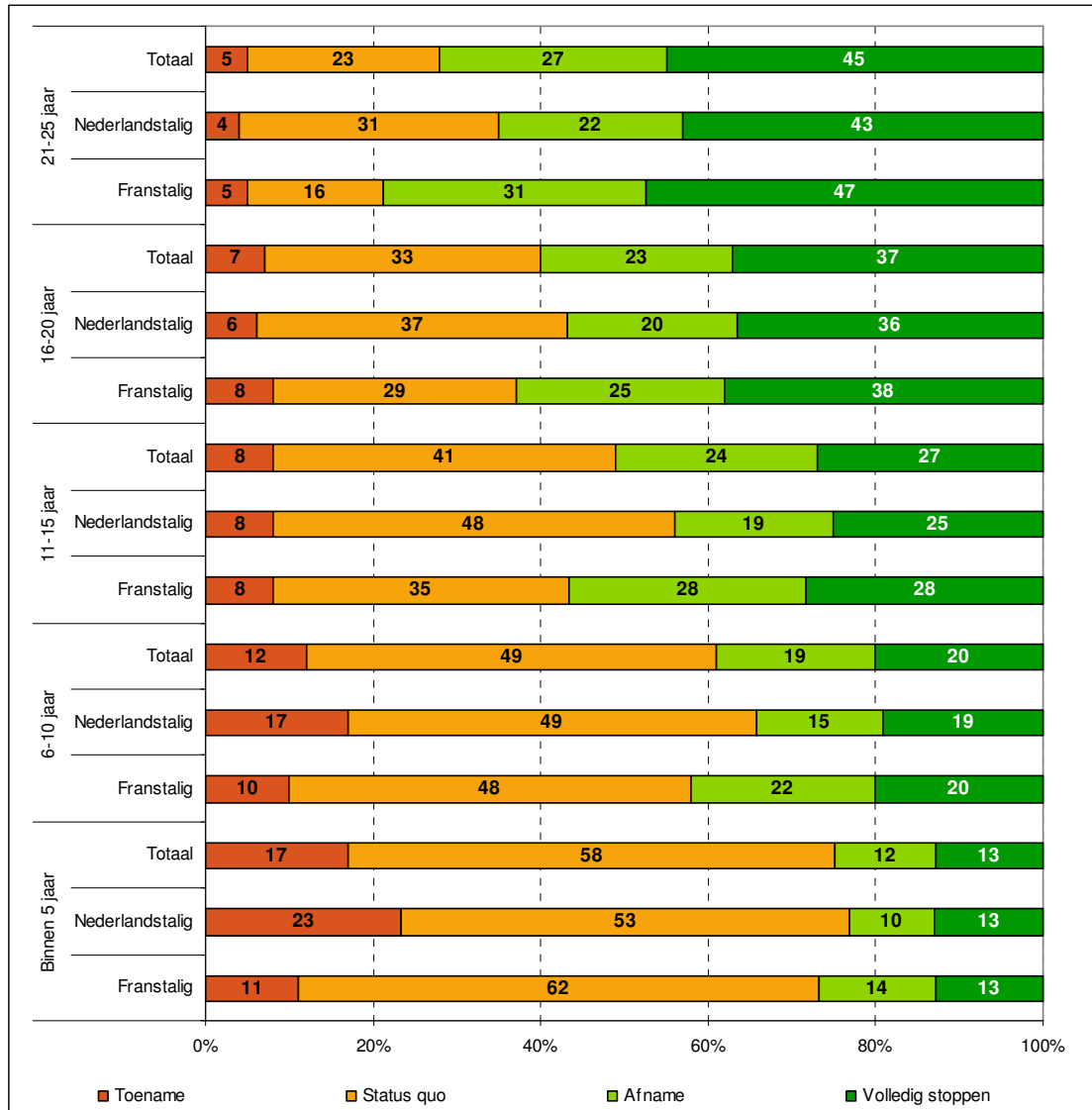
Niet enkel werd de vraag gesteld naar een inschatting van de huidige tijdsbesteding in België – in aantal te presteren uren per week - maar eveneens of deze tijdsbesteding in de toekomst zal toenemen, afnemen of status quo blijven.

Op deze vraag hoe men het verloop van de verdere carrière ziet – aan te duiden per tijdsperiodes van 5 jaar - en dit in concreto m.b.t. het aantal te presteren uren per week, antwoordt 58% van de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV dat zij in de thans volgende 5 jaar een status quo verwachten. Dit aandeel daalt evenwel naarmate men het gevraagde verder in de tijd dient te projecteren. Logischerwijs nemen dan wel enerzijds de aandelen 'afname' en 'volledig stoppen' gradueel toe en neemt anderzijds het aandeel 'toename' af.

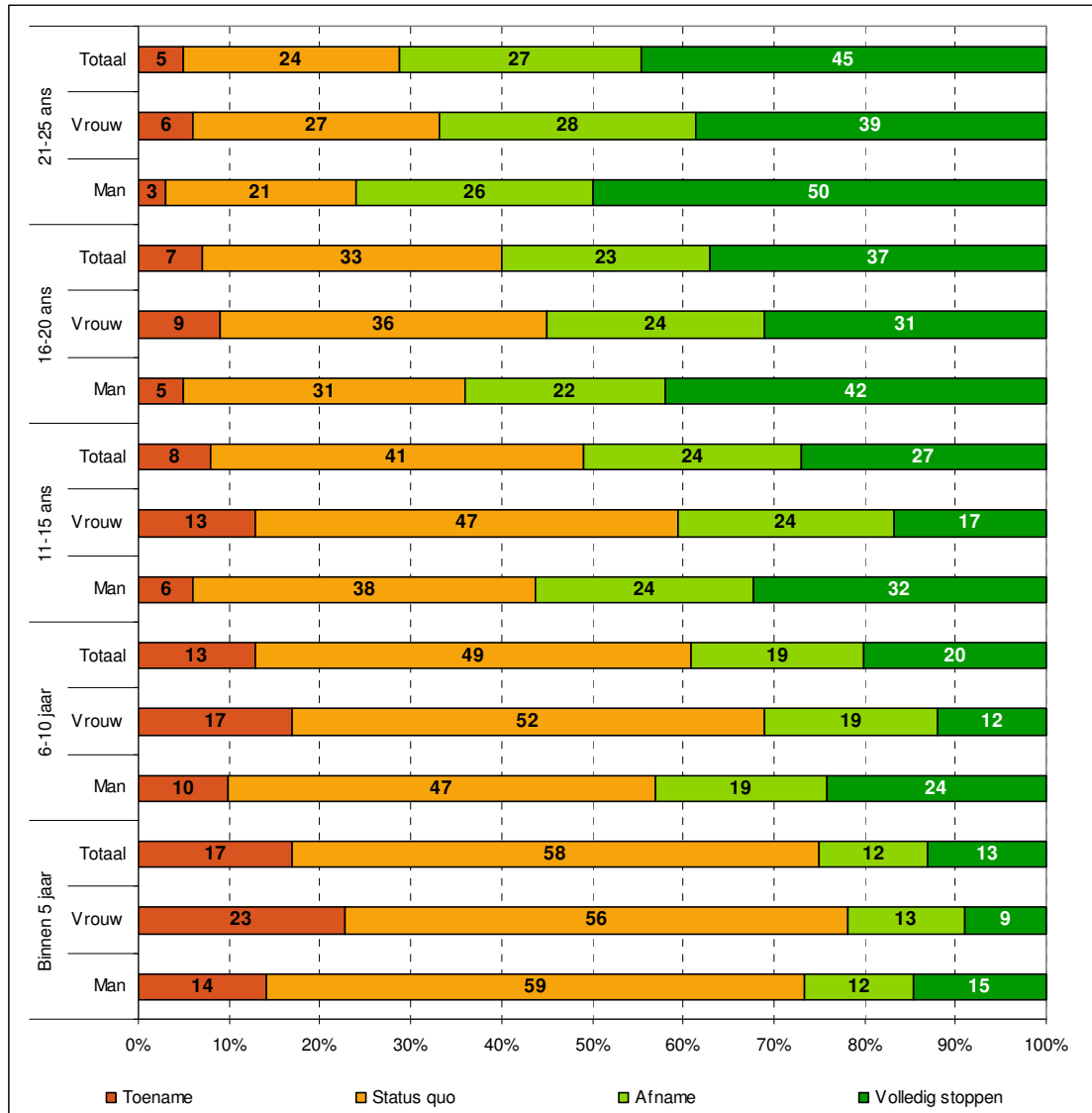
Voor de eerste twee periodes van 5 jaar (nu tot 5 jaar en 6-10 jaar) denken proportioneel beduidend meer Nederlandstalige dan Franstalige specialisten dat hun aantal prestaties per week zullen toenemen. Voor wat de periodes 16 tot 20 jaar en 21 tot 25 jaar betreffen, binnen deze periodes verwachten dan weer proportioneel meer Franstalige specialisten dan hun Nederlandstalige collega's hun prestaties 'af te bouwen' en 'volledig te stoppen'.

Naar geslacht beschouwd, kan vastgesteld worden dat voor alle periodes, proportioneel meer mannelijke specialisten dan hun vrouwelijke collega's aan volledig stoppen denken terwijl bij de vrouwen voor de resp. periodes meer gedacht wordt aan een toename van prestaties.

Figuur 52 : Inschatting van verloop van het aantal te presteren uren per week als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV per tijdperiodes van 5 jaar (vergroten / status quo / verminderen / volledig stoppen)– naar taalrol



Figuur 53 : Inschatting van verloop van het aantal te presteren uren per week als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV per tijdperiodes van 5 jaar (vergroten / status quo / verminderen / volledig stoppen) – naar geslacht



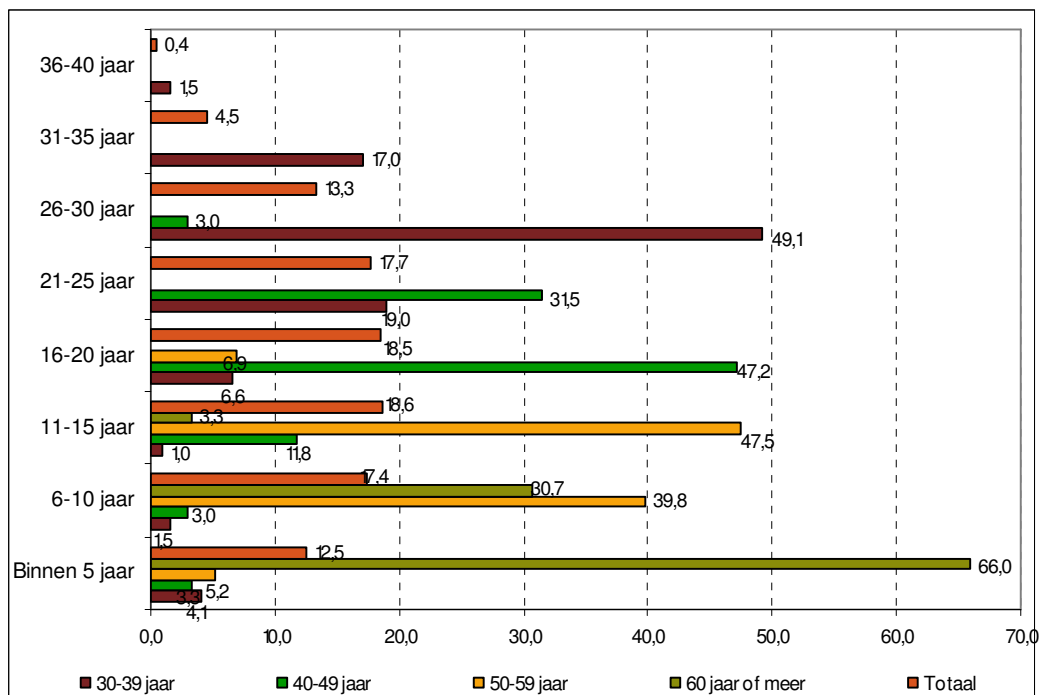
4.8 Inschatting van aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer volledige stop uitoefening specialisatie

Globaal blijkt uit de bevraging dat 13% van de specialisten wilt stoppen met zijn beroepsactiviteiten binnen dit en 5 jaar – logischerwijze betreft het hier voor 66% specialisten die 60 jaar en ouder zijn. 18,6% van de specialisten denkt de beroepsactiviteiten stop te zetten binnen 11 tot 15 jaar. Bijna de helft is hier 50 tot 59 jaar oud. Verder geeft 18,5% van de ondervraagde artsen-specialisten aan dat men nog 16 tot 20 jaar denkt te werken als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV.

De onderstaande figuur geeft ook verder aan dat 4,5% van de ondervraagden denkt te stoppen binnen 31 jaar en meer en 0,4% binnen 36 tot 40 jaar. Het gaat hier uitsluitend om specialisten van 30 tot 39 jaar. Het blijkt hier duidelijk dat naarmate de leeftijd van de respondent toeneemt, (50-59-jarigen en 60-plussers), hoe minder jaren men nog denkt te werken vooraleer definitief te stoppen.

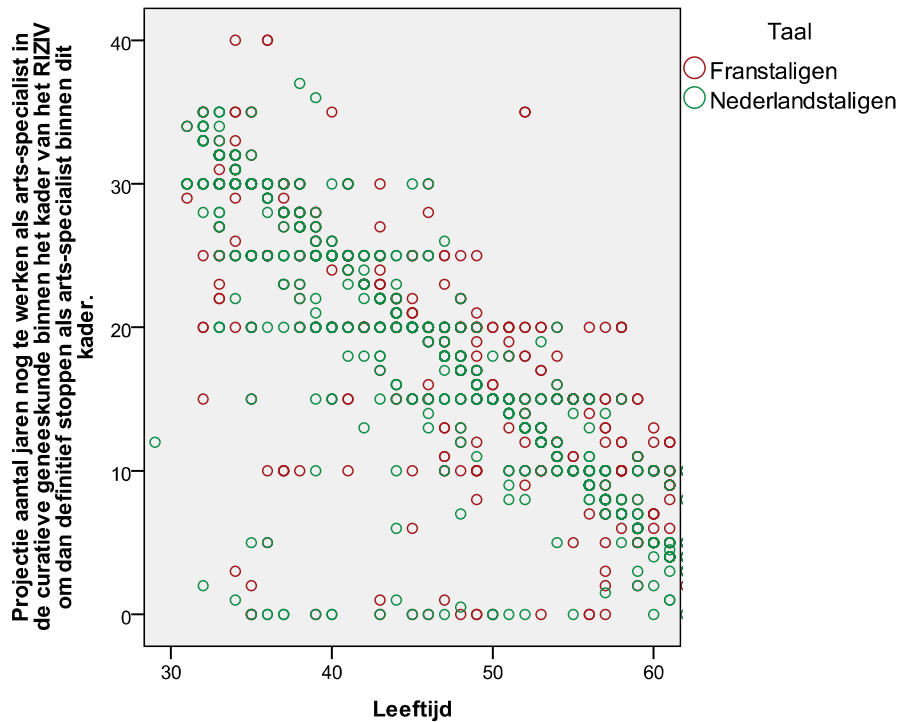
Naar geslacht wordt vastgesteld dat minder vrouwen dan mannen denken te stoppen met werken in de komende 11 tot 15 jaar. Deze tendens keert zich progressief om vanaf 16 tot 20 jaar. Naar taalrol tekenen we geen noemenswaardig verschillen op.

Figuur 54 : Inschatting van het aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer definitieve stopzetting uitoefening specialisatie (%)– naar leeftijd (N=1586)



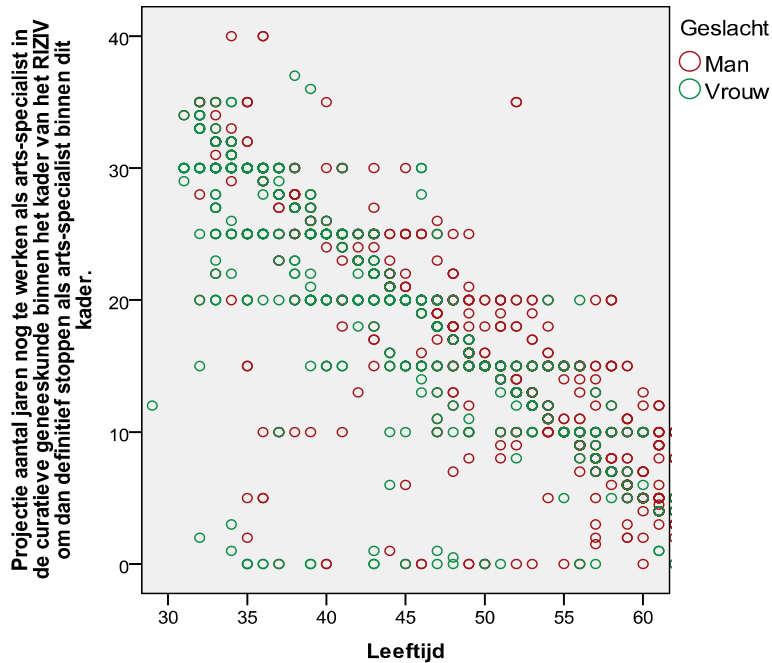
In wat volgt, wordt aan de hand van een strooi- en spreidingsdiagram de samenhang beschouwd tussen de toekomstige projectie van het aantal nog te werken jaren als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV én de leeftijd van de respondent, verdeeld naar taalrol, geslacht en tewerkstellingsstatuut.

Figuur 55 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Inschatting van het aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer definitieve stopzetting uitoefening specialisatie – naar taalrol (*)



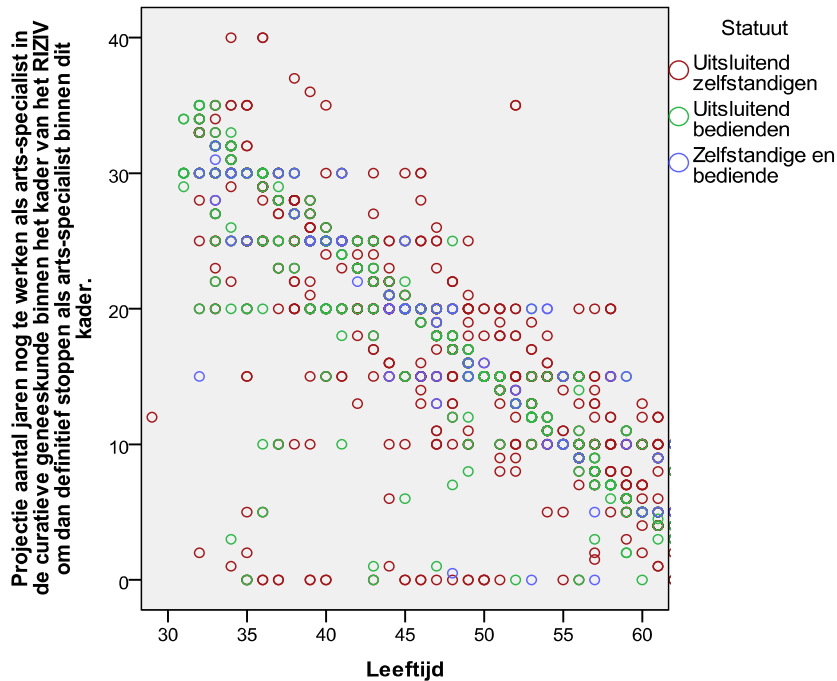
(*) In de figuur verschijnen blijkbaar onwaarschijnlijke data. Ter controle werden deze gegevens allen manueel terug opgezocht in de papieren vragenlijsten. Hieruit blijkt dat deze 'onwaarschijnlijke' antwoorden wel degelijk de antwoorden zijn zoals ze werden opgegeven door de ondervraagde specialisten; het zijn geen fouten van encodage (invoer van de data).

Figuur 56 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Inschatting van het aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer definitieve stopzetting uitoefening specialisatie – naar geslacht (*)



(*) Ibidem

Figuur 57 : Spreidingsdiagram (scatter plot) : Inschatting van het aantal jaren beroepsactiviteit binnen het RIZIV-kader vooraleer definitieve stopzetting uitoefening specialisatie – naar tewerkstellingsstatuut (*)



(*) Ibidem

Gemiddeld denken de ondervraagde specialisten nog 17,1 jaren werkzaam te zijn als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV om dan definitief te stoppen. Het gemiddeld geprojecteerd aantal jaren is hoger bij de vrouwen dan bij de mannen (resp. 20,1 jaren t.o. 15,6 jaren).

Tabel 48 : Inschatting van het gemiddeld aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV vooraleer definitief te stoppen – naar taalrol en geslacht

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N
Totaal	17,3	726	16,9	860	17,1	1586
- Mannen	15,5	482	15,6	583	15,6	1065
- Vrouwen	20,8	244	19,5	277	20,1	521

Op basis van onderstaande tabel kan nogmaals duidelijk gesteld worden dat naarmate de leeftijd van de respondent toeneemt, hoe minder jaren men nog denkt beroepsactief te zijn.

Tabel 49 : Inschatting van het gemiddeld aantal jaren beroepsactiviteit als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV vooraleer definitief te stoppen – naar geslacht en leeftijd

	Man		Vrouw		Totaal	
	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N	Gemiddeld	N
Totaal	15,8	1026	20,3	511	17,3	1537
- 30-39 jaar	27,3	170	26,6	225	26,9	395
- 40-49 jaar	19,7	315	18,9	177	19,4	492
- 50-59 jaar	11,9	378	10,9	87	11,7	465
- 60+	5,7	163	4,7	22	5,6	185

4.9 Beoefening andere professionele activiteiten naast arts-specialist in curatieve geneeskunde binnen RIZIV-kader

13,8% van de artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV beoefent hiernaast nog een andere professionele activiteit uit. Naar taalrol is er globaal geen noemenswaardig verschil op de tekenen.

Van zij die niet werken in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV (N=228), is het grootste aandeel actief in onderzoek (28,1%) en het onderwijs (26,2%).

Op niveau van de taalrol, laten de Nederlandstaligen een hoger aandeel noteren op het vlak van onderwijs (resp. 30,2% t.o. 22,6%) en onderzoek (resp. 30,2% t.o. 26,1%).

Tabel 50 : Beoefening andere professionele activiteit(en) door de ondervraagde artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader RIZIV (meerdere antwoorden mogelijk) – naar taalrol

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Neen, geen beoefening andere professionele activiteit	655	85,6%	769	86,7%	1424	86,2%
Ja, beoefening andere professionele activiteit	110	14,4%	118	13,3%	228	13,8%
▪ Beoefening curatieve geneeskunde, buiten het kader van RIZIV	4	3,8%	4	3,5%	8	3,6%
▪ Verzekeringen / Mutualiteit / Expertise	9	8,5%	12	10,4%	21	9,5%
▪ Commerciële sector	2	1,9%	2	1,7%	4	1,8%
▪ Gezondheids- of medische sector	5	4,7%	11	9,6%	16	7,2%
▪ Preventieve geneeskunde	3	2,8%	5	4,3%	8	3,6%
▪ Onderwijs	32	30,2%	26	22,6%	58	26,2%
▪ Onderzoek	32	30,2%	30	26,1%	62	28,1%
▪ Administratie	7	6,6%	7	6,1%	14	6,3%
▪ Dienstverlening (privé)	2	1,9%	4	3,5%	6	2,7%
▪ Andere	10	9,4%	14	12,2%	24	10,9%
Totaal	765	100,0%	887	100,0%	1652	100,0%

In de categorie "andere" vindt men terug : directiefunctie binnen een ziekenhuis (N=5), ziekenhuishygiëne (N=3).

Naar geslacht, zien we globaal dat proportioneel meer mannelijke specialisten nog een andere professionele activiteit beoefenen dan hun vrouwelijke collega's (resp. 16,8% tegenover 7,8%). Bekijken we de diverse sectoren afzonderlijk dan noteren we een hoger aandeel vrouwen dan mannen in de sector onderzoek (resp. 31,7% tegenover 27,2%).

Tabel 51 : Beoefening andere professionele activiteit(en) door de ondervraagde artsen-specialisten werkzaam in de curatieve geneeskunde binnen het kader RIZIV (meerdere antwoorden mogelijk) – naar geslacht

	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Neen, geen beoefening andere professionele activiteit	916	83,2%	508	92,2%	1424	86,2%
Ja, beoefening andere professionele activiteit	185	16,8%	43	7,8%	228	13,8%
▪ Beoefening curatieve geneeskunde, buiten het kader van RIZIV	6	3,3%	2	4,9%	8	3,6%
▪ Verzekeringen / Mutualiteit / Expertise	19	10,6%	2	4,9%	21	9,5%
▪ Commerciële sector	3	1,7%	1	2,4%	4	1,8%
▪ Gezondheids- of medische sector	14	7,8%	2	4,9%	16	7,2%
▪ Preventieve geneeskunde	7	3,9%	1	2,4%	8	3,6%
▪ Onderwijs	47	26,1%	11	26,8%	58	26,2%
▪ Onderzoek	49	27,2%	13	31,7%	62	28,1%
▪ Administratie	10	5,6%	4	9,8%	14	6,3%
▪ Dienstverlening (privé)	6	3,3%	0	0,0%	6	2,7%
▪ Andere	19	10,6%	5	12,2%	24	10,9%
Totaal	1101	100,0%	551	100,0%	1652	100,0%

4.10 Evaluatie van de beroepssituatie

4.10.1 Algemeen

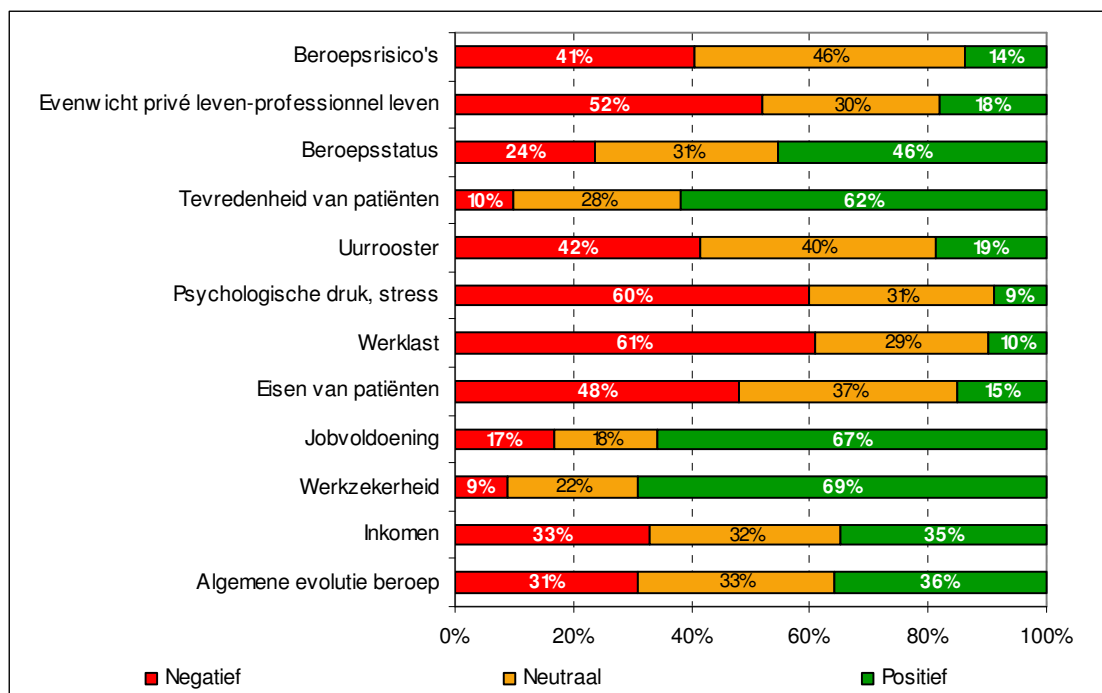
In de bevraging werd aan alle respondenten die hun specialisatie beoefenen in de curatieve geneeskunde een aantal items voorgelegd die gerelateerd zijn aan hun huidige beroep als arts-specialist in de curatieve geneeskunde. Het betreffen de items : het inkomen, de werkzekerheid, de eisen van patiënten, de werklast, de beroepsrisico's, enz. De specialisten worden gevraagd deze items te beoordelen op een 5-puntenschaal gaande van zeer negatief tot zeer positief. De gegeven scores zijn opgenomen in onderstaande tabel.

De items die het meest positief worden beoordeeld (en die een significant hoger aandeel kennen dat positief is) zijn 'werkzekerheid' (69%), 'jobvoldoening' (67%) en kort gevolgd door de tevredenheid van de patiënten (62%).

Items die het meest negatief worden beoordeeld (en die een significant hoger aandeel kennen dat negatief is) zijn werklast (61%) en psychologische druk, stress (60%). Blijkbaar is door de uitoefening van het beroep ook een minder goed evenwicht tussen privé-leven en professioneel leven aangezien 52% dit punt als negatief beoordelen.

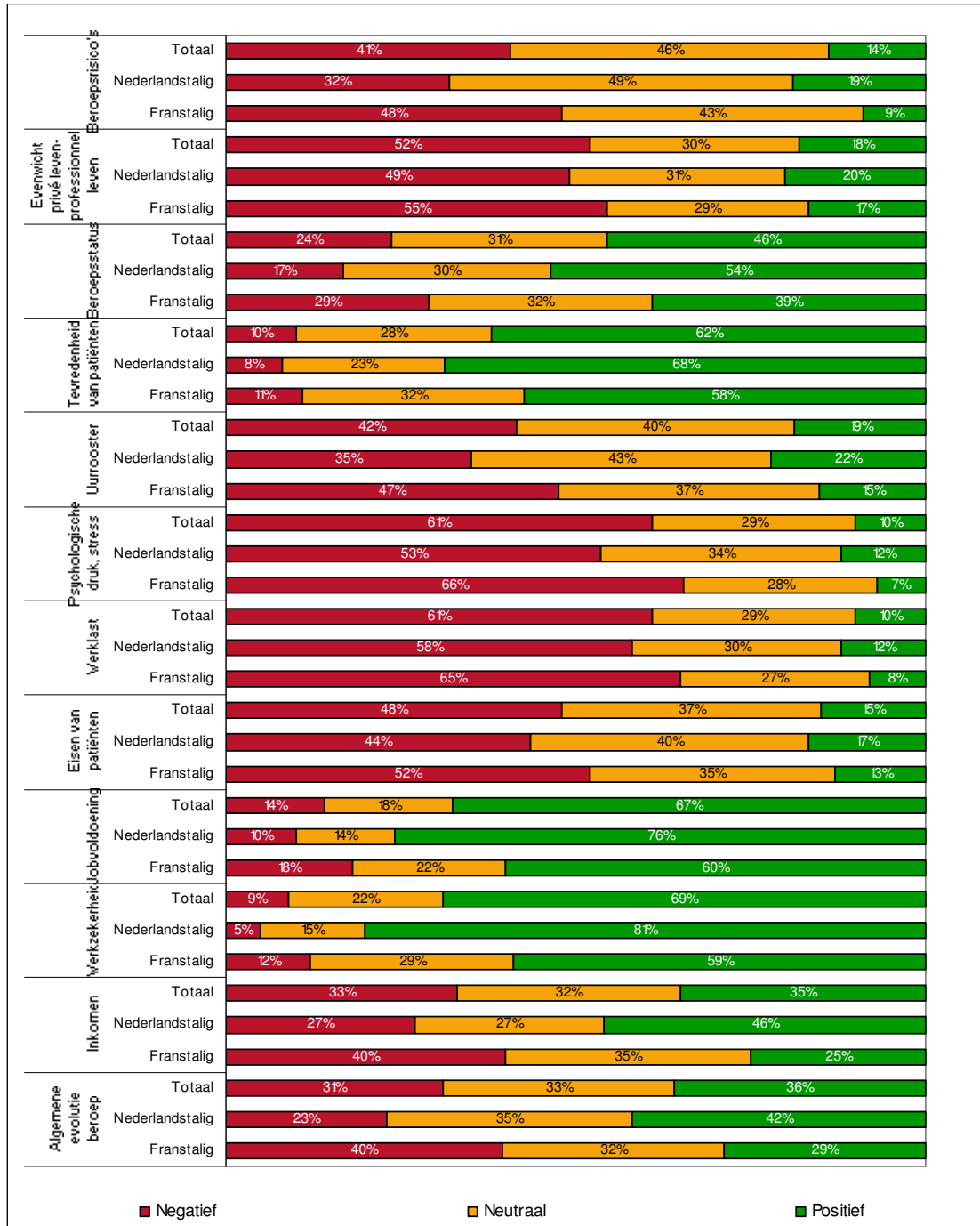
De aspecten waarvan het aandeel negatieve beoordeling hoger ligt dan een positieve, zijn : de eisen van de patiënten (resp. 48% t.o. 15%), het uurrooster (resp. 42% t.o. 19%) en tenslotte de beroepsrisico's (resp. 41% t.o. 14%).

Figuur 58 : Beoordeling van het beroep als arts-specialist in de curatieve geneeskunde (door de betrokken respondenten) – Negatief / Neutraal / Positief (N=1654)



Het is hier ook interessant te noteren dat de Franstalige artsen-specialisten over het algemeen de opgegeven aspecten negatiever beoordelen dan hun Nederlandstalige collega's.

Figuur 59 : Beoordeling van het beroep als arts-specialist in de curatieve geneeskunde (door de betrokken respondenten) – naar taalrol (N=1654)



4.10.2 Principale Componentenanalyse

4.10.2.1 INLEIDING

Op de vraag m.b.t. de evaluatie van de beroepssituatie van de artsen-specialisten werd eveneens een principale componentenanalyse (PCA) uitgevoerd. Deze analyse heeft tot doel de verkregen informatie m.b.t. de 12 onderscheiden evaluatie-items te verminderen of te resumeren middels een beperkt aantal hypothetische variabelen – ook factoren genoemd (of ook nog dimensies of componenten¹¹). Met andere woorden, deze methodiek laat toe de informatie te verminderen tot een beperkter aantal componenten dan het initieel aantal variabelen met de garantie van een minimaal verlies aan informatie.

Betreffende uitvoering van de pincipale componentenanalyse, drie grote stappen kunnen hier onderscheiden worden :

1. De vaststelling van correlaties. Deze analyse kan slechts plaatsvinden indien er significante correlaties kunnen opgetekend worden tussen de variabelen; deze correlaties tussen variabelen worden verklaard middels het bestaan van de GEMEENSCHAPPELIJKE FACTOREN.
2. Extractie van de gemeenschappelijke factoren (of gemeenschappelijke componenten). Zoals gesteld, de correlaties tussen de variabelen worden verklaard door het bestaan van de gemeenschappelijke factoren. Echter, HOEVEEL gemeenschappelijk factoren laten zich optekenen ? Hoeveel gemeenschappelijke factoren zijn noodzakelijk voor onze items te verklaren ?
3. De interpretatie van de factoren. Wat vertegenwoordigen de factoren ? Hoe deze te interpreteren, te benoemen ?

De PCA zal gebruikt worden om de latente structuur van de set van variabelen (hier de evaluatie-items) te achterhalen, waarbij aldus de set van variabelen gereduceerd wordt tot één of meerdere dimensies. Vervolgens wordt per dimensie (component) nagegaan hoe hoog de variabelen laden op die specifieke component, hetgeen een indicatie geeft van de belangrijkheid van die variabele voor die component.

¹¹ Bij een factoranalyse van het type “pincipale componenten” wordt vaak de term “composante” factor genoemd.

4.10.2.2 OPGAVE VAN DE HYPOTHESEN

In wat volgt wordt een principale ‘confirmatieve’ componentenanalyse uitgevoerd. Deze analyse wordt toegepast wanneer men reeds een voorafgaand idee heeft over de manier waarop de items zich gaan structureren / groeperen. Dus vooreerst worden hypothesen (houdende de groepering van de items) geformuleerd die vervolgens worden geverifieerd middels de confirmatieve factoranalyse.

Voor onze eerste hypothese, wordt voorgesteld de volgende items te groeperen :

- Werklast
 - Psychologische druk, stress
 - Uurrooster
 - Evenwicht privé-leven – professioneel leven
 - Beroepsrisico's
- beslist wordt deze factor te benoemen als ‘**werkdruk, werklast**’ (*tijd en stress*)

Voor onze tweede hypothese, wordt een factor voorgesteld die volgende items groepeert :

- Eisen van de patiënten
 - Tevredenheid van de patiënten
 - Beroepsstatus (imago)
- beslist wordt deze factor te benoemen als ‘**intrinsieke jobvoldoening**’

Tenslotte, stellen wij voor dat onze derde en laatste hypothese een groepering inhoudt van volgende items :

- Algemene evolutie van het beroep
 - Inkomen
 - Werkzekerheid
 - Jobvoldoening
- deze factor wordt benoemd als ‘**extrinsieke jobvoldoening**’ (*inkomen*)’

4.10.2.3 VASTSTELLING VAN CORRELATIES

Teneinde te weten of een PCA op het geheel van onze gegevens mag uitgevoerd worden, dient de intensiteit van de relatie die kan bestaan tussen onze variabelen beschouwd te worden. In het geval waar de correlaties zeer zwak of onbestaande zouden zijn, zou het zeer moeilijk zijn één of meerdere factoren vast te stellen. Met andere woorden, ieder item moet een sterke correlatie hebben met tenminste een ander item.

De *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy* geeft een algemeen overzicht van de kwaliteit van de correlaties tussen de items. Deze KMO-index varieert tussen 0 en 1 en kan als volgt geïnterpreteerd worden :

- 0,80 en meer excellent
- 0,70 en meer goed
- 0,60 en meer middelmatig
- 0,50 en meer slecht
- minder dan 0,50 onaanvaardbaar

De KMO-index voor onze items bedraagt 0,869 dewelke dus kan gekwalificeerd worden als excellent. Deze index geeft aan dat de correlaties (samenhang) tussen onze items van een goede kwaliteit zijn. Wij kunnen aldus onze analyse verder zetten.

4.10.2.4 OPMAAK COMPONENTENMATRIX - ZONDER ROTATIE

Wij weten thans dat een principale componentenanalyse mag uitgevoerd worden op onze items. Er kan dan overgegaan worden tot een aftoetsing van onze hypothesen.

De eerste stap in de principale componentenanalyse is de opmaak van een componentenmatrix zonder rotatie (tabel 52). Deze matrix geeft de sterkte van de items op de 3 hypothetische factoren aan. Hoe hoger het gewicht, hoe representatiever het item is voor de factor.

Wij zien hier dat de items een belangrijker gewicht hebben voor de factor 'werklast'. Dit is duidelijk minder het geval voor de twee andere factoren. Wij gaan derhalve een "rotatie van de assen" uitvoeren. Deze stap omvat het nagaan van wat men noemt een "eenvoudige structuur" van de componenten.

Tabel 52 : Componentenmatrix *vóór* rotatie

Componenten	«werklast»	«intrinsieke jobvoldoening»	«extrinsieke jobvoldoening»
1. Algemene evolutie van het beroep	0,42	« charge de travail »	-0,053
2. Inkomen	0,718	-0,318	-0,046
3. Werkzekerheid	0,674	0,245	0,131
4. Jobvoldoening	0,671	-0,505	0,057
5. Eisen van patiënten	0,658	0,255	0,060
6. Werklast	0,635	0,426	-0,146
7. Psychologische druk, stress	0,635	0,150	-0,407
8. Uurrooster	0,623	-0,475	0,112
9. Tevredenheid van patiënten	0,599	-0,66	0,037
10. Beroepsstatus (imago)	0,549	0,273	0,469
11. Evenwicht tussen privé-leven en professioneel leven	0,499	0,383	-,575
12. Beroepsrisico's	0,404	0,446	0,484

4.10.2.5 OPMAAK COMPONENTENMATRIX – MET ROTATIE

In een volgende stap wordt de componentenmatrix 'geroteerd'. Na rotatie wordt hier vastgesteld dat de variabelen veel beter gegroepeerd zijn rond de verschillende factoren. Meer zelfs, deze groepering bevestigt onze drie hypothesen.

Na rotatie is iedere variabele veel meer verbonden met één bepaalde component dan met de anderen. Het is dus veel gemakkelijker om de componenten te interpreteren : ieder component geeft ons informatie over het standpunt van de respondenten over een selectie van problemen (vb. over de variabelen die sterk verbonden zijn met de factor).

Tabel 53 : Componentenmatrix na rotatie

Componenten	«werklast»	«intrinsieke jobvoldoening»	«extrinsieke jobvoldoening»
1. Algemene evolutie van het beroep	0,304	0,367	0,552
2. Inkomen	0,212	0,071	0,739
3. Werkzekerheid	-0,012	0,064	0,769
4. Jobvoldoening	0,281	0,414	0,500
5. Eisen van patiënten	0,317	0,692	0,111
6. Werklast	0,821	0,226	0,102
7. Psychologische druk, stress	0,727	0,259	0,153
8. Uurrooster	0,832	0,074	0,101
9. Tevredenheid van patiënten	0,048	0,849	0,053
10. Beroepsstatus (imago)	0,134	0,630	0,438
11. Evenwicht tussen privé-leven en professioneel leven	0,780	0,023	0,131
12. Beroepsrisico's	0,469	0,253	0,286

4.10.2.6 CRONBACH'S ALPHA

Na toetsing van de gestelde hypothesen – waarbij het duidelijk is hoe de evaluatie-items zich verhouden en zijn samengesteld -, dient evenwel nog de consistentie van de items gemeten te worden middels Cronbach's alpha. Cronbach's alpha is een manier om vast te stellen of meerdere items samen één schaal mogen vormen. Dit wordt getoetst op basis van de onderlinge correlatie van de verschillende items.

Cronbach's alpha betreft een statistische indicatie variërend tussen 0 en 1 die ons toelaat de homogeniteit van de 3 factoren te meten (of nog : een berekening of de antwoorden van de respondenten op deze items consistent zijn). Algemeen wordt de homogeniteit van de items voor elke factor als goed beoordeeld wanneer de waarde van de coëfficiënt ten minste gelijk is aan 0,7. Voor factor 1 is de alpha 0,826 wat geen enkel probleem oplevert. Voor de factoren 2 en 3 zijn de alpha's iets onder de 0,7 gelegen (resp. 0,690 et 0,699) maar dit is evenwel nog aanvaardbaar.

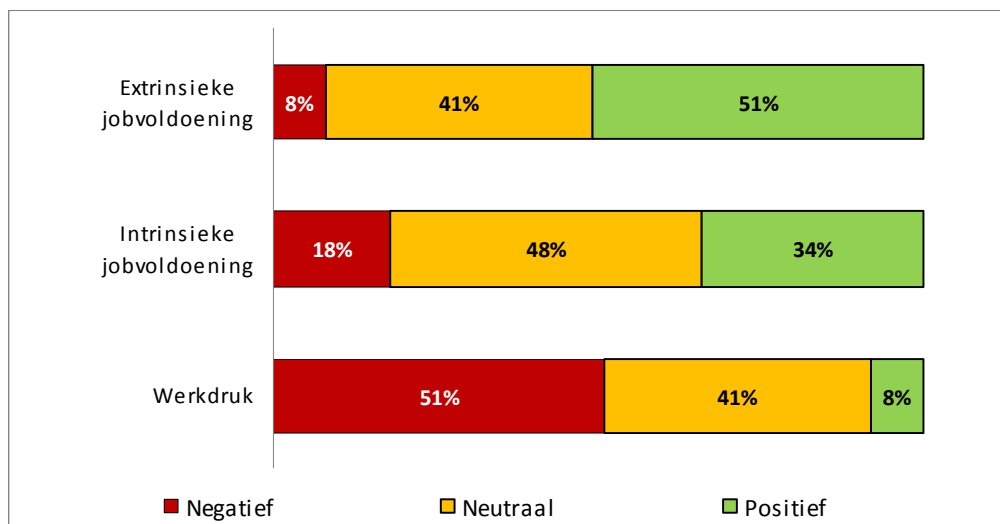
4.10.2.7 BESLUIT

Het is dus mogelijk om de 12 evaluatie-items te « groeperen / reduceren » tot 3 homogene factoren die wij hebben benoemd als : werklust, intrinsieke jobvoldoening en extrinsieke jobvoldoening. Thans kan er een gemiddelde score worden berekend voor elke factor op basis van de items die deze factor groepeert. Ter herinnering : aan de respondenten werd gevraagd de items te beoordelen op een 5-puntenschaal, zijnde : 1=zeer negatief, 2=negatief, 3=neutraal, 4=positief en 5=zeer positief. De gemiddelde score wordt bekomen door de score van de items van eenzelfde factor op te tellen en te delen door het aantal items die de factor samenstellen.

Verduidelijking aan de hand van een fictief voorbeeld in relatie tot factor 1 (werklust). Een respondent beoordeelt het geheel van de items ressorterend onder “werkdruk” als zeer negatief d.w.z. hij een score van 1 toekent aan werklust, psychologische druk, uurrooster, evenwicht privé-leven – professioneel leven en beroepsrisico's. Zijn gemiddelde score voor de factor werklust is dan 1 => $(1+1+1+1+1)/5=1$. Het geheel van de scores van de respondent voor deze items wordt dus geresumeerd in één enkel gemiddelde score. Dit vergemakkelijkt zonder meer de interpretatie van de resultaten (zie figuur 60).

Uit deze figuur blijkt dat 51% van de ondervraagde respondenten een zeer negatieve waardering heeft t.a.v. de werkdruk. Anderzijds zien we ook dat 51% van de respondenten zeer positief staan t.a.v. alle aspecten die de extrinsieke jobvoldoening uitmaken zoals het inkomen, de werkzekerheid, enz. Tenslotte stellen we vast dat de intrinsieke jobvoldoening die de items tevredenheid van de patiënten of ook nog beroepsstatus groepeert, eerder positief dan negatief wordt geëvalueerd (resp. 34% tegenover 18%).

Figuur 60: Evaluatie van het beroep van arts-specialist in de curatieve geneeskunde door de betrokken respondenten (op basis van een principale componentenanalyse)



4.11 Evaluatie specialisatie inwendige geneeskunde

4.11.1 Algemene vragen

Zoals vermeld in de inleiding van dit rapport werden aan deze vragenlijst een aantal « nieuwe » vragen toegevoegd die specifieke betrekking hebben op de specialisatie « inwendige geneeskunde ». Enkel de specialisten die zich beschouwen als algemeen internist werden deze reeks nieuwe vragen voorgelegd.

Op de vraag of men zich al dan niet beschouwt als algemeen internist, antwoordt 63,4% van de ondervraagde specialisten (N=1654) dat dit niet het geval is.

Tabel 54 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens zichzelf al dan niet te beschouwen als algemene internist – in functie van hun taalrol (N=1654)

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Ik beschouw mezelf als algemeen internist	285	37,2%	321	36,1%	606	36,6%
Ik beschouw mezelf niet als algemeen internist	481	62,8%	567	63,9%	1048	63,4%
Totaal	766	100,0%	888	100,0%	1654	100,0%

Indien men deze resultaten (zich al dan niet beschouwen als algemeen internist) vergelijkt met de RIZIV-nummers waaronder de ondervraagde artsen-specialisten werkzaam zijn, dan kunnen volgende vaststellingen worden gedaan (zie tabel 55) :

- 34,9% van de respondenten die zich beschouwen als algemeen internist, beschikt niet over het RIZIV-nummer(s) waaronder een algemeen internist beroepsactief kan zijn;
- 19,7% van de respondenten die zich niet beschouwen als algemeen internist, beschikt wel over het RIZIV-nummer(s) waaronder een algemeen internist beroepsactief kan zijn.

Tabel 55 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens zichzelf al dan niet te beschouwen als algemene internist – in functie van hun RIZIV-nummer(s) algemeen internist (N=1540)

	Opgave in enquête van RIZIV-nr. algemeen internist		Geen opgave in enquête van RIZIV-nr. algemeen internist		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Ik beschouw mezelf als algemeen internist	371	65,1%	199	34,9%	570	100,0%
Ik beschouw mezelf niet als algemeen internist	191	19,7%	779	80,3%	970	100,0%
Totaal	562	36,5%	978	63,5%	1540	100,0%

In onderstaande tabel worden de ondervraagde artsen-specialisten die zichzelf al dan niet beschouwen als algemeen internist verdeeld naar hun specialisatie dat zij aangeven momenteel te beoefenen (en niet volgens hun RIZIV-nummer). De percentages in de eerste kolom zijn berekend op basis van het totaal aantal respondenten die zichzelf beschouwen als algemeen internist (N=596). De percentages in de tweede kolom zijn berekend op basis van het totaal aantal respondenten per specialisatie. Zo kunnen we stellen dat van alle specialisten die henzelf beschouwen als algemeen internist, 6,7% cardioloog is en binnen de groep van de cardiologen (N=335) 11,9% zichzelf beschouwt als algemeen internist.

Tabel 56 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens zichzelf al dan niet te beschouwen als algemene internist – in functie van hun specialisatie (N=1627) (RIZIV-nrs niet beschouwd)

	Ik beschouw mezelf als algemeen internist			Ik beschouw mezelf niet als algemeen internist			Totaal	
	N	%	%	N	%	%	N	%
Cardiologie	40	6,7%	11,9%	295	28,6%	88,1%	335	100,0%
Gastro-enterologie	57	9,6%	23,0%	191	18,5%	77,0%	248	100,0%
Inwendige geneeskunde	231	38,8%	85,6%	39	3,8%	14,4%	270	100,0%
Medische oncologie	33	5,5%	33,3%	66	6,4%	66,7%	99	100,0%
Pneumologie	34	5,7%	16,3%	175	17,0%	83,7%	209	100,0%
Reumatologie	31	5,2%	26,1%	88	8,5%	73,9%	119	100,0%
Andere	170	28,5%	49,0%	177	17,2%	51,0%	347	100,0%
Totaal	596	100,0%		1031	100,0%		1627	100,0%

Een vergelijking van de percentages tussen de tabellen 54 en 57 geven de verschillen weer tussen de specialisten die zichzelf beschouwen als al dan niet algemeen internist en zij die aangeven al dan niet de inwendige geneeskunde te beoefenen.

Uit de analyse – of deze plaats vindt op basis van de RIZIV-code of op basis van de specialisatie die men momenteel beoefent - blijkt dat een deel van de respondenten zichzelf niet beschouwt als algemeen internist en ingevolge ook deze specialisatie momenteel niet beoefent. Ter verfijning van de resultaten is er dan aan de respondenten die henzelf beschouwen als algemeen internist gevraagd aan te geven of zij momenteel deze specialisatie ook uitoefenen. Een eerste analyse geeft aan dat 31,4% van de respondenten die henzelf beschouwen als algemeen internist thans de specialisatie inwendige geneeskunde niet beoefent.

Tabel 57 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens het al dan niet beoefenen van de inwendige geneeskunde –in functie van hun taalrol (N=606)

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Ik beoefen de specialisatie inwendige geneeskunde	193	67,7%	223	69,5%	416	69,6%
Ik beoefen momenteel niet de specialisatie inwendige geneeskunde	92	32,3%	98	30,5%	190	31,4%
Totaal	285	100,0%	321	100,0%	606	100,0%

Indien men deze resultaten (al dan niet de specialisatie inwendige geneeskunde beoefenen) vergelijkt met de RIZIV-nummers waaronder de ondervraagde artsen-specialisten werkzaam zijn, dan kunnen volgende vaststellingen worden gedaan :

- 31,8% van de respondenten die momenteel de specialisatie inwendige geneeskunde niet beoefenen, beschikt toch over het RIZIV-nummer(s) waaronder een algemeen internist beroepsactief kan zijn;
- 19,7% van de respondenten die momenteel de specialisatie inwendige geneeskunde beoefenen, beschikt niet over het RIZIV-nummer(s) waaronder een algemeen internist beroepsactief kan zijn.

Tabel 58 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens het al dan niet beoefenen van de inwendige geneeskunde – in functie van hun RIZIV-nummer(s) algemeen internist

	Opgave in enquête van RIZIV-nr. algemeen internist		Geen opgave in enquête van RIZIV-nr. algemeen internist		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Ik beoefen de specialisatie inwendige geneeskunde	314	80,3%	77	19,7%	391	100,0%
Ik beoefen momenteel niet de specialisatie inwendige geneeskunde	57	31,8%	122	68,2%	197	100,0%
Totaal	371	65,1%	199	34,9%	570	100,0%

Zoals dit hoger het geval was, worden ook hier in volgende tabel de antwoorden verdeeld over de in het onderzoek betrokken specialisaties. De percentages in de eerste kolom zijn berekend op basis van het totaal aantal respondenten die de specialisatie inwendige geneeskunde beoefenen (N=408). De percentages in de tweede kolom zijn berekend op basis van het totaal aantal respondenten per specialisatie. Zo kunnen we stellen dat van alle specialisten die aangeven de specialisatie inwendige geneeskunde te beoefenen, 2,7% cardioloog is en binnen de groep van de cardiologen (N=40) 27,5% de inwendige geneeskundige uitoefent. Zoals ook het geval was voor tabel 55, stellen we hier verschillen vast tussen de specialisatie die de respondenten beoefenen en het RIZIV-nummer waaronder zij actief zijn.

Tabel 59 : Verdeling van de ondervraagde artsen-specialisten volgens het al dan niet beoefenen van de inwendige geneeskunde – in functie van hun specialisatie (RIZIV-nrs niet beschouwd) (N=596)

	Ik beoefen de specialisatie inwendige geneeskunde			Ik beoefen niet de specialisatie inwendige geneeskunde			Totaal al	
	N	%	%	N	%	%	N	%
Cardiologie	11	2,7	27,5	29	15,4	72,5	40	100,0%
Gastro-enterologie	24	5,9	42,1	33	17,6	57,9	57	100,0%
Inwendige geneeskunde	214	52,5	92,6	17	9,0	7,4	231	100,0%
Medische oncologie	12	2,9	36,4	21	11,2	63,6	33	100,0%
Pneumologie	13	3,2	38,2	21	11,2	61,8	34	100,0%
Reumatologie	8	2,0	25,8	23	12,2	74,2	31	100,0%
Andere	126	30,9	74,1	44	23,4	25,9	170	100,0%
Totaal	408	100,0%		188	100,0%		596	100,0%

Uit de analyse van de gegevens van de artsen-specialisten die zich al dan niet beschouwen als algemeen internist en al dan niet de inwendige geneeskunde beoefenen in relatie met de opgegeven RIZIV-nrs waaronder zij beroepsactief zijn – zoals samengevat in tabel 60 -, blijkt dat :

- o slechts 55,9% van de respondenten die beschikken over een RIZIV-nummer algemene internist, zich ook effectief beschouwt als algemeen internist én ook momenteel de specialisatie inwendige geneeskunde beoefent. 10,1% beschouwt zich als algemeen internist maar beoefent niet de specialisatie;
- o 12,5% van de respondenten die niet beschikken over een RIZIV-nummer algemene internist, beschouwt zich als algemeen internist maar beoefent wel niet de specialisatie. 7,9% beschouwt zich als algemeen internist én beoefent ook de specialisatie (maar beschikt niet over het betrokken RIZIV-nummer).

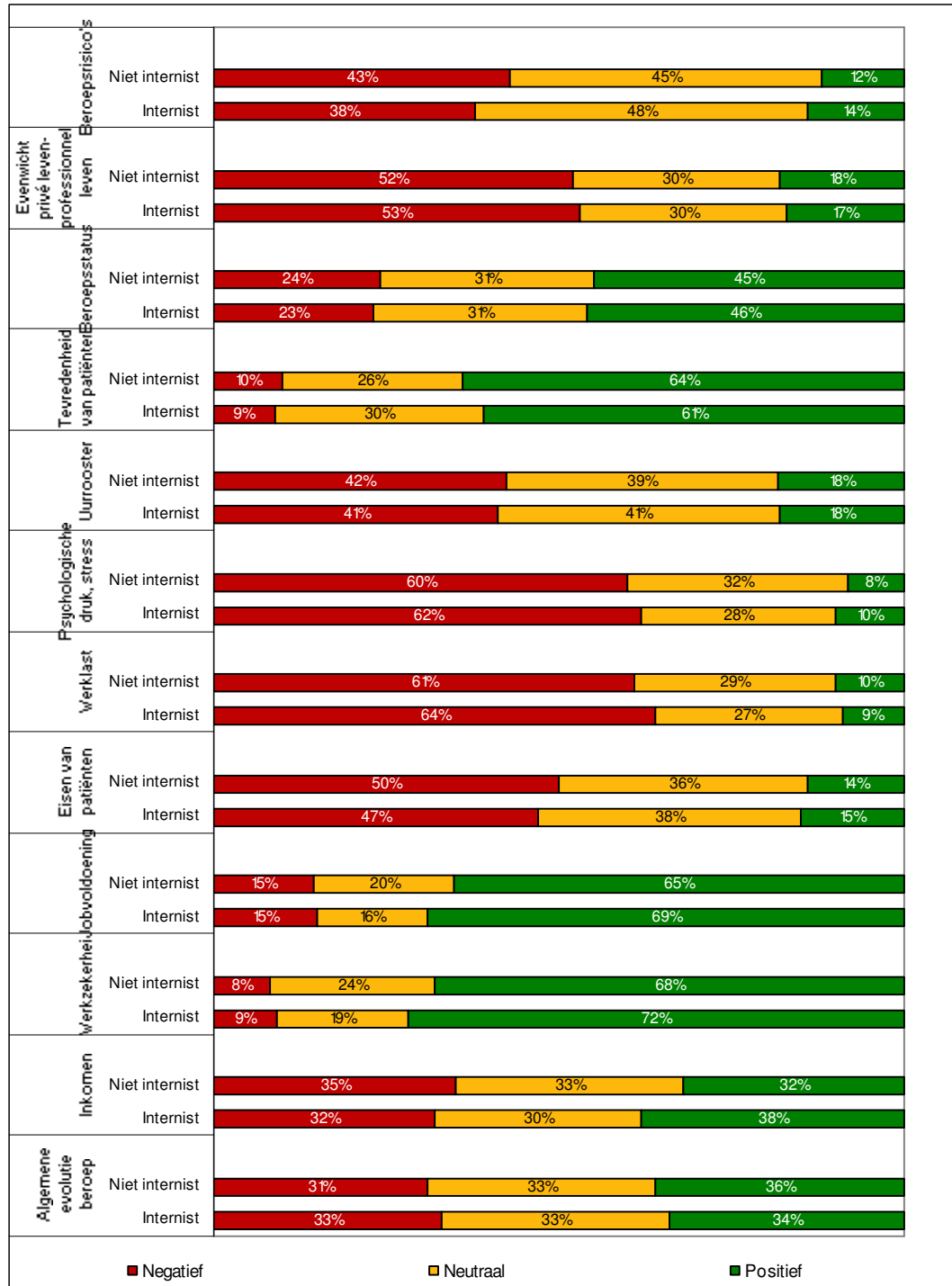
Tabel 60 : Situatie van de ondervraagde artsen-specialisten t.o.v. de inwendige geneeskunde in functie van hun RIZIV-nummer(s) algemeen internist - Samenvatting

	Opgave in enquête van RIZIV-nr. algemeen internist		Geen opgave in enquête van RIZIV-nr. algemeen internist		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Ik beschouw mezelf niet als algemeen internist	191	34,0%	779	79,7%	970	63,0%
Ik beschouw mezelf als algemeen internist maar ik beoefen niet deze specialisatie	57	10,1%	122	12,5%	179	11,6%
Ik beschouw mezelf als algemeen internist en ik beoefen momenteel deze specialisatie	314	55,9%	77	7,9%	391	25,4%
Totaal	562	100,0%	978	100,0%	570	100,0%

Interessant is ook na te gaan of er een verschil is in de beoordeling van de beroepssituatie van de artsen-specialisten (cfr. items inkomen, werkzekerheid, werkdruk, ...) indien men zichzelf al dan niet beschouwt als algemeen internist. De resultaten worden weergegeven in figuur 61.

Algemeen kan gesteld worden dat er geen fundamentele verschillen zijn in de beoordeling.

Figuur 61: Evaluatie van het beroep van arts-specialist in de curatieve geneeskunde – naar zichzelf al dan niet te beschouwen als algemeen internist – (N=1654)



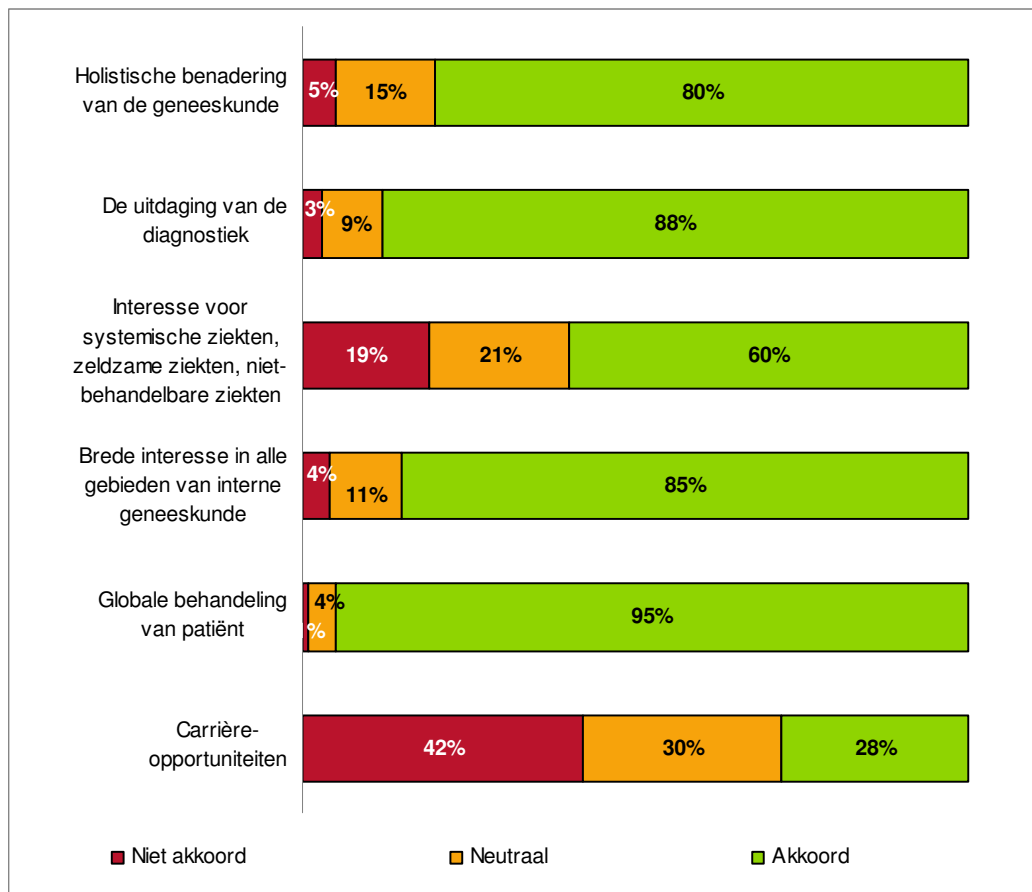
4.11.2 De redenen die de specialisatiekeuze inwendige geneeskunde hebben beïnvloed

Aan de respondenten zichzelf beschouwen als algemeen internist en ook effectief thans de specialisatie inwendige geneeskunde beoefenen, werden vervolgens een aantal redenen voorgelegd die de specialisatiekeuze inwendige geneeskunde zouden kunnen hebben beïnvloed. De respondenten in kwestie dienden voor elke opgegeven reden aan te geven in welke mate zij akkoord gingen met de reden in kwestie.

Uit onderstaande figuur blijkt dat t.a.v. de reden 'globale benadering van de patiënt' de respondenten het meest akkoord gaan (95%). Daarna volgt de 'uitdaging van de diagnostiek' met 88% en 'brede interesse in alle gebieden van de interne geneeskunde (zich niet willen toeleggen op slechts 1 subdiscipline)' (85%).

Daartegenover zien we dat t.a.v. de reden 'carrière-opportunities' de respondenten het meest niet akkoord gaan (42%) in hun keuze van de specifieke specialisatie.

Figuur 62 : De redenen die de keuze van de specialisatie inwendige geneeskunde beïnvloeden / bepalen (N=416) – Niet akkoord / Neutraal / Akkoord



4.11.3 Evolutie van het beroep van algemene internist

74,6% van de respondenten die de specialisatie inwendige geneeskunde beoefenen, geeft aan dat de functie van algemene internist gewijzigd is in de laatste 10 jaar.

Op niveau van de taalrol noteren we bij de Nederlandstaligen een aandeel van 76,8%; bij de Franstaligen is dit iets minder (72,6%).

Tabel 61 : Evolutie van het beroep van algemene internist – naar taalrol (N=416)

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Het beroep algemene internist is gewijzigd laatste 10 jaar	146	76,8%	159	72,6%	305	74,6%
Het beroep algemene internist is niet gewijzigd laatste 10 jaar	44	23,2%	60	27,4%	104	25,4%
Totaal	193		223	100,0	416	

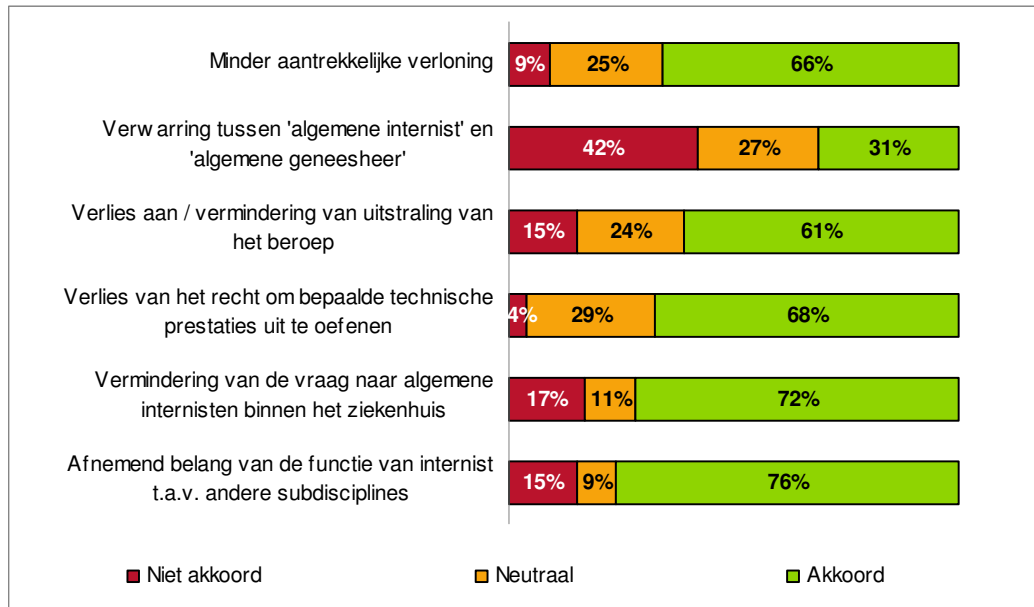
Aan hen die inderdaad vinden dat het beroep gewijzigd is in de laatste 10 jaar, werd dan gevraagd op welke aspecten deze wijziging betrekking heeft.

76% van de respondenten is akkoord met het feit dat in de laatste 10 jaar er een afnemend belang gehecht wordt aan de functie van algemeen internist t.a.v. andere subdisciplines. Verder stelt 72% van de respondenten zich akkoord met de reden dat de laatste 10 jaar er een vermindering is van de vraag naar internisten binnen de ziekenhuizen en voor 68% van de respondenten is ook het verlies van het recht om bepaalde technische prestaties uit te oefenen een belangrijke reden.

Van de wijzigingen in de laatste 10 jaar waarmee de respondenten meer akkoord dan niet akkoord zijn, is ook het minder aantrekkelijke salaris belangrijk (66%). Daarentegen, de verwarring tussen 'algemeen internist' en 'algemene geneesheer' is het enige aspect waarmee de specialisten meer niet akkoord zijn dan akkoord (resp. 42% tegenover 31%).

Behalve voor het verlies aan / vermindering van uitstraling van het beroep, gaan de Franstalige specialisten proportioneel meer akkoord met de onderscheiden aspecten van het beroep dan hun Nederlandstalige collega's.

Figuur 63 : Aspecten van het beroep op basis waarvan het beroep van internist is gewijzigd (N=307)

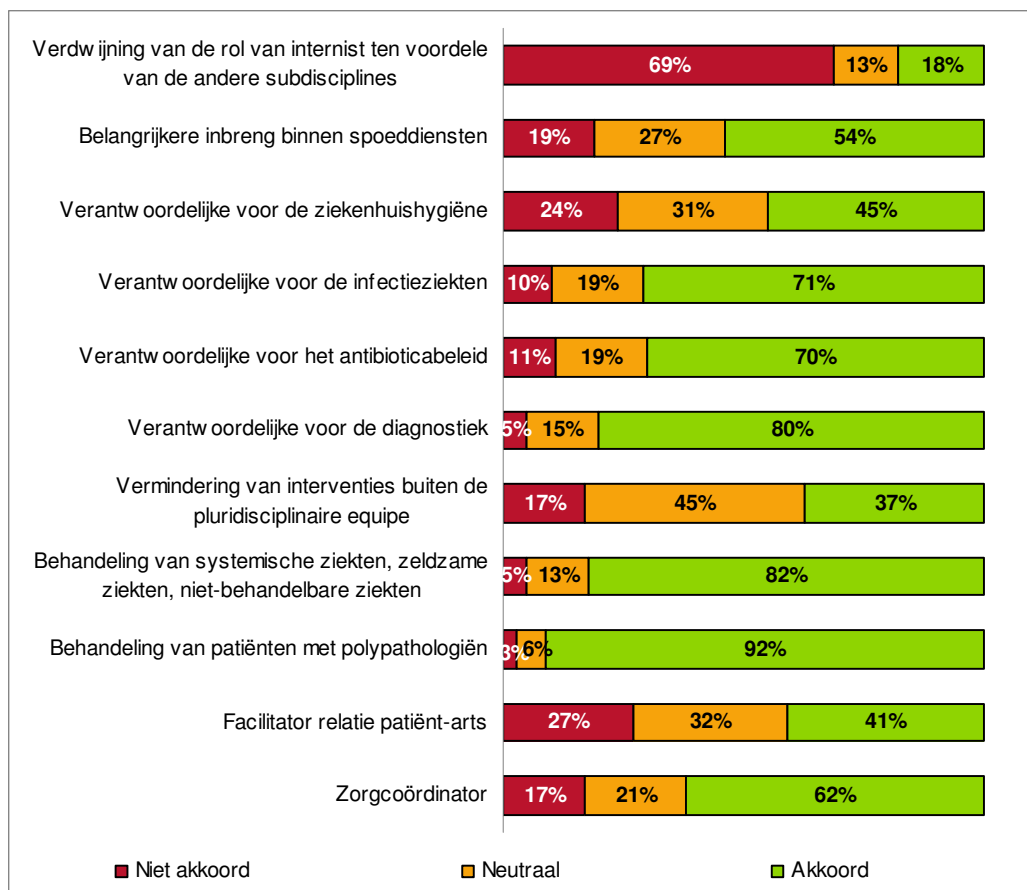


4.11.4 Rol voor de algemene internist in de toekomst

Behandeling van patiënten met polypathologiën is een rol waarmee de meeste specialisten die de specialisatie inwendige geneeskunde beoefenen, akkoord gaan (92%), gevolgd door de rol van behandeling van systemische ziekten, zeldzame ziekten, niet-behandelbare ziekten (82%) en verantwoordelijk voor de diagnostiek (80%).

Verdwijning van de rol van internist ten voordele van de andere subdisciplines is een rol waarmee bijna 7 op 10 algemene internisten niet akkoord gaan.

Figuur 64 : Rol van de algemene internist in de toekomst (N=416)



5. Analyse artsen-specialisten (momenteel) niet werkzaam binnen kader RIZIV

Van alle ondervraagde artsen-specialisten (N=1771) is 6,6 % niet werkzaam als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV in België (N=117). Dit betreft zowel diegenen die hun specialisatie uitsluitend beoefenen in het buitenland (N=17) als zij die niet (langer) beroepsactief zijn (N=43), of hun specialisatie beoefenen buiten het curatieve kader (N=16), of als arts-specialist werkzaam zijn uitsluitend buiten het kader van het RIZIV (N=17), of tenslotte zij die tegenwoordig een ander beroep uitoefenen dan arts-specialist (N=24).

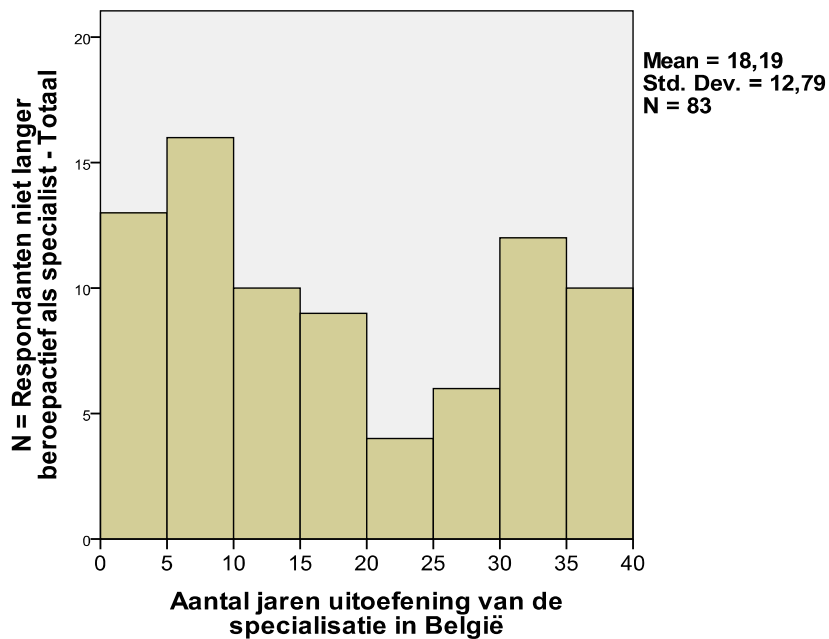
Tabel 62 : Aantal artsen-specialisten die niet werkzaam zijn als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV in België – naar taalrol (N=117)

	Nederlandstalig		Franstalig		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Beoefening specialisatie uitsluitend in het buitenland	9	1,1	8	0,8	17	1,0
Niet meer beroepsactief	19	2,3	24	2,5	43	2,4
Beoefening specialisatie buiten het curatieve kader	8	1,0	8	0,8	16	0,9
Beoefening specialisatie uitsluitend buiten het kader RIZIV	7	0,8	10	1,1	17	1,0
Beoefening ander beroep dan arts-specialist	12	1,5	12	1,2	24	1,3
Totaal	55 (N=821)	6,7%	62 (N=950)	6,5%	117 (N=1771)	6,6%

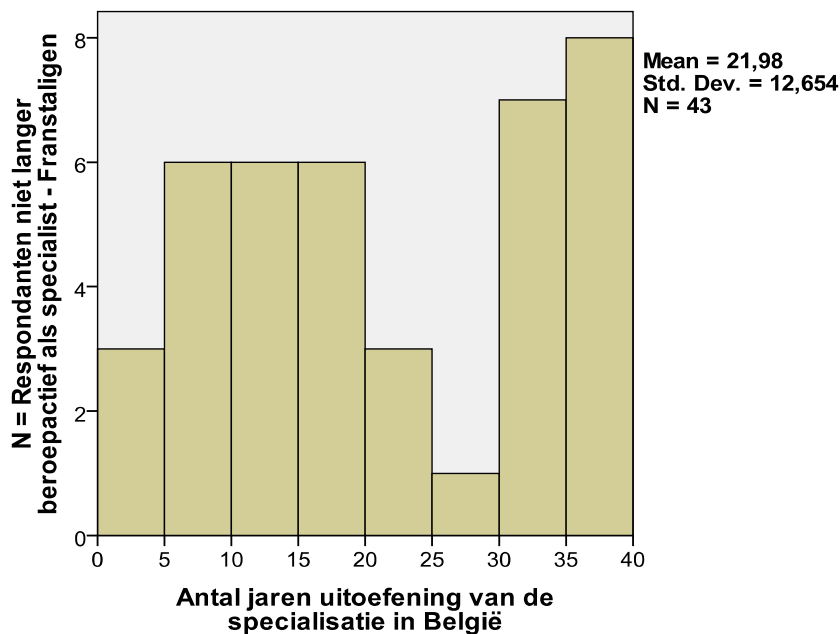
85 van de 117 artsen-specialisten die (momenteel) geen patiënten binnen het kader van het RIZIV in België, hebben vroeger als arts-specialist gewerkt in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV in België. Naar taalrol en geslacht worden geen grote verschillen genoteerd.

Logisch gezien zijn proportioneel meer 60-plussers in het verleden beroepsactief geweest binnen het kader van het RIZIV dan de jongere leeftijdsklassen.

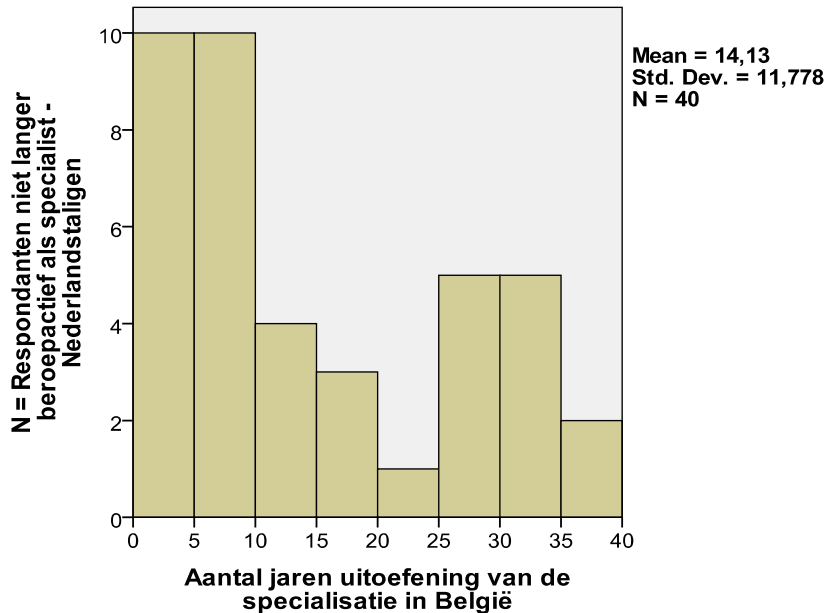
Figuur 65 : Histogram : Aantal respondenten die niet langer meer beroepsactief zijn binnen het RIZIV-kader maar die dit wel zijn geweest – totaal (N=83)



Figuur 66 : Histogram : Aantal respondenten die niet langer meer beroepsactief zijn binnen het RIZIV-kader maar die dit wel zijn geweest – Franstaligen (N=43)



Figuur 67 : Histogram : Aantal respondenten die niet langer meer beroepsactief zijn binnen het RIZIV-kader maar die dit wel zijn geweest – Nederlandstaligen (N=40)



Voor de respondenten die thans niet (meer) beroepsactief zijn binnen het kader van het RIZIV, bedraagt het gemiddeld aantal jaren dat men beroepsactief geweest is binnen het kader van het RIZIV 18,2 jaren. Dit gemiddelde ligt hoger bij de Franstaligen dan bij de Nederlandstaligen (resp. 22,0 jaren tegenover 14,1 jaren). Naar geslacht is het verschil beduidend groter : 20,7 jaren bij de mannen tegenover 12,3 jaren bij de vrouwen. Logischerwijs is dit gemiddelde hoger bij de groep van 60+-jarigen.

Tabel 63 : Gemiddeld aantal jaren beroepsactief geweest binnen het kader van het RIZIV – totaal, naar geslacht, naar taalrol en naar leeftijd (N=85)

	Gemiddeld jaren beroepsactief geweest binnen het kader van RIZIV	N
Totaal	18,2	85
Man	20,7	58
Vrouw	12,3	27
Nederlandstalig	14,1	40
Franstalig	22,0	45
30-39 jaar	5,2	9
40-49 jaar	5,4	11
50-59 jaar	11,4	25
60 jaar en meer	28,7	38

Op de vraag of men al dan niet de intentie heeft om in de toekomst zijn/haar specialisatie binnen het kader van het RIZIV (terug) uit te oefenen, antwoordt drie vierde van de betrokkenen (80 van de 117 respondenten) hier negatief op.

Van zij die hierop wel positief antwoorden (25%), denken 8 respondenten eraan terug te starten binnen het jaar en 7 respondenten binnen de periode van 5 jaar.

6. Synthese

66,7% van de ondervraagde artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde (al dan niet beroepsactief) zijn mannen en de gemiddelde leeftijd van de respondenten is 48 jaar. 49,5% van de bevrageerden is woonachtig in het Vlaams Gewest, 36,0% in het Waals Gewest, 14,3% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 0,3% in het buitenland.

65% van de respondenten heeft in de voorbije 20 jaar zijn/haar (eerste) specialisatie behaald : 30% tussen 1990 en 1999 en 34,8% tussen 2000 en 2011.

95,3% van de ondervraagden is op het ogenblik van de bevraging (nov/dec 2011) werkzaam als arts-specialist in de curatieve geneeskunde (N=1688) : 92,8% doet dit uitsluitend in België, 1% uitsluitend in het buitenland en 1,5% in België én in het buitenland.

Op het geheel van de ondervraagde groep werkt 95,3% (N=1688) als arts-specialist in de curatieve geneeskunde. 89,9% werkt uitsluitend in België in het kader van het RIZIV terwijl 0,8% uitsluitend in België werkt buiten het kader van het RIZIV. 2,1% van de artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde werkt zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV en dit uitsluitend in België. Ook wordt vastgesteld dat 1,5% van de respondenten zowel in België als in het buitenland werkt en 1,0% uitsluitend in het buitenland.

4,7% van de respondenten (N=83) werkt niet als arts-specialist in de curatieve geneeskunde; hiervan is iets meer dan de helft niet (meer) beroepsactief (N=43). 24 respondenten oefenen een ander beroep uit dan arts-specialist en 16 beoefenen hun specialisatie buiten het curatieve kader. De sectoren waarin de respondenten van de laatste twee categorieën werkzaam zijn, zijn inzonderheid de gezondheids- of medische sector (N=13), onderzoek (N=10) of nog de commerciële sector (N=5).

Per week werkt een arts-specialist in de curatieve geneeskunde gemiddeld 49,6 uren. Zij die uitsluitend beroepsactief zijn binnen het kader van het RIZIV presteren ook gemiddeld 49,6 uren per week. De artsen-specialisten die enkel en alleen beroepsactiviteiten als specialist verrichten buiten het kader van het RIZIV werken gemiddeld 46,9 uren per week. Zij die zowel binnen als buiten het kader van het RIZIV werkzaam zijn als specialist werken gemiddeld per week 46,6 uren. Naar taalrol beschouwd, presteren de Nederlandstalige specialisten gemiddeld meer uren per week dan hun Franstalige collega's (zowel (uitsluitend) binnen als (uitsluitend) buiten het kader van het RIZIV). De vrouwelijke specialisten werken gemiddeld minder uren per week dan hun mannelijke collega's. Gemiddeld worden de meeste uren gepresteerd door de groep van de 50-59-jarigen (51,6 uren per week), gevolgd door de 40-49-jarigen (50,6 uren per week) en de 30-39-jarigen (50,0 uren per week). De specialisten van 60 jaar en ouder werken gemiddeld het minste aantal uren per week (42,0 uren).

Beschouwd naar effectief aantal gepresteerde uren per week (gegroepeerd in categorieën : 1-15 uren; 16-30 uren; 31-45 uren; 46-60 uren; > 60 uren), werkt 64% van de specialisten die uitsluitend binnen het RIZIV-kader actief zijn meer dan 45 uren per week (52% tussen de 46 en 60 uren per week en 12% meer dan 60 uren per week). De artsen-specialisten die zowel binnen als buiten het RIZIV-kader activiteiten verrichten, werken 50% meer dan 45 uren per week.

16,5% van de respondenten is de laatste 5 jaar (periode 2011-2007) beginnen te werken als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV. 15,3% is reeds 6 tot 10 jaar beroepsactief binnen het kader van het RIZIV, 15,1% 16 tot 20 jaar, 14,5% 11 tot 15 jaar en 38,5% is langer dan 20 jaar werkzaam als specialist binnen het kader van het RIZIV. Hoe langer de periode van beroepsactiviteit, hoe hoger het aandeel mannen. De laatste 15 jaar (periode 2011-1996) neemt evenwel het aandeel vrouwen constant toe; het aandeel vrouwen overtreft hier zelfs dit van de mannen.

4 op 5 van de ondervraagden (80%) zijn dadelijk na het behalen van de eerste specialisatie beginnen te werken binnen het kader van het RIZIV. Voor 10% van de respondenten was dit na één jaar.

48% van de artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde beroepsactief binnen het kader van het RIZIV, werkt in deze hoedanigheid op één werkplaats; 34% werkt op 2 plaatsen en nog eens 18% op meer dan 2 (tot 10 verschillende) plaatsen.

88% van de in het Vlaams Gewest wonende artsen-specialisten werkt ook in het Vlaams Gewest. Van zij die wonen in het Waals Gewest, werkt 86% in dit Gewest. De in het Brussels Gewest wonende specialisten 'migreren' proportioneel het meest : 15% woont in het BHG maar werkt in het Waals Gewest, 3% in het Vlaams en 13% én in het BHG én het Waals Gewest.

73% van de artsen-specialisten die actief zijn binnen het kader van het RIZIV werkt uitsluitend in een zelfstandigenstatuut (al dan niet in hoofd- of bijberoep). 22% is enkel beroepsactief in een bediendenstatuut en 5% werkt zowel in een zelfstandigen- als een bediendenstatuut (hetzij in hoofdberoep, hetzij in bijberoep).

Beschouwd naar taalrol, de Nederlandstalige specialisten werken proportioneel meer dan hun Franstalige collega's als zelfstandigen in hoofdberoep (resp. 75,2% tegenover 71,3%). Het percentage Franstaligen die werken als bedienden in hoofdberoep is daarentegen hoger dan dit bij de Nederlandstaligen (resp. 24,2% tegenover 20,7%).

Naar geslacht kan vastgesteld worden dat de mannen ook meer werken als zelfstandigen in hoofdberoep dan de vrouwen (resp. 74,5% tegenover 70,2%); deze laatsten zijn proportioneel dan weer meer tewerkgesteld als bedienden in hoofdberoep (resp. 25,5% tegenover 21,1%).

Betreffende het aantal uren die per week gepresteerd worden door de ondervraagde arts-specialisten wordt vastgesteld dat de respondenten die beroepsactief zijn als zelfstandige specialist in hoofdberoep gemiddeld 50,1 uren per week presteren. Een arts-specialist in een bediendenstatuut in hoofdberoep presteert gemiddeld 48,8 uren per week. De specialisten die het zelfstandigenstatuut in hoofdberoep combineren met het bediendenstatuut in bijberoep werken gemiddeld 54,9 uren per week en zij die tewerkgesteld zijn als bedienden in hoofdberoep en in bijberoep zelfstandige zijn, presteren gemiddeld 51,1 uren per week.

Uit de verdeling naar taalrol zien we ook hier dat de vrouwelijke specialisten enerzijds en de Nederlandstaligen anderzijds gemiddeld meer uren presteren dan resp. hun mannelijke / Franstalige collega's ongeacht het tewerkstellingsstatuut.

66% van de arts-specialisten in de curatieve geneeskunde is uitsluitend werkzaam binnen een ziekenhuiskader (spoed, hospitalisatie, raadplegingen, ...). 3% beoefent zijn/haar specialisatie uitsluitend buiten het ziekenhuis (privé praktijk, labo, ...) en 31% doet dit zowel binnen als buiten het ziekenhuiskader.

De arts-specialisten presteren gemiddeld 45,0 uren (minimum 1; maximum 120 uren) in het ziekenhuis waar ze werken (al dan niet exclusief). Buiten het ziekenhuis (privé praktijk of labo) presteert men gemiddeld 15,5 uren (minimum 1; maximum 73 uren).

Bij beschouwing van de gemiddelde tijdsbesteding in uren per week naar enerzijds patiëntenzorg en anderzijds andere beroepsactiviteiten, kan vastgesteld worden dat gemiddeld de meeste uren besteed worden aan patiëntenzorg (38,7 uren per week). Voor wat de beroepsgerelateerde activiteiten betreffen, gemiddeld wordt er 7,5 uren per week besteed aan administratie, logistiek gevolgd door onderzoek met 6,3 uren per week.

13% van de respondenten werkzaam in de curatieve geneeskunde in België doet nooit wachtdienst. Van zij die wel wachtdienst doen, doet 11% uitsluitend wachtdienst in verplichte aanwezigheid ter plaatse (gemiddeld 60,5 uren per maand), 52% doet enkel oproepbare wachtdienst (gemiddeld 116,5 uren per maand) en 37% verricht wachtdienst binnen de twee systemen (gemiddeld 160,2 uren per maand).

Algemeen wordt er gemiddeld door de specialisten die effectief wachtdienst doen, 127,0 uren per maand wachtdienst gepresteerd. Ongeacht het soort van wachtdienst presteren de Nederlandstalige specialisten per maand gemiddeld meer uren wachtdienst dan hun Franstalige collega's.

Voor wat nascholing betreft, omzeggens alle ondervraagde specialisten volgen nascholing (97,45%). Deze groep besteedt hieraan gemiddeld 8,1 uren per maand.

Op de vraag hoe men het verloop van de verdere carrière ziet (en dit m.b.t. het aantal te presteren uren per week), geeft 58% van de specialisten aan dat zij de eerst komende 5 jaar een status quo verwachten. Naarmate men het gevraagde verder in de tijd dient te projecteren, neemt gradueel het aantal uren af. 13% denkt er aan de eerst komende 5 jaar volledig te stoppen met werken (voornamelijk 60+-jarigen). Bijna 1 op 5 respondenten verwacht nog in de komende 11 tot 15 jaar verder te werken als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV.

14% van de artsen-specialisten in de curatieve geneeskunde werkzaam binnen het kader van het RIZIV beoefent nog een andere professionele activiteit. Het zijn vooral onderzoek- en onderwijsactiviteiten die dan worden opgenomen (door resp. 28% en 26% van de betrokken respondenten).

Uit de vraag hoe men het huidige beroep als arts-specialist in de curatieve geneeskunde (binnen het kader van het RIZIV) beoordeelt, blijkt dat de items werkzekerheid en jobvoldoening als de meest positieve worden beoordeeld (resp. 69% en 67%). Ook het item tevredenheid van de patiënten wordt hoog ingeschat (62%). Items die het meest negatief worden beoordeeld zijn : werklust (61%) en psychologische druk en stress (60%). Ook zien we dat 52% van de respondenten het evenwicht tussen privé leven en professioneel leven als negatief beoordelen. De aspecten waarvan het aandeel negatieve beoordeling hoger is dan de positieve, zijn : de eisen van de patiënten (resp. 48% tegenover 15%), het uurrooster (resp. 42% tegenover 19%) en tenslotte de beroepsrisico's (resp. 41% tegenover 14%).

63% van de ondervraagde artsen-specialisten die beroepsactief zijn als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV (N=1654) beschouwt zichzelf niet als algemeen internist. Van de 37% van de respondenten die aangeven zichzelf wel te beschouwen als algemeen internist, beoefent thans 31% niet de specialisatie 'inwendige geneeskunde'.

55,9% van de respondenten die beschikken over het RIZIV-nummer algemene internist, beschouwt zichzelf ook effectief als algemeen internist én beoefent ook momenteel de specialisatie inwendige geneeskunde. 10,1% beschouwt zichzelf als algemeen internist maar beoefent niet de specialisatie.

12,5% van de respondenten die niet beschikken over het RIZIV-nummer algemene internist, beschouwt zichzelf als algemeen internist maar beoefent evenwel niet de specialisatie. 7,9% beschouwt zichzelf als algemeen internist én beoefent ook de specialisatie (maar beschikt niet over het betrokken RIZIV-nummer).

Wat betreft de redenen die hun specialisatiekeuze 'inwendige geneeskunde' hebben bepaald / beïnvloed, zijn de respondenten het meest akkoord met de reden 'de globale behandeling van de patiënt' (95%), gevolgd door de reden de uitdaging de diagnostiek (88%) alsook de brede interesse in alle gebieden van de interne geneeskunde (85%). De reden 'carrière-opportunities' wordt blijkbaar door de respondenten het minst aangeduid als een bepaalde reden voor de specialisatiekeuze (42%).

Van zij die zichzelf beschouwen als algemeen internist en ook de specialisatie van inwendige geneeskunde beoefenen (N=416), denkt 25% dat het beroep van algemene internist niet is gewijzigd in de loop van de laatste 10 jaar. Vervolgens werd aan de specialisten die wel aangeven dat het beroep is gewijzigd in de loop van laatste 10 jaar, gevraagd op welke aspecten deze wijziging van het beroep betrekking heeft. Uit de analyse blijkt dat met het aspect 'afnemend belang van de functie t.a.v. andere subdisciplines' het meest akkoord gegaan werd (76%), gevolgd door de aspecten 'vermindering van de vraag naar algemene internisten binnen het ziekenhuis' (72%) alsook het 'verlies van het recht om bepaalde technische prestaties uit te oefenen, behandelingen voor te schrijven, ...' (68%). Van de geëvalueerde veranderingen waarmee de respondenten meer akkoord gaan dan niet akkoord, vindt men ook nog de aspecten 'minder aantrekkelijke verloning' (66%) alsook 'verlies aan uitstraling van het beroep' (68%) terug. 'Verwarring tussen algemeen internist en algemeen geneesheer' is het enige aspect waarmee de specialisten meer niet akkoord gaan dan akkoord (resp. 42% tegenover 31%).

Van de ondervraagde respondenten die zichzelf beschouwen als algemeen internist en ook de specialisatie van inwendige geneeskunde beoefenen (N=416), gaat 92% akkoord met de rol van 'behandeling van patiënten met polypathologiën', gevolgd door de rol van 'behandeling van systemische ziekten, zeldzame ziekten, niet-behandelbare ziekten' (82%) en 'verantwoordelijk voor de diagnostiek' (80%). 'Verdwijning van de rol van internist ten voordele van de andere subdisciplines' is een rol waarmee 69% van de algemene internisten evenwel niet akkoord gaat.

7% van de ondervraagde artsen-specialisten is niet werkzaam als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV (N=117). Dit betreft zowel diegenen die hun specialisatie uitsluitend beoefenen in het buitenland (N=17) als zij die niet (langer) beroepsactief zijn (N=43) of hun specialisatie beoefenen buiten het curatieve kader (N=16) of als arts-specialist werkzaam zijn uitsluitend buiten het kader van het RIZIV (N=17) of tenslotte zij die tegenwoordig een ander beroep uitoefenen dan arts-specialist (N=24).

Voor de respondenten die thans niet (meer) beroepsactief zijn binnen het kader van het RIZIV, bedraagt het gemiddeld aantal jaren dat men beroepsactief geweest is binnen het kader van het RIZIV 18,2 jaren. Op de vraag of men al dan niet de intentie heeft om in de toekomst zijn/haar specialisatie binnen het kader van het RIZIV (terug) uit te oefenen, antwoordt 75% van de betrokkenen (80 van de 117 respondenten) hier negatief op. Van zij die hier wel positief op antwoorden (25%), denken 8 respondenten eraan terug te starten binnen het jaar en 7 respondenten binnen de periode van 5 jaar.

7. Bijlagen

7.1 Bijlage 1 : Vragenlijst



Bevraging algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen

BEVRAGING ALGEMENE INTERNISTEN, PNEUMOLOGEN, GASTRO-ENTEROLOGEN, CARDIOLOGEN, REUMATOLOGEN EN ONCOLOGEN

Deze enquête richt zich tot alle erkende algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen, ongeacht of u al dan niet (nog) deze specialisatie(s) beoefent.

Opmerking : de hierboven opgesomde specialisaties worden verder in de vragenlijst niet altijd opnieuw volledig vernoemd – ze worden ‘afgekort’ onder de algemene term ‘arts-specialist’.

DEEL I. Algemeen

1. Geslacht : 0 Man
 0 Vrouw
2. Nationaliteit : 0 Belg
 0 Onderdaan Europese Unie (niet-Belg)
 0 Onderdaan buiten Europese Unie
3. Geboortejaar :
4. Provincie waarin uw woonplaats is gelegen :

<input type="radio"/> Antwerpen	<input type="radio"/> Vlaams-Brabant	<input type="radio"/> Luik
<input type="radio"/> Limburg	<input type="radio"/> Waals-Brabant	<input type="radio"/> Namen
<input type="radio"/> Oost-Vlaanderen	<input type="radio"/> Henegouwen	<input type="radio"/> Brussels Hoofdstedelijk Gewest
<input type="radio"/> West-Vlaanderen	<input type="radio"/> Luxemburg	<input type="radio"/> Ik woon in het buitenland

DEEL II. Opleiding en professionele informatie

5. In welk jaar, in welke taal en welk land heeft u uw diploma van uw huidige specialisatie behaald ? Indien u voor meerdere specialisaties een diploma heeft behaald, in welk jaar en welke taal heeft u dan uw diploma van uw eerste specialisatie behaald ?

Opm. : Indien u uw diploma heeft behaald in het buitenland, geef dan het jaar en de taal op waarin u uw diploma heeft behaald (en niet de erkenning van uw diploma in België).

Behalen van het diploma specialisatie(s)			
	Jaar	Taal van het diploma	Land
→ Huidige specialisatie	0 Nederlands 0 Frans 0 Andere	0 België 0 Buitenland
<u>Ingeval uw huidige specialisatie niet uw eerste specialisatie is :</u>	0 Nederlands 0 Frans 0 Andere	0 België 0 Buitenland
→ Eerste specialisatie			



Bevraging algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen

Indien u één of meerdere bijzondere bekwaamhe(i)d(en) (BB) heeft, gelieve dan eveneens het jaar, de taal en het land waarin u zowel uw huidige als uw eerste bijzondere bekwaamheid heeft behaald, in te vullen.

Behalen van het diploma Bijzondere Bekwaamhe(i)d(en)			
	Jaar	Taal van het diploma	Land
Huidige bijzondere bekwaamheid (BB)	0 Nederlands 0 Frans 0 Andere	0 België 0 Buitenland
<i>Ingeval uw huidige BB niet uw eerste BB is :</i>	0 Nederlands 0 Frans 0 Andere	0 België 0 Buitenland
→ Eerste bijzondere bekwaamheid			

6. Welke specialisatie(s) beoefent u momenteel ? Indien u één of meerdere bijzondere bekwaamhe(i)d(en) beoefent, gelieve deze eveneens aan te duiden.

<input type="checkbox"/>	cardiologie	<input type="checkbox"/>	inwendige geneeskunde
<input type="checkbox"/>	endocrino-diabetologie	<input type="checkbox"/>	nefrologie
<input type="checkbox"/>	gastro-enterologie	<input type="checkbox"/>	medische oncologie
<input type="checkbox"/>	beheer van gezondheidsgegevens	<input type="checkbox"/>	pneumologie
<input type="checkbox"/>	hematologie	<input type="checkbox"/>	reumatologie
<input type="checkbox"/>	klinische hematologie	<input type="checkbox"/>	intensieve zorgen
<input type="checkbox"/>	urgentiegeneskunde (specialist)	<input type="checkbox"/>	andere :

7. Werkt u momenteel als arts-specialist in de curatieve geneeskunde ?

Ingeval van ziekte- of zwangerschapsverlof, antwoordt u alsof u momenteel werkt.

- Ja - Uitsluitend in België → Ga naar vraag 10
 Ja - In België EN in het buitenland → Ga naar vraag 10
 Ja - Uitsluitend in het buitenland → Ga naar vraag 31 deel IV (p. 8)
 Neen, ik werk momenteel niet als arts-specialist in de curatieve geneeskunde → Ga naar vraag 8 (hieronder)

8. **Enkel voor diegenen die momenteel niet als arts-specialist in de curatieve geneeskunde werken** : duid onderstaand aan welke situatie op u van toepassing is.

- Ik ben niet (meer) beroepsactief → Ga naar vraag 31 (p.8)
 Ik oefen mijn specialisatie uit buiten het curatieve kader → Ga naar vraag 9
 Ik oefen een ander beroep dan arts-specialist uit → Ga naar vraag 9

9. In welke sector bent u thans werkzaam?

- Gezondheids- of medische sector
 Verzekeringen/Mutualiteit/Expertise
 Commerciële sector (incl. farmaceutische sector)
 Dienstverlening (privé)
 Andere (specifieer) :
 Preventieve geneeskunde
 Onderwijs
 Navorsing / onderzoek
 Overheid

↳ Ga naar vraag 31 Deel IV (p. 8)



Bevraging algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen

10. **Enkel voor diegenen die momenteel als arts-specialist in de curatieve geneeskunde werken :**

Beoefent u deze activiteit binnen het kader van het RIZIV en/of buiten het kader van het RIZIV? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Gemiddeld hoeveel uren per week beoefent u (één van) uw specialisatie(s) binnen en/of buiten het kader van het RIZIV ?

Inbegrepen : de beoefening van uw specialisatie(s) binnen het curatief kader, de administratie betreffende uw kabinet/praktijk, logistiek, instrumentenzorg, overleg met collega's, nascholing, uw verplaatsingen - excl. uw woon-werk verplaatsingen .

Niet-inbegrepen : wachtdiensten alsmede onderzoeksactiviteiten onderwijs.

		Gemiddeld aantal uren / week
0	Ik werk als arts-specialist in de curatieve geneeskunde <u>binnen</u> het kader van de verplichte ziekteverzekering (<u>met</u> terugbetaling door het RIZIV), hetzij in hoofd-, hetzij in bijberoep – hetzij voltijds, hetzij deeltijds
0	Ik werk als arts-specialist in de curatieve geneeskunde <u>buiten</u> het kader van de verplichte ziekteverzekering (<u>zonder</u> terugbetaling door het RIZIV), hetzij in hoofd-, hetzij in bijberoep – hetzij voltijds, hetzij deeltijds

⇒ **Indien u (één van) uw specialisatie(s) beoefent ofwel enkel binnen ofwel binnen en buiten het kader van het RIZIV, ga naar Deel III, vraag 11**

⇒ **Indien u (één van) uw specialisatie(s) ENKEL en ALLEEN beoefent buiten het kader van het RIZIV, ga naar Deel IV, vraag 31 (p. 8)**

DEEL III. Vragen voor de artsen-specialisten die beroepsactief zijn als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV hetzij voltijds / hetzij deeltijds

Ingeval van ziekte- of zwangerschapsverlof beantwoordt u de vragen alsof u momenteel aan het werk bent.

11. In welk jaar bent u voor het eerst beginnen te werken als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV (ongeacht dit uw huidige specialisatie is) ?

.....(jaartal)

12. Geef de laatste 3 cijfers van uw RIZIV-nummer(s) ?

RIZIV 1 : RIZIV 2 :

13. Op hoeveel verschillende plaatsen werkt u als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV ?

..... werkplaatsen

14. Waar zijn deze werkplaatsen gelegen ? Geef de provincie(s) op waarin uw vier belangrijkste werkplaatsen gelegen zijn, dit in volgorde van belangrijkheid. Indien meerdere van deze werkplaatsen gelocaliseerd zijn in dezelfde provincie, vermeld dan hoedanook telkens deze provincie.

	Provincie		Provincie
Plaats 1		Plaats 3	
Plaats 2		Plaats 4	



Bevraging algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen

15. Beoefent u uw specialisatie(s) binnen het kader van het RIZIV als zelfstandige in hoofdberoep, als zelfstandige in bijberoep, als loontrekkende in hoofdberoep en/of als loontrekkende in bijberoep ? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Kan u ook telkens aangeven hoeveel uren u gemiddeld per week werkt onder de vernoemde statuten ?

Inbegrepen : de uitoefening van uw specialisatie(s) in het curatief kader, de administratie betreffende uw kabinet/praktijk, instrumentenzorg, logistiek, overleg met collega's, nascholing, uw verplaatsingen - excl. uw woonwerk verplaatsingen.

Niet-inbegrepen : wachtdiensten alsmede onderzoeksactiviteiten onderwijs.

Hoofdberoep	0 Zelfstandige uren / week
	0 Bediende uren / week
Bijberoep	0 Zelfstandige uren / week
	0 Bediende uren / week

16. In welke setting(s) werkt u momenteel als arts-specialist in de curatieve geneeskunde ? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Gemiddeld hoeveel uren per week bent u werkzaam op deze plaats(en) ? Noteer eveneens voor elke setting het aandeel van deze uren dat wordt gepresteerd buiten het kader van het RIZIV.

Inbegrepen : de uitoefening van uw specialisatie(s) in het curatief kader, de administratie betreffende uw kabinet/praktijk, instrumentenzorg, logistiek, overleg met collega's, nascholing, uw verplaatsingen - excl. uw woonwerk verplaatsingen.

Niet-inbegrepen : wachtdiensten alsmede onderzoeksactiviteiten onderwijs.

▼			Gemiddeld aantal uren / week	% gepresteerd <u>buiten</u> het kader van het RIZIV
0	Binnen het ziekenhuis	Spoed		
		Gewone / klassieke hospitalisatie		
		Daghospitalisatie		
		Raadplegingen		
		Medico-techniek en/of laboratorium		
		Andere (specificeer) :		
0	Buiten het ziekenhuis	Privé praktijk alleen		
		Privé groepspraktijk enkel met arts-specialisten		
		Privé groepspraktijk met arts-specialisten en andere disciplines		
		Laboratorium		
		Andere (specificeer) :		
TOTAAL ►				

17. Gemiddeld hoeveel uren per maand doet u wachtdienst en dit m.b.t. de wachtdienst met verplichte aanwezigheid ter plaatse en de wachtdienst waarbij u oproepbaar bent ? Indien u nooit wachtdiensten doet, kruis dit dan aan.

		Gemiddeld N uren/maand
0	Wachtdienst met verplichte aanwezigheid TER PLAATSE
0	Wachtdienst OPROEPBAAR
0	Ik doe nooit wachtdienst	



Bevraging algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen

18. Ongeveer hoeveel uren heeft u, tijdens uw laatste volledige werkweek, besteed aan de hieronder opgenomen beroepsactiviteiten ?
Voor wat patiëntenzorg betreft, geef zowel het totaal aantal uren op dat u hieraan besteed heeft en als het procentueel aandeel hiervan dat u gepresteerd heeft buiten het kader van het RIZIV.
Indien één of meerdere van deze activiteiten niet voor u van toepassing zijn, noteer hierbij dan een nul in de kolom uren/week.

	Aantal uren gepresteerd <u>laatste volledige werkweek</u>	% gepresteerd buiten het kader van het RIZIV
Patiëntenzorg		
Preventieve geneeskunde		
Administratie, logistiek		
Beleid en management		
Onderzoek		
Onderwijs		
Verzekeringsgeneeskunde		
Stagebeleiding (stagemeester ASO)		
Verplaatsingen andere dan deze van uw woon-werk (bv. verplaatsingen tussen uw praktijken, verplaatsingen in het kader van nascholingen, enz.)		
Andere (preciseer) :.....		

19. Gemiddeld hoeveel uren per maand besteedt u aan nascholing (verplaatsingen niet inbegrepen) ?
..... uren / maand

20. Hoe ziet u het verloop van uw verdere carrière betreffende het aantal uren dat u per week presteert als arts-specialist in de curatieve geneeskunde, binnen het kader van het RIZIV ? Bent u van plan deze uit- of af te bouwen, of gelijk te houden ?
Geef uw inschatting voor elke tijdspanne van 5 jaar. Indien u denkt in de beschouwde tijdspanne uw activiteiten stop te zetten, duid dit dan aan bij de antwoordmogelijkheid 'volledig stoppen'.

	Aantal uren / week binnen het kader van het RIZIV					
	Sterke toename (> 5 u.)	Lichte toename (1-5 u.)	Status quo	Lichte afname (1-5 u.)	Sterke afname (> 5 u.)	Volledig stoppen
0 – 5 jaar	0	0	0	0	0	0
6 – 10 jaar	0	0	0	0	0	0
11 – 15 jaar	0	0	0	0	0	0
16 – 20 jaar	0	0	0	0	0	0
21 – 25 jaar	0	0	0	0	0	0

21. Hoeveel jaren denkt u nog te werken als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV om dan definitief te stoppen als arts-specialist binnen dit kader ?
Gelieve het aantal jaren op te geven.

..... jaren

22. Naast uw activiteit van arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV, beoefent u nog een andere professionele activiteit?

- 0 Nee, ik beoefen geen andere professionele activiteit → **Ga naar vraag 24**
0 Ja, ik werk ook als arts-specialist in een ander kader → **Ga naar vraag 23**
0 Ja, ik oefen ook een ander beroep dan arts-specialist uit → **Ga naar vraag 23**



Bevraging algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen

23. In welke sector bent u dan ook werkzaam?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Curatieve geneeskunde, buiten het kader RIZIV | <input type="radio"/> Preventieve geneeskunde |
| <input type="radio"/> Verzekeringen/Mutualiteit/Expertise | <input type="radio"/> Onderwijs |
| <input type="radio"/> Commerciële sector (incl. farmaceutische sector) | <input type="radio"/> Navorsing / onderzoek |
| <input type="radio"/> Gezondheids- of medische sector | <input type="radio"/> Overheid |
| <input type="radio"/> Andere (specifieer) : | <input type="radio"/> Dienstverlening (privé) |

24. Hoe beoordeelt u uw huidig beroep als arts-specialist in de curatieve geneeskunde? Gelieve voor elk van de onderstaande evaluatiepunten een kruisje te plaatsen in het vakje dat overeenstemt met uw evaluatie van dit punt.

	Evaluatie ...				
	zeer negatief	negatief	noch negatief, noch positief	positief	zeer positief
Algemene evolutie van het beroep	0	0	0	0	0
Inkomen	0	0	0	0	0
Werkzekerheid	0	0	0	0	0
Jobvoldoening	0	0	0	0	0
Eisen van patiënten	0	0	0	0	0
Werklast	0	0	0	0	0
Psychologische druk, stress	0	0	0	0	0
Uurrooster	0	0	0	0	0
Tevredenheid van patiënten	0	0	0	0	0
Beroepsstatus	0	0	0	0	0
Evenwicht privéleven – professioneel leven	0	0	0	0	0
Beroepsrisico's	0	0	0	0	0

25. Beschouwt u zichzelf als een algemeen internist?

- Ja → Ga naar vraag 26
 Neen → Ga naar vraag 31, Deel IV, p.8

26. Beoefent u thans de specialisatie 'inwendige geneeskunde'?

- Ja → Ga naar vraag 27
 Neen → Ga naar vraag 31, Deel IV, p.8

27. In welke mate hebben onderstaande redenen uw specialisatiekeuze 'inwendige geneeskunde' beïnvloed / bepaald?

Gelieve voor elk van de onderstaande antwoordmogelijkheden een kruisje te plaatsen in het vakje dat overeenstemt met uw evaluatie van dit punt.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Noch niet akkoord - noch akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Carrière-opportunities	0	0	0	0	0
Globale behandeling van de patiënt	0	0	0	0	0
Brede interesse in alle gebieden van interne geneeskunde (zich niet willen toeleggen op slechts 1 subdiscipline)	0	0	0	0	0
Interesse voor systemische ziekten, zeldzame ziekten, niet-behandelbare ziekten	0	0	0	0	0
De uitdaging van de diagnostiek	0	0	0	0	0
Holistische benadering van de geneeskunde	0	0	0	0	0
Andere (specifieer) :	0	0	0	0	0
Andere (specifieer) :	0	0	0	0	0



Bevraging algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen

28. Is het beroep / functie van algemene internist gewijzigd / geëvolueerd in de loop van de laatste 10 jaar ?

- Ja
 Neen → Ga naar vraag 30

29. Zo ja, op welke aspecten van het beroep / functie heeft deze wijziging(en) betrekking ?
Gelieve voor elk van de onderstaande antwoordmogelijkheden een kruisje te plaatsen in het vakje dat overeenstemt met uw evaluatie van dit punt.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Noch niet akkoord - noch akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Afnemend belang van de functie van internist t.a.v. andere subdisciplines	0	0	0	0	0
Vermindering van de vraag naar algemene internisten binnen het ziekenhuis	0	0	0	0	0
Verlies van het recht om bepaalde technische prestaties uit te oefenen, behandelingen voor te schrijven,	0	0	0	0	0
Verlies aan / vermindering van uitstraling van het beroep	0	0	0	0	0
Verwarring tussen 'algemene internist' en 'algemene geneesheer'	0	0	0	0	0
Minder aantrekkelijke verloning	0	0	0	0	0
Andere (specifieer) :	0	0	0	0	0
Andere (specifieer) :	0	0	0	0	0

30. Welke rol voorziet u voor de algemene internist in de toekomst ? Gelieve voor elk van de onderstaande antwoordmogelijkheden een kruisje te plaatsen in het vakje dat overeenstemt met uw evaluatie van dit punt.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Noch niet akkoord - noch akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Zorgcoördinator	0	0	0	0	0
Facilitator relatie patiënt - arts	0	0	0	0	0
Behandeling van patiënten met polypathologiën	0	0	0	0	0
Behandeling van systemische ziekten, zeldzame ziekten, niet-behandelbare ziekten	0	0	0	0	0
Vermindering van interventies buiten de pluridisciplinaire equipe	0	0	0	0	0
Verantwoordelijke voor de diagnostiek	0	0	0	0	0
Verantwoordelijke voor het antibioticabeleid	0	0	0	0	0
Verantwoordelijke voor de infectieziekten	0	0	0	0	0
Verantwoordelijke voor de ziekenhuis-hygiëne	0	0	0	0	0
Belangrijkere inbreng binnen spoeddiensten	0	0	0	0	0
Verdwijning van de rol van internist ten voordele van de andere subdisciplines	0	0	0	0	0
Andere (specifieer) :	0	0	0	0	0
Andere (specifieer) :	0	0	0	0	0

Einde van de vragenlijst voor zij die beroepsactief zijn als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV.

Heel hartelijk bedankt voor uw medewerking !

Indien u na het invullen van de vragenlijst nog opmerkingen, vragen en/of suggesties heeft, gelieve deze dan op de laatste bladzijde te noteren.



Bevraging algemene internisten, pneumologen, gastro-enterologen, cardiologen, reumatologen en oncologen

DEEL IV. Vragen voor de artsen-specialisten die GEEN patiënten behandelen binnen het kader van het RIZIV

31. Heeft u vroeger als arts-specialist gewerkt BINNEN het kader van het RIZIV ?

- 0 Ja → Ga naar vraag 32
0 Neen → Ga naar vraag 34

32. Zo ja, in welk jaar bent u gestart met de beoefening van uw specialisatie binnen het kader van het RIZIV ?

.....(jaartal)

33. In welk jaar bent u gestopt met de beoefening van uw specialisatie binnen het kader van het RIZIV ?

.....(jaartal)

34. Bent u van plan uw specialisatie binnen het kader van het RIZIV in de toekomst (opnieuw) te beoefenen ?

- 0 Ja → 35. Binnen welke termijn ? jaren
0 Neen

Indien u na het invullen van de vragenlijst nog opmerkingen, vragen en/of suggesties heeft, gelieve ze dan hieronder te noteren :

.....
.....
.....

Einde van de vragenlijst. Heel hartelijk bedankt voor uw medewerking !

Gelieve deze ingevulde vragenlijst terug te sturen naar het onderzoeksbureau M.A.S. in de bijgevoegde retouromslag. U hoeft geen postzegel te kleven !

Vergeet eveneens niet de antwoordkaart in te vullen en afzonderlijk van de vragenlijst terug te sturen. Ook hier hoeft u geen postzegel te kleven

Onderzoeksbureau M.A.S.
Brusselsesteenweg 46 a
3000 Leuven
Tel. 016/22.69.67; Fax 016/20.50.52

7.2 Bijlage 2 : Protocol behandeling gegevens

**BEVRAGING ALGEMENE INTERNISTEN, PNEUMOLOGEN,
GASTRO-ENTEROLOGEN, CARDIOLOGEN,
REUMATOLOGEN EN ONCOLOGEN - 2011**

Totaal aantal ontvangen enquêtes = 1.797

Online : 94

Papier : 1.703

Totaal aantal valide – gerapporteerde - enquêtes = 1.771

Online : 82

Papier : 1.689



26 enquêtes werden verwijderd van het basisbestand omdat ze onvolledig waren ingevuld door de respondenten. Indien niet beschikt kon worden over de helft van de antwoorden die op geen enkele manier konden achterhaald worden uit de andere ingevulde vragen, dan werden deze enquêtes verwijderd uit het bestand. Het betrof 12 online-enquêtes en 14 papieren (nrs 1, 26, 49, 80, 90, 114, 189, 190, 201, 445, 495, 538, 2339, 2549).

I. Algemene vragen

1	Geslacht : -
2	Nationaliteit : -
3	Geboortejaar : Jaar werd gecodeerd in 4 cijfers
4	Provincie waarin uw woonplaats is gelegen: -

II. Opleiding en professionele informatie

5	In welk jaar, in welke taal en welk land heeft u uw <u>diploma</u> van uw <u>huidige</u> specialisatie behaald ? Indien u voor meerdere specialisaties een diploma heeft behaald, in welk jaar en welke taal heeft u dan uw diploma van uw <u>eerste</u> specialisatie behaald ? <u>Opm.</u> : Indien u uw diploma heeft behaald in het <u>buitenland</u>, geef dan het jaar en de taal op waarin u uw diploma heeft behaald (en <u>niet</u> de erkenning van uw diploma in België).
	Jaren gecodeerd in 4 cijfers
	<u>Probleem</u> : het jaar opgegeven voor de eerste specialisatie is van een later jaartal dan dit van de huidige specialisatie <u>Hypothese</u> : de respondent beoefent thans zijn eerste specialisatie maar hij heeft nog een andere specialisatie gevolgd die hij niet beoefent. Om dit aan te geven heeft hij dit genoteerd onder eerste specialisatie <u>Oplossing</u> : de antwoorden genoteerd onder 'eerste specialisatie' verwijderen

	<p><u>Probleem</u> : een zelfde jaar is opgegeven voor zowel de eerste specialisatie als voor de huidige specialisatie</p> <p><u>Hypothese</u> : het betreft hier hoogstwaarschijnlijk dezelfde specialisatie</p> <p><u>Oplossing</u> : de antwoorden genoteerd onder 'eerste specialisatie' verwijderen</p>
	<p><u>Probleem</u> : de respondent heeft bij de eerste specialisatie een antwoord ingevuld in het hiervoor bedoelde vak maar niet in het vak voorbehouden bij eerste specialisatie</p> <p><u>Hypothese</u> : het gaat hier waarschijnlijk om dezelfde specialisatie (eerste en huidige)</p> <p><u>Oplossing</u> : de antwoorden ingevuld bij eerste specialisatie worden verplaatst naar huidige specialisatie</p>
	<p><u>Probleem</u> : een zelfde jaar is opgegeven voor de eerste bijzondere bekwaamheid als voor de huidige bijzondere bekwaamheid</p> <p><u>Hypothese</u> : hoewel het in principe niet mogelijk is om in hetzelfde jaar twee diploma's te halen, zijn er toch een aantal personen die hierin slagen of ook nog dat de registratie van de twee diploma's heeft plaatsgevonden in hetzelfde jaar</p> <p><u>Oplossing</u> : de vermelde antwoorden blijven behouden</p>
	<p><u>Probleem</u> : het jaar van behalen van de eerste bijzondere bekwaamheid is een 'eerder' jaar dan dit van de eerste specialisatie</p> <p><u>Hypothese</u> : theoretisch is dit niet mogelijk maar in de praktijk kan er een probleem zijn van registratie van de diploma's</p> <p><u>Oplossing</u> : de vermelde jaren blijven behouden</p>
	<p><u>Probleem</u> : een eerste bijzondere bekwaamheid is aangeduid maar geen huidige BB</p> <p><u>Hypothese</u> : waarschijnlijk beoefent de respondent thans deze bijzondere bekwaamheid niet</p> <p><u>Oplossing</u> : antwoorden blijven behouden</p>
	<p><u>Probleem</u> : geen enkele datum voor behalen van een diploma wordt vermeld</p> <p><u>Hypothese</u> : ofwel wenst de respondent dit niet aan te geven ofwel herinnert hij zich dit niet meer ofwel is hij het vergeten in te vullen</p> <p><u>Oplossing</u> : het is mogelijk om een idee te hebben over het jaar van behalen van het diploma : ofwel telt men ongeveer 30 jaar bij de datum van geboorte ofwel trekt men een jaar af bij het jaar van aanvang van de beroepsactiviteiten</p>

6	<p><i>Welke specialisatie(s) beoefent u momenteel ? Indien u één of meerdere bijzondere bekwaamhe(id)en beoefent, gelieve deze eveneens aan te duiden</i></p>
	<p><u>Probleem</u> : ofwel wordt geen enkele specialisatie aangeduid maar beschikt men over het RIZIV-nummer (cfr. vraag 12) <u>Oplossing</u> : indien mogelijk, via antwoord op vraag 12, de specialisaties aanduiden</p>
7	<p><i>Werkt u momenteel als arts-specialist in de curatieve geneeskunde ? Ingeval van ziekte- of zwangerschapsverlof, antwoordt u alsof u momenteel werkt.</i></p> <p>Indien neen → Q 8 Indien uitsluitend in het buitenland → Q 31 Indien uitsluitend in België of in België en in het buitenland → Q 10</p>
8	<p><i><u>Enkel voor diegenen die momenteel niet als arts-specialist in de curatieve geneeskunde werken : duid onderstaand aan welke situatie op u van toepassing is.</u></i></p> <p>1 = Q 31 2 = Q 9 3 = Q 9</p>
9	<p><i>In welke sector bent u thans werkzaam?</i></p> <p>Ga dadelijk naar vraag 31</p>
10	<p><i><u>Enkel voor diegenen die momenteel als arts-specialist in de curatieve geneeskunde werken : Beoefent u deze activiteit binnen het kader van het RIZIV en/of buiten het kader van het RIZIV? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)</u></i> <i><u>Gemiddeld hoeveel uren per week beoefent u (één van) uw specialisatie(s) binnen en/of buiten het kader van het RIZIV ?</u></i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Indien een marge is opgegeven (bv. : 50 à 60u), het gemiddelde wordt hier behouden (hier : 55u) • Indien een minimum is opgegeven (bv : > 50u), het minimum wordt hier behouden (hier 50u) • Indien <i>Full Time</i> is opgegeven : hernemen van aantal uren die opgegeven zijn bij de vragen 15-16-17. Indien geen uren zijn opgegeven bij Q15-16-17, dan wordt de <i>Full Time</i> = 45u

	<ul style="list-style-type: none"> • Indien de respondent werkt als specialist in de curatieve geneeskunde in België EN in het buitenland, dan impliceert dit automatisch dat hij buiten het RIZIV-kader werkt • Indien de respondent niet uitsluitend werkt in één van de beide kaders, dan wordt het niet geselecteerde kader = 0u • Indien de respondent uitsluitend buiten het RIZIV-kader werkt → ga direct naar vraag 31
--	--

III. Vragen voor de artsen-specialisten die beroepsactief zijn als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV hetzij voltijds / hetzij deeltijds

11	<i>In welk jaar bent u voor het <u>eerst</u> beginnen te werken als arts-specialist binnen het kader van het RIZIV (ongeacht dit uw huidige specialisatie is) ?</i>
	Indien een academisch jaar wordt vermeld (bv. 01-02), dan wordt het eerste jaar behouden (hier 2001) omdat men het jaar wenst te kennen waarin men gestart is
	De professionele activiteiten starten na de stage, vanaf het behalen van het diploma

12	<i>Geef de laatste 3 cijfers van uw RIZIV-nummer(s) ?</i>
	<p><u>Probleem</u> : de respondent geeft het nummer op van de kandidaat én van de specialist aangaande dezelfde specialisatie</p> <p><u>Hypothese</u> : de respondent zal waarschijnlijk erkend worden als specialist (verificatie van de datum van het diploma)</p> <p><u>Oplossing</u> : enkel het nummer van de specialist behouden</p>

13	<i><u>Op hoeveel verschillende plaatsen werkt u als arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV ?</u></i>
	-

14	<p>Waar zijn deze werkplaatsen gelegen ? Geef de provincie(s) op waarin uw <u>vier belangrijkste werkplaatsen gelegen zijn, dit in volgorde van belangrijkheid</u>. Indien meerdere van deze werkplaatsen gelocaliseerd zijn in dezelfde provincie, vermeld dan hoedanook telkens deze provincie.</p>
	<p><u>Probleem</u> : aantal plaatsen opgegeven bij vraag 14 > dan aantal bij vraag 13 <u>Oplossing</u> : geval per geval bekijken aan de hand van de papieren vragenlijst</p>
	<p><u>Probleem</u> : aantal plaatsen opgegeven bij vraag 14 < dan aantal bij vraag 13 (het gaat uitsluitend om personen die uitsluitend in België werken) <u>Oplossing</u> : Indien de respondent die zijn specialiteit uitsluitend in België beoefent, aangeeft dat hij op 2 of meer plaatsen werkt (Q13) maar 1 provincie heeft vermeld (Q14), dan zijn hoogst waarschijnlijk deze plaatsen gelegen in dezelfde provincie. We hernemen dus dezelfde provincie voor de plaatsen 2, 3 en 4. Indien de respondent heeft aangegeven dat hij op meer dan 2 plaatsen werkt maar minder provincies vermeldt dan plaatsen, dan werkt hij waarschijnlijk op meerdere plaatsen in dezelfde provincie maar weten we niet exact waar. We laten dus de laatste plaats als <i>missing</i></p>
15	<p>Beoefent u uw specialisatie(s) binnen het kader van het RIZIV als zelfstandige in hoofdberoep, als zelfstandige in bijberoep, als loontrekkende in hoofdberoep en/of als loontrekkende in bijberoep? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) <u>Kan u ook telkens aangeven hoeveel uren u gemiddeld per week werkt onder de vernoemde statuten ?</u></p>
	<p>1) Indien een statuut is aangeduid maar geen uren zijn opgegeven dan wordt het aantal uren <i>missing</i> 2) Indien men niet geantwoord heeft op deze vraag wat men moet antwoorden : alles wordt gehercodeerd in <i>missing</i></p>
	<p><u>Probleem</u> : enkel een statuut is aangeduid maar niet het aantal uren <u>Hypothese</u> : men presteert dan al de uren onder dit statuut <u>Oplossing</u> : Q15 hercoderen met het aantal gepresteerde uren dat is opgegeven bij Q10bin. Indien geen cijfer is opgegeven bij Q10bin, dan baseren op Q18</p>
	<p><u>Probleem</u> : zelfstandige hoofdberoep én bediende hoofdberoep zijn aangekruist (met opgave aantal uren) <u>Oplossing</u> : indien het aantal uren gepresteerd onder het statuut bediende in hoofdberoep minimum gelijk is aan een halftijd (18 uren), dan wordt dit statuut behouden als hoofdstatuut en de zelfstandige activiteit gehercodeerd als bijberoep. In het tegenovergestelde geval, wordt de zelfstandige activiteit als hoofdberoep beschouwd</p>

	<p><u>Probleem</u> : zelfstandige hoofdberoep én zelfstandige bijberoep zijn aangekruist (met opgave uren) <u>Hypothese</u> : dit is in principe niet mogelijk – het gaat hier waarschijnlijk om een fout ingevolge van het niet goed begrijpen van de vraag. <u>Oplossing</u> : alle uren worden opgenomen onder het statuut zelfstandige in hoofdberoep</p>
	<p><u>Probleem</u> : zelfstandige in bijberoep én bediende in bijberoep zijn aangekruist (met cijfers) – geen enkel statuut hoofdberoep is aangekruist <u>Oplossing</u> : indien het aantal uren gepresteerd onder het bediendenstatuut in hoofdberoep minimum gelijk is aan een halftijd (18 uren), dan wordt dit statuut behouden als hoofdstatuut en het andere statuut als bijberoep. In het tegenovergestelde geval, wordt de zelfstandige activiteit als hoofdberoep beschouwd</p>
16	<p><i>In welke <u>setting(s)</u> werkt u momenteel als arts-specialist in de curatieve geneeskunde ? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)</i> <i><u>Gemiddeld hoeveel uren per week bent u werkzaam op deze plaats(en) ? Noteer eveneens voor elke setting het aandeel van deze uren dat wordt gepresteerd buiten het kader van het RIZIV.</u></i></p>
	<p><u>Probleem</u> : het opgegeven totaal komt niet overeen met het totaal van de aantallen per lijn <u>Oplossing</u> : indien het opgegeven totaal overeenkomt algemeen met de totalen van Q10, Q15 en Q18, dan behoudt men het opgegeven totaal</p>
17	<p><i><u>Gemiddeld hoeveel uren per maand doet u wachtdienst en dit m.b.t. de wachtdienst met verplichte aanwezigheid ter plaatse en de wachtdienst waarbij u oproepbaar bent ? Indien u nooit wachtdiensten doet, kruis dit dan aan.</u></i></p>
	<p><u>Probleem</u> : voor de oproepbare wachtdienst geeft men vaak dagen per week op of ook nog weken per maand – hoe dit omzetten naar uren per maand ? <u>Veronderstelling</u> : de oproepbare wachtdienst is in het algemeen als volgt georganiseerd : van 17u tot 8u gedurende de week (→ 15 uren) en 24 uren voor de dagen van het weekend <u>Oplossing</u> : indien een aantal dagen zijn opgegeven, wordt dit aantal dagen vermenigvuldigd met 15. Indien wordt opgegeven bv. <i>1 dag op 3</i>, weet men niet of dit gaat om nachten in de week of ook wachtdienst in het weekend. Men berekent het aantal uren wachtdienst van een gemiddelde dag (week of weekend) equivalent aan 17,75 uren : <i>1 dag op 3</i> wordt dan 175,7 uren (10 x 17,75 uren). 1 weekend = 48 uren 1 week = (5x15u) + (2*24u) = 123 uren</p>

	<p><u>Probleem</u> : geen antwoord op de vraag <u>Hypothese</u> : indien de vragenlijst over het algemeen goed is ingevuld gaat men er hier van uit dat de specialist geen wachtdienst doet <u>Oplossing</u> : men kruist bijgevolg aan : 'Ik doe nooit wachtdienst'</p>
	<p><u>Probleem</u> : de respondent heeft een aantal uren aangeduid in één van de twee soorten wachtdienst maar heeft niets ingevuld in het tweede type <u>Hypothese</u> : waarschijnlijk doet de betrokkene dit type van wachtdienst niet <u>Oplossing</u> : men noteert 0 uren voor dit type van wachtdienst</p>
18	<p><u>Ongeveer hoeveel uren heeft u, tijdens uw laatste volledige werkweek, besteed aan de hieronder opgenomen beroepsactiviteiten ?</u> <u>Voor wat patiëntenzorg betreft, geef zowel het totaal aantal uren op dat u hieraan besteed heeft en als het procentueel aandeel hiervan dat u gepresteerd heeft buiten het kader van het RIZIV. Indien één of meerdere van deze activiteiten niet voor u van toepassing zijn, noteer hierbij dan een nul in de kolom uren/week.</u></p>
	<p>1) Indien men een marge opgeeft (bv : 50 à 60u), dan behoudt men het gemiddelde (hier 55u) 2) Verificatie van de uitersten (cijfers) 3) Indien een aantal uren voor ten minste één activiteit is opgegeven, dan worden de andere opgelaten categorieën gehercodeerd met nul</p>
19	<p><u>Gemiddeld hoeveel uren per maand besteedt u aan nascholing (verplaatsingen niet inbegrepen) ?</u></p>
	<p>-</p>
20	<p><u>Hoe ziet u het verloop van uw verdere carrière betreffende het aantal uren dat u per week presteert als arts-specialist in de curatieve geneeskunde, binnen het kader van het RIZIV ? Bent u van plan deze uit- of af te bouwen, of gelijk te houden ?</u> <u>Geef uw inschatting voor elke tijdsspanne van 5 jaar. Indien u denkt in de beschouwde tijdsperiode uw activiteiten stop te zetten, duid dit dan aan bij de antwoordmogelijkheid 'volledig stoppen'.</u></p>
	<p>Indien Q21r > 25 : laten zoals het is Indien [21 < Q21r < 25] : Q20P25 = Volledig stoppen Indien [16 < Q21r < 20] : Q20P25 = missing en Q20P20 = Volledig stoppen Indien [11 < Q21r < 15] : Q20P25 = missing, Q20P20 = missing en Q20P20 = Volledig stoppen Enz.</p>

21	<i>Hoeveel jaren denkt u nog te werken als arts-specialist <u>in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV</u> om dan definitief te stoppen als arts-specialist binnen dit kader ? Gelieve het aantal jaren op te geven.</i>
	-

22	<i>Naast uw activiteit van arts-specialist in de curatieve geneeskunde binnen het kader van het RIZIV, beoefent u <u>nog een andere professionele activiteit</u>?</i>
	<p>Indien een respondent werkt in België en het buitenland, moet het antwoord op deze vraag zijn : Ja, ik werk ook als arts-specialist in een ander kader.</p> <p>Indien een respondent een aantal uren voor onderzoek, onderwijs of verzekeringsgeneeskunde heeft opgegeven bij vraag 18. Bij gebrek aan antwoord of indien het antwoord neen is, dan wordt aangekruist dat de respondent thans ook werkt als arts-specialist in een ander kader</p>

23	<i>In welke sector bent u dan ook werkzaam?</i>
	<p>Indien een respondent werkt in België en het buitenland, dan dient aangekruist te zijn : <i>Curatieve geneeskunde buiten het kader RIZIV.</i></p> <p>Indien een respondent een aantal uren voor onderzoek, onderwijs of verzekeringsgeneeskunde heeft opgegeven bij vraag 18, dan dienen de corresponderende categorieën bij vraag 23 ook aangekruist zijn.</p>

24	<i>Hoe beoordeelt u uw huidig beroep als arts-specialist in de curatieve geneeskunde ? Gelieve voor elk van de onderstaande evaluatiepunten een kruisje te plaatsen in het vakje dat overeenstemt met uw evaluatie van dit punt</i>
	-

25	<i>Beschouwt u zichzelf als een algemeen internist ?</i>
	Indien nee → Einde van de vragenlijst

26	Beoefent u thans de specialisatie 'inwendige geneeskunde' ?
	Indien nee → Einde van de vragenlijst

27	In welke mate hebben onderstaande redenen uw specialisatiekeuze 'inwendige geneeskunde' beïnvloed / bepaald ? Gelieve voor elk van de onderstaande antwoordmogelijkheden een kruisje te plaatsen in het vakje dat overeenstemt met uw evaluatie van dit punt.
	-

28	Is het beroep / functie van algemene internist gewijzigd / geëvolueerd in de loop van de laatste 10 jaar ?
	Indien nee → ga naar vraag 30

29	Zo ja, op welke aspecten van het beroep / functie heeft deze wijziging(en) betrekking ? Gelieve voor elk van de onderstaande antwoordmogelijkheden een kruisje te plaatsen in het vakje dat overeenstemt met uw evaluatie van dit punt.
	-

30	Welke rol voorziet u voor de algemene internist in de toekomst ? Gelieve voor elk van de onderstaande antwoordmogelijkheden een kruisje te plaatsen in het vakje dat overeenstemt met uw evaluatie van dit punt.
	Einde van de vragenlijst

IV. Vragen voor de artsen-specialisten die GEEN patiënten behandelen binnen het kader van het RIZIV

31	Heeft u <u>vroeger</u> als arts-specialist gewerkt <u>BINNEN het kader van het RIZIV</u> ?
	-

32	Zo ja, in welk jaar bent u <u>gestart</u> met de beoefening van uw specialisatie binnen het kader van het RIZIV ?
	<p>Indien een academisch jaar wordt vermeld (bv. 01-02), dan wordt het eerste jaar behouden (hier 2001) omdat men het jaar wenst te kennen waarin men <u>gestart</u> is.</p> <p>Ook hier wordt de stage niet gezien als professionele activiteit. De professionele activiteit start na de stage, na het behalen van het diploma (cfr. Q11).</p>
33	In welk jaar bent u <u>gestopt</u> met de beoefening van uw specialisatie binnen het kader van het RIZIV ?
	<p>Indien een academisch jaar wordt vermeld (bv. 01-02), dan wordt het tweede jaar behouden (hier 2002) omdat men het jaar wenst te kennen waarin men <u>gestopt</u> is.</p>

34	Bent u van plan uw specialisatie binnen het kader van het RIZIV in de toekomst (opnieuw) te beoefenen ?
	-

35	Binnen welke termijn ?
	-