

Vestiging van vrouwelijke huisartsen

Een theoretisch model ter verklaring van verschillen in zelfstandige vestiging tussen vrouwen en mannen*

D. Kortenhoeven, A. van Doorne-Huiskes, P.P. Groenewegen en I. Maas**

Summary

Professional participation of women general practitioners: a theoretical model for explaining differences in professional participation between female and male general practitioners

In this article a theoretical framework is constructed to explain the lower professional participation of female general practitioners. Various theories are used to account for these differences, e.g. the role theory, the theory of rational choices and the labour-market-theory of statistical discrimination.

Using elements of the above mentioned theories we have constructed a theoretical model. This model is built up in two stages. The first stage provides an explanation why women general practitioners usually choose to work in a less independent form of practice than men do. In the second stage an explanation is given for differences between female and male general practitioners in realising a practice; given the kind of practice general practitioners are looking for.

The model enables us to give a well founded theoretical answer to the questions involved.

* Dit onderzoek wordt gesteund door de Stichting Sociaal-Culturele Wetenschappen, die gesubsidieerd wordt door de Nederlandse Organisatie voor Zuiver-Wetenschappelijk Onderzoek (ZWO).

** D. Kortenhoeven, wetenschappelijk onderzoekmedewerkster bij de Nederlandse Organisatie voor Zuiver-Wetenschappelijk Onderzoek.

J. van Doorne-Huiskes, universitair hoofddocente bij de Vakgroep Theoretische sociologie en methodenleer aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

P.P. Groenewegen, adjunct-hoofd Wetenschappelijk Onderzoek bij het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg te Utrecht.

I. Maas, studente bij de Vakgroep Theoretische sociologie en methodenleer aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

1. Inleiding en probleemstelling

Verschillen in beroepsdeelname tussen vrouwen en mannen staan de afgelopen jaren sterk in de belangstelling. De resultaten van onderzoek wijzen alle in dezelfde richting: minder vrouwen dan mannen nemen deel aan betaalde arbeid en wanneer vrouwen beroepsarbeid verrichten, is hun functieniveau en vooral hun beloningsniveau gemiddeld lager dan dat van mannen. Deze resultaten gelden voor alle westerse landen (Van Doorne-Huiskes & Chatab, 1986).

In dit artikel gaat het om verschillen tussen vrouwen en mannen binnen één beroepsgroep, namelijk die van de huisartsen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de deelname van vrouwelijke artsen aan het beroepsleven hoog is, maar dat binnen de beroepsgroep van artsen, vrouwen minder aantrekkelijke posities bezetten (Van Doorne-Huiskes & Bedaux-de Jonge, 1983; Hermann, 1984). Dit verschijnsel doet zich ook voor bij huisartsen.

Sinds 1974 bestaat er een éénjarige opleiding tot huisarts, die gevolgd kan worden na het artsexamen en die een voorwaarde voor vestiging is. Door jaarlijkse peilingen wordt bijgehouden, hoeveel vrouwelijke en mannelijke huisartsen sinds de invoering van de huisartsenopleiding zich als zelfstandig huisarts hebben gevestigd. Het blijkt dat sinds 1974 bijna 36% (406) van de vrouwelijke huisartsen zich zelfstandig heeft gevestigd. Van de mannelijke huisartsen die sindsdien de huisartsenopleiding hebben voltooid, heeft 60% (2157) zich als zelfstandig huisarts gevestigd (NIVEL, Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijns gezondheidszorg).

Centraal in dit artikel staat de vraag, hoe het te verklaren is dat zich onder de vrouwelijke huisartsen relatief minder zelfstandig gevestigden bevinden dan onder de mannelijke huisartsen.

We proberen deze vraag te beantwoorden met behulp van een verklarend model, waarin enerzijds wordt uitgegaan van een algemene handelingstheorie en anderzijds van restricties waaronder menselijk handelen plaatsvindt.

Begonnen wordt met een beschrijving van de bouwstenen waaruit het model bestaat (paragraaf 2). Daarna wordt het model gespecificeerd voor de situatie van vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Dit gebeurt in twee stappen: eerst wordt gezien naar wat voor soort vestiging men op zoek gaat (paragraaf 3); daarna of men erin slaagt de gezochte vestigingswijze te realiseren (paragraaf 4). Enkele implicaties uit de beide stappen van het model worden aan het eind van het artikel vergeleken met empirische gegevens. Van een uitgebreidere analyse zal in een later stadium verslag gedaan worden.

2. Bouwstenen voor een verklarend model

De ongelijke verdeling van vrouwen en mannen over beroepen kan worden opgevat als een collectief resultaat van individuele keuzeprocessen die plaatsvinden onder bepaalde restricties. Om deze processen te verklaren hanteren wij als handelingstheorie de rationele keuzetheorie.

Het uitgangspunt van deze theorie is dat mensen van de mogelijke handelingsalternatieven in een bepaalde situatie, dát alternatief kiezen waarvan ze verwachten dat het hun het hoogste nut zal opleveren (Schoemaker, 1982; Wippler & Lindenberg, 1984).

Handelingsalternatieven hebben positieve en negatieve gevolgen, ofwel kosten en baten. Wat als kosten, dan wel als baten wordt opgevat, hangt af van de doelstellingen die mensen willen bereiken. Op zeer algemeen niveau kan worden gezegd dat alle mensen streven naar welzijn en aanzien (Adam Smith, zie: Lindenberg, 1980). Wat welzijn en aanzien in specifieke situaties betekenen, dient voor elk verklaringsprobleem apart te worden ingevuld.

Mensen zullen van elk van de mogelijke handelingsalternatieven in een gegeven situatie, de positieve en negatieve gevolgen tegen elkaar afwegen en de alternatieven op basis daarvan rangschikken. Het is echter in de meeste situaties niet zeker, of de gevolgen ook werkelijk zullen optreden. Voor elk van de handelingsalternatieven zal men dan ook schatten, hoe groot de kans is op het optreden van de positieve en negatieve gevolgen. De waardering van gevolgen en de verwachte kans van optreden hiervan, bepalen het nut van de alternatieven.

Mensen maken hun keuzen echter niet binnen een sociaal vacuüm, doch onder restrictieve omstandigheden. De meeste omstandigheden zijn voor bepaalde categorieën mensen restrictiever dan voor andere. Verschillen in gedrag tussen mensen kunnen worden teruggevoerd op verschillen in de mate van restrictiviteit van omstandigheden en de mate van aanwezigheid van hulpbronnen. Verondersteld wordt dat restricties op drie manieren keuzeprocessen beïnvloeden. Ten eerste kunnen zij ertoe leiden dat mensen verschillen in het belang dat zij hechten aan de gespecificeerde doelstellingen. Ten tweede hebben de restricties tot gevolg dat bepaalde handelingsalternatieven voor sommige mensen hogere kosten met zich meebrengen dan voor anderen. Ten derde leiden zij ertoe dat de kans op het realiseren van hun keuze voor sommigen groter is dan voor anderen. Enerzijds is dit het gevolg van verschillen in de werking van bepaalde restricties. Anderzijds heeft dat te maken met verschillen in de beschikking over hulpbronnen.

De werking van restrictieve omstandigheden maakt individuele keuzeprocessen tot een interessant object van sociologische analyse. Restricties zijn

immers niet alleen van fysische of psychische aard. Sociale, juridische en economische omstandigheden kunnen bij uitstek als restricties worden aangevoerd.

Het verklarend model wordt in twee stappen uitgewerkt. Bij de eerste stap staat de individuele keuze voor een bepaald soort praktijk centraal. Het gaat hier om de vraag: zoeken vrouwen een ander soort praktijk dan mannen en zo ja, waarom is dit het geval? Bij de tweede stap staat het realiseren van een vestiging centraal. Hier gaat het om de vraag, of er verschillen in kansen zijn tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen om de door hen gezochte vestiging te realiseren en zo ja, waarom.

Bij de eerste stap van het model moet aangegeven worden, welke vestigingswijzen er zijn (de gedragsalternatieven), vanuit welke gezichtspunten de gedragsalternatieven tegen elkaar worden afgewogen (de doelstellingen) en in welke mate men deze doelstellingen kan bereiken door de keuze voor één van de alternatieven. Deze specificaties gelden zowel voor vrouwen als voor mannen. Verschillen tussen vrouwen en mannen worden in dit deel verklaard met behulp van de eerste twee genoemde soorten restricties, te weten: verschillen in het belang dat aan doelstellingen wordt gehecht, en verschillen in de kosten van handelingsalternatieven.

Bij de tweede stap van het model werken we de restricties uit, die het realiseren van de gezochte vestiging beïnvloeden. Alvorens op de werking van restricties in te gaan, dient eerst de verhouding tussen het aantal beschikbare vestigingsplaatsen en het aantal huisartsen dat naar een vestigingsplaats op zoek is, te worden vastgesteld. Zodoende kan worden bepaald, voor welk deel van de zoekenden de mogelijkheid tot vestiging aanwezig is. De (eerder genoemde) derde soort restricties verklaart hier, waarom vrouwen er in mindere mate in slagen om de gezochte vestigingsplaats te realiseren, namelijk: vanwege het feit dat ze over minder hulpbronnen beschikken en vanwege restricties die worden opgeworpen door de directe sociale omgeving.

3. Eerste stap van het model: zoeken naar een bepaalde vestiging

3.1. Gedragsalternatieven en doelstellingen

Afgestudeerde huisartsen die zich willen vestigen, kunnen in principe kiezen uit verschillende vestigingswijzen. Daar de probleemstelling van het onderzoek gericht is op het verklaren van verschillen in zelfstandige vestiging, ordenen we de vestigingswijzen naar de mate van zelfstandigheid. De zelfstandigheid van huisartsen ligt in de vrijheid om naar eigen goeddunken met pa-

tiënten om te gaan en de praktijk naar eigen inzicht te voeren, voorzover formele regelingen dat toelaten. Deze vrijheid kan in meer of mindere mate worden ingeperkt door de setting waarin huisartsen werken (Freidson, 1975).

In de inleiding is reeds het onderscheid genoemd tussen zelfstandige vestiging en een assistentschap in de praktijk van een andere huisarts. Assistenteschappen kunnen worden beschouwd als de vorm van beroepsuitoefening met de kleinste mate van zelfstandigheid. De als zelfstandig aangeduide vestigingswijzen verschillen echter ook onderling nog in de vrijheid om de praktijk naar eigen inzicht te voeren. Zo zal een loondienstsituatie in het algemeen minder zelfstandig zijn dan een vestiging als vrij beroepsbeoefenaar. Een solopraktijk is zelfstandiger – in de zin zoals aangegeven – dan een vestiging in maatschapsverband. Een associatie van alleen huisartsen is zelfstandiger dan een samenwerkingsverband met hulpverleners uit andere disciplines, zoals in gezondheidscentra het geval is.

Volgens het model hangt de keuze voor een bepaald soort vestiging af van de verwachte gevolgen van een dergelijke vestiging. Om aan te geven welke gevolgen relevant zijn, specificeren we de doelstellingen die praktijkzoekende huisartsen nastreven.

Op het meest algemene niveau van menselijk handelen worden veelal twee doelstellingen onderscheiden: welzijn en aanzien. Om van algemene doelen te komen tot concrete doelen is een specificatie vereist, die toegespitst is op het te onderzoeken probleemveld (Groenewegen, 1985).

Toegespitst op de beroepsgroep huisartsen, kan dit als volgt gebeuren. Het algemene doel 'aanzien' is te specificeren naar status binnen de beroepsgroep. Het algemene doel 'welzijn' kan gespecificeerd worden naar meer concrete doelen als adequate honorering en een zekere hoeveelheid tijd naast de beroepsarbeid. Een adequate honorering en tijd naast de beroepsarbeid kunnen worden beschouwd als instrumenten – c.q. instrumentele doelen – om verschillende individuele doelstellingen te bereiken.

Het zou in de rede liggen om bij deze specificatie van doelen ook de vakinhoudelijke doelen te noemen. Daar we verwachten dat vrouwelijke huisartsen wat betreft de waardering van deze doelstellingen niet zullen verschillen van mannelijke huisartsen, zullen we bij de verdere uitwerking niet nader op deze doelstellingen ingaan.

Bezien we nu in welke vestigingswijze welke doelstellingen het best kunnen worden bereikt, dan kunnen de volgende hypothesen worden geformuleerd: de mogelijkheden tot het bereiken van een adequate honorering en/of hoge beroepsstatus zijn groter in de meer zelfstandige vestigingswijzen; de tijd die

overblijft naast de beroepsarbeid, is groter in de minder zelfstandige vestigingen.

Verschillen met betrekking tot doelstellingen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen worden in de volgende paragrafen ingevoerd via de restricties.

3.2. Restricties en doelstellingen

Verschillen in de waardering van bepaalde doelstellingen ontstaan door de inwerking van restricties. De vraag die nu beantwoord moet worden, is welke restricties terzake zijn, wanneer het gaat om mogelijke verschillen in de waardering van bepaalde doelstellingen door vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

In de vorige paragraaf zijn de algemene doelen van praktijkzoekende artsen tot concretere doelen gespecificeerd: een adequate honorering en een zekere hoeveelheid tijd die naast de beroepsuitoefening kan worden besteed als indicaties van het algemene doel 'welzijn'; een zekere status binnen de beroepsgroep als indicatie voor het algemene doel 'aanzien'.

Met betrekking tot het doel 'adequate honorering' kan worden opgemerkt, dat mannelijke huisartsen vaker een niet-verdienende partner zullen hebben dan vrouwelijke huisartsen. We gaan ervan uit dat inkomens, ingebracht door één van de beide partners, als gezinsinkomens worden beschouwd. Gemiddeld zal, gegeven de vorige zin, de groep gehuwde mannelijke huisartsen in vergelijking met de groep gehuwde vrouwelijke huisartsen, over minder gezinsinkomen beschikken.* Dit betekent dat meer mannelijke dan vrouwelijke huisartsen aan het doel van adequate honorering een hogere waardering zullen geven.

Met betrekking tot de doelstelling 'een zekere mate van vrij besteedbare tijd' kan het volgende worden geconstateerd. Het is genoegzaam bekend dat vrouwen méér tijd aan huishoudelijke werkzaamheden besteden dan mannen. Tijdsbestedingsonderzoeken wijzen uit, dat de door vrouwen in gezinstaken geïnvesteerde tijd vier- tot vijfmaal zo groot is als die van mannen (Knulst en Schoonderwoerd, 1983).

Dit geldt eveneens, zij het in iets mindere mate, voor ongehuwde vrouwen. Ook bij de hoger opgeleiden geldt in algemene zin deze verdeling van tijd (Van Doorne-Huiskes, 1979). Dit gegeven heeft tot gevolg dat vrouwelijke huisartsen die een beroep uitoefenen, in de regel over minder vrij besteed-

* Onder gehuwden worden in dit onderzoek tevens huisartsen gerekend, die met een vaste partner samenwonen.

bare tijd beschikken dan hun mannelijke collega's. Dit zal er op zijn beurt toe leiden, dat vrouwen aan de doelstelling 'vrij besteedbare tijd' veelal een hogere waardering zullen toekennen.

Met betrekking tot de beroepsstatus is bekend, dat vrouwen meer status ontleen aan het beroep van hun man, dan omgekeerd mannen aan dat van hun vrouw (Van Doorne-Huiskes, 1984). Mannen zijn in het algemeen in sterkere mate dan vrouwen op slechts één statusbron aangewezen. Hoog opgeleide vrouwen zijn in de regel getrouwd met hoog opgeleide mannen (Van Doorne-Huiskes, 1979). Hoog opgeleide mannen hebben in de regel goede banen. Voor vrouwelijke artsen betekent dit dat, wanneer ze van een eigen beroepsuitoefening zouden afzien, zij toch over een zekere maatschappelijke status beschikken, namelijk via het beroep van hun man. Voor mannen geldt dat, bij gelijke omstandigheden, in veel mindere mate. Dit brengt met zich mee dat mannen in het algemeen meer waarde zullen hechten aan een hoge beroepsstatus dan vrouwen, ook wanneer deze laatste wél – zoals vrijwel alle vrouwelijke artsen – vormen van beroepsuitoefening ambiëren.

3.3. Restricties en kosten en baten

Behalve via het belang dat mensen hechten aan bepaalde doelen, kunnen restricties ook inwerken op de kosten van een handelingsalternatief. We bespreken hier verschillen in de kosten van vestiging tussen vrouwen en mannen die het gevolg zijn van: verschillen in rolverwachtingen, verschillen in gezinsomstandigheden en van ongelijkheid in regelgeving voor de beroepsgroep van huisartsen.

De gehuwde mannelijke huisarts die zich wil vestigen, zal er min of meer vanzelfsprekend van uitgaan dat zijn partner de huishoudelijke en gezinstaken op zich neemt. Wenst de gehuwde vrouwelijke huisarts daarentegen beroepsarbeid te verrichten, dan zal zij er gewoonlijk voor moeten zorgen dat huishoudelijke en gezinstaken doorgang vinden. Ze kan dan ófwel betaalde hulp aantrekken ófwel deze taken zelf blijven verrichten naast haar beroepsarbeid.

In het eerste geval, als de vrouwelijke huisarts ervoor kiest om betaalde hulp aan te trekken voor gezins- en huishoudelijke taken, zijn objectief gezien de kosten die daaraan verbonden zijn, voor rekening van beide partners. Toch worden deze kosten vaak – merendeels impliciet – aan de vrouwelijke partner toegeschreven. Daarbij komt dat de vrouwelijke huisarts die (een deel van) huishoudelijke en gezinstaken overdraagt, veelal toch verantwoordelijk blijft voor deze taken.

In het tweede geval komt het er veelal op neer dat de vrouwelijke huisarts

zich voor een dubbele taak geplaatst ziet, een belemmering voor beroepsarbeid, die door Roos (1981) in de zogenaamde twee-carrière-hypothese is weergegeven. De vrouwelijke huisarts moet haar zorg en aandacht voortdurend verdelen tussen haar patiënten en haar gezin. De extra kosten liggen dan ook niet zozeer op het financiële vlak; het zijn veeleer vermoeidheid en 'emotionele kosten' vanuit een gevoel van schuld dat óf de partner óf het gezin tekort wordt gedaan. Deze emotionele kosten zullen vooral hoog zijn, als de vrouwelijke huisarts kinderen heeft.

Of de gehuwde vrouwelijke huisarts nu voor de ene of de andere oplossing kiest, in beide gevallen worden de kosten hoger naarmate een vestiging een meer onregelmatig en onvoorspelbaar tijdsbeslag met zich meebrengt. Dit laatste is vooral het geval in de meer zelfstandige vestigingswijzen.

De invloed van rolverwachtingen is ook waarneembaar, waar het gaat om de houding van de man ten opzichte van beroepsarbeid van zijn partner. Uit onderzoek blijkt dat afkeurende houdingen van mannen een remmende invloed hebben op het verrichten van beroepsarbeid van hun partners (Van Doorne-Huiskes, 1979).

Een andere bron van verschillen in kosten en baten voor vrouwen en mannen zijn de formele regelingen die voor de beroepsgroep huisartsen gelden, met name: de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst, de Ziekenfondswet, pensioenregelingen, fiscale regelingen en de arbeidsongeschiktheidsuitkeringsverzekering. Naar de kostenverhogende werking van deze regeling voor vrouwen is onderzoek gedaan door Kortenhoeven (1985).

De uitoefening van het huisartsberoep is geregeld in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst. Deze wet bevat geen aparte regelingen die vestiging als huisarts moeilijker maken voor vrouwen dan voor mannen.

De Ziekenfondswet bevat formeel evenmin wetsartikelen die vrouwen sterker belemmeren dan mannen. In de praktijk echter kunnen waarnemregelingen, voorgeschreven in de zogenoemde modelovereenkomst met het Ziekenfonds, aanleiding geven tot verschillen in kosten. Het gaat dan met name om regeling van de achterwacht in het geval de gevestigde huisarts wegens visites bij patiënten of anderszins voor korte tijd niet in de praktijk aanwezig is, maar wel voor zijn patiënten bereikbaar moet blijven. Langere afwezigheid wordt meestal via plaatselijke waarnemgroepen geregeld, waarin nagenoeg iedere huisarts participeert.

Gehuwde mannelijke huisartsen behoeven veelal geen speciale (betaalde) hulp, oproepapparatuur, of andere zaken voor de achterwacht te organiseren. Hun partner zal deze taak meestal op zich nemen, daar het — gezien de eerder uiteengezette taakverdeling tussen vrouwen en mannen — goed aan-

sluit bij haar werkzaamheden binnenshuis. Gehuwde mannelijke huisartsen zullen deze kosten dus uitsparen; met andere woorden een vaste partner levert hun 'baten' op.

Voor vrouwelijke huisartsen daarentegen vormt regeling van de achterwacht een kostenpost. De partner van de vrouwelijke huisarts zal minder vanzelfsprekend de achterwachtfunctie op zich nemen; het wordt van hem in mindere mate verwacht. Bovendien zal hij daartoe minder vaak in staat zijn vanwege beroepswerkzaamheden buitenshuis.

De kosten die achterwachtingen met zich meebrengen, zullen het hoogst zijn in de meest zelfstandige vestigingswijzen; er is dan geen associatiepartner of collega met wie men samen de achterwacht kan regelen. Naarmate een vestigingswijze zelfstandiger is, zal het daarom vaker voorkomen dat vrouwen hogere kosten moeten maken voor de regeling van de achterwacht dan mannen.

Alle zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland zijn verplicht om deel te nemen aan de pensioenregeling voor huisartsen, in tegenstelling tot niet zelfstandig gevestigde huisartsen. Deze pensioenregeling is in 1984 zodanig gewijzigd, dat delen uit die regeling die in het verleden aanleiding waren tot hogere kosten voor vrouwelijke dan voor mannelijke huisartsen, nu nauwelijks nog kostenverschillen opleveren. Desondanks is gebleken (Kortenhoeven, 1985) dat vooral niet-gevestigde huisartsen menen dat de pensioenregeling vrouwelijke huisartsen sterker belemmert bij zelfstandige vestiging dan mannelijke huisartsen. Dit impliceert dat in de perceptie van praktijkzoekende huisartsen – bij afweging van kosten en baten van de verschillende vestigingswijzen – een zelfstandige vestiging hogere kosten met zich meebrengt voor vrouwelijke dan voor mannelijke huisartsen.

Ook de fiscale regelingen zijn onlangs ingrijpend gewijzigd, met name door invoering van de zogenoemde tweeverdienerswet in 1985. Daardoor zijn de tot dan toe bestaande ongelijkheden tussen gehuwde vrouwen en mannen in formele zin weggenomen. Evenals bij de pensioenregeling blijkt ook hier de perceptie van de zoekende huisartsen niet altijd overeen te stemmen met de werkelijkheid. Dit is mede te wijten aan de verwarring die is ontstaan bij de invoering van de tweeverdienerswet in 1985; een verwarring die duidelijk tot uiting is gekomen in persberichten, kranten en tijdschriften.

Het gaat in feite om een fiscaal nadeel ten opzichte van de situatie vóór 1985, voor gehuwden of samenwonenden die overgaan van een eenverdienersregeling naar een tweeverdienersregeling. Hebben beide partners een eigen inkomen uit arbeid, dan wordt de belastingvrije voet van de zogeheten alleenverdiener teruggebracht van omstreeks f 14.000, – naar ± f 7.000, –.

Daar staat tegenover dat de 'tweede verdiener' een eigen belastingvrije som van $\pm f 7.000,-$ krijgt. Is nu het inkomen van de voormalige alleenverdiener hoog en dat van de 'tweede verdiener' laag, dan zal, gegeven een progressief belastingstelsel, het totale gezinsinkomen onevenredig weinig toenemen met de arbeid van de 'tweede verdiener'. De nieuwe fiscale regelingen zullen in dergelijke gevallen de drempel om tot de arbeidsmarkt toe te treden verhogen. Dit is vooral van toepassing op gehuwde vrouwelijke huisartsen die door part-time arbeid of anderszins een lager inkomen zullen gaan verdienen dan hun partner.

Tot slot dienen hier de arbeidsongeschiktheidsuitkeringsverzekeringen genoemd te worden. Deze verzekeringen dragen er eveneens aan bij dat een vestiging als vrij beroepsbeoefenaar voor vrouwelijke huisartsen extra kosten met zich meebrengt.

Een vrouwelijke huisarts kan — evenmin als andere vrouwelijke vrije beroepsbeoefenaren — een verzekering afsluiten die haar een inkomen garandeert tijdens (een deel van) de zwangerschapsperiode. Dit betekent dat een betaalde kracht ter vervanging moet worden aangetrokken. Het impliceert dat een vrouwelijke huisarts die kinderen wenst en die zich als vrij beroepsbeoefenaar wil vestigen, hogere kosten in het vooruitzicht heeft dan haar mannelijke collega in dezelfde situatie.

Vatten we de paragrafen over restricties samen, dan kunnen we veronderstellen dat vrouwelijke huisartsen, en met name zij die een partner hebben, minder belang hechten dan mannen aan die doelen die het best bereikbaar zijn via de meer zelfstandige vestigingswijzen. Het betreft dan de doelen 'een adequate honorering' en 'een hoge beroepsstatus'. Aan het doel 'vrij besteedbare tijd' dat beter bereikbaar is in een minder zelfstandige vestiging, zullen zij daarentegen meer belang hechten dan hun mannelijke collega's.

Daarnaast zijn de kosten van een zelfstandige vestiging voor vrouwen vaak hoger dan voor mannen. De kostenverschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen zullen afnemen, naarmate een vestiging minder zelfstandig is.

Aangezien de baten van een zelfstandige vestiging voor vrouwen gemiddeld lager zullen zijn dan voor mannen en de kosten juist hoger, kunnen we voorspellen dat vrouwelijke huisartsen vaker dan mannelijke huisartsen besluiten op zoek te gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen. Deze voorspelling is vooral van toepassing op vrouwelijke huisartsen met een vaste partner.

4. Tweede stap van het model: realiseren van de gezochte vestigingswijze

In de tweede stap van het verklaringsmodel gaat het om de vraag, of er verschillen zijn tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in het realiseren van de gezochte vestiging. Het realiseren van de gezochte vestiging hangt in algemene zin af van de volgende componenten: de verhouding tussen vraag en aanbod van vestigingsplaatsen; van factoren die differentiëren tussen de vestigingskansen van vrouwen en mannen en van verschillen in de wijze waarop vrouwen en mannen zoeken naar een vestigingsplaats. We zullen dit in de volgende drie paragrafen nader uitwerken.

4.1. Vraag en aanbod van vestigingsplaatsen

De verhouding tussen het aantal beschikbare vestigingsplaatsen en het aantal huisartsen dat naar een praktijk op zoek is, bepaalt hoeveel huisartsen zich kunnen vestigen, ongeacht het feit of het vrouwen of mannen zijn.

Het aanbod van huisartspraktijken is de afgelopen jaren sterk bij de vraag naar vestigingsplaatsen achtergebleven. Als we de verhouding tussen het aantal praktijkzoekende huisartsen en het aantal gerealiseerde vestigingen berekenen, dan blijkt dat er zich in de jaren 1983, 1984 en 1985 respectievelijk 61%, 53% en 74% van de zoekenden heeft kunnen vestigen (NIVEL, Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijns gezondheidszorg).

Binnen de gerealiseerde vestigingen kan een onderscheid worden gemaakt tussen verschillende soorten praktijken. Aannemende dat de gerealiseerde vestigingen het aanbod van vestigingsplaatsen weerspiegelen, kan men stellen dat het aanbod van de meer zelfstandige vestigingsplaatsen, zoals in solo-praktijken en maatschappen, vele malen groter is dan dat van de minder zelfstandige, zoals in gezondheidscentra en assistentschappen. Zo vond in 1985 slechts 7% van de vestigingen plaats in een gezondheidscentrum, terwijl in dat jaar een nog geringer aantal vestigingen als assistent beschikbaar bleek.

In paragraaf 3.3 zijn we tot de conclusie gekomen dat vrouwelijke huisartsen vooral naar de minder zelfstandige vestigingswijzen zullen zoeken. In deze paragraaf blijkt dat dat juist ook de schaarsere vestigingsplaatsen zijn. Uitsluitend uit het feit dat er meer vragers zijn dan er praktijken worden aangeboden, kan niet afgeleid worden dat vrouwen geringere mogelijkheden hebben om een vestiging te realiseren. In combinatie met het gegeven dat vrouwen vooral naar de schaarser vestigingen op zoek zijn, kan een dergelijke conclusie wel worden getrokken. Uitgaande van een onderscheid in vestigingswijzen naar de mate van zelfstandigheid, kunnen we concluderen dat de kans op het realiseren van de gezochte vestiging – afgeleid uit de verhou-

ding tussen het aantal aangeboden en gezochte vestigingswijzen – in de minder zelfstandige vestigingswijzen aanmerkelijk geringer is dan in de meer zelfstandige vestigingswijzen.

4.2. Verschillen in vestigingskansen tussen mannen en vrouwen

We beschouwen in deze paragraaf de restricties die de verschillen in vestigingskansen tussen mannen en vrouwen veroorzaken. Achtereenvolgens gaan we daarbij in op de houding van gevestigde huisartsen die een opvolger of associé zoeken, ten opzichte van praktijkzoekende vrouwen en mannen, de houding van financierende instanties en inperkingen van het geografisch gebied waarbinnen huisartsen naar een praktijk zoeken.

Invloed van gevestigden op vestigingskansen

In arbeidsmarktonderzoek naar verschillen tussen vrouwen en mannen in de toegang tot beroepen komt naar voren dat werkgevers voor bepaalde, vooral hogere, functies aan mannen de voorkeur geven boven vrouwen (Thurrow, 1975; Schippers, 1983). We verwachten dat dit verschijnsel, dat door Thurrow aangeduid is als statistische discriminatie, ook voorkomt onder huisartsen die hun praktijk willen overdragen of een associatiepartner zoeken. Statistische discriminatie betekent in dit geval dat huisartsen een algemeen (voor)oordeel hebben over de capaciteiten van vrouwen en dit oordeel zonder onderscheid toepassen op vrouwelijke kandidaten voor opvolging of associatie. Gegeven het feit dat de meeste aanbieders van vestigingsplaatsen mannen zijn en ervan uitgaand dat hun oordelen over de geschiktheid van vrouwen minder positief zijn dan die over mannen, verwachten we een negatieve beïnvloeding van de vestigingskansen van vrouwen.

Invloed van financierende instanties op de vestigingskansen

Het is niet uit te sluiten dat adviserende en financierende instanties verschillende criteria hanteren voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen bij beslissingen over het financieren van een huisartspraktijk. We verwachten dat ook hier het verschijnsel van statistische discriminatie van toepassing is. Als dat inderdaad waar is, zou dat de kans op het realiseren van een vestiging voorzover dat niet in dienstverband is voor vrouwelijke huisartsen inperken.

Invloed van geografische gebondenheid op vestigingskansen

Inperking van het geografisch gebied waarbinnen afgestudeerde huisartsen naar een praktijk zoeken, zal de kans op vestiging eveneens inperken. Voorzover deze inperking voortkomt uit een binding aan de streek of sociale rela-

ties, verwachten we geen verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

We verwachten wél verschillen waar het gaat om gebondenheid aan een bepaalde plaats of streek vanwege de (beroeps)werkzaamheden van de partner. Vrouwelijke huisartsen hebben vaker een partner die beroepsarbeid verricht dan mannelijke huisartsen. Gegeven de gangbare rolopvattingen heeft beroepsarbeid van de man een hogere prioriteit dan die van de vrouw. We verwachten daarom dat de gehuwde vrouwelijke huisarts vaker het gebied waarbinnen ze naar een praktijk zoekt, inperkt vanwege de werkzaamheden van haar partner dan de gehuwde mannelijke huisarts. Het is duidelijk dat naarmate men het gebied waarbinnen men zoekt, sterker inperkt, de kans op vestiging kleiner wordt.

4.3. Het zoeken naar een praktijk en de beschikking over hulpbronnen

Het verschil tussen mannen en vrouwen in het realiseren van de gezochte vestiging hangt niet alleen samen met de hierboven beschreven verschillen in vestigingskansen, maar ook met de manier waarop men naar een vestigingsplaats zoekt. De manier waarop men zoekt, bepaalt of men informatie krijgt over vestigingsmogelijkheden en hoe exclusief die informatie is; dat wil zeggen aan hoeveel andere zoekenden die informatie bekend is.

Afgestudeerde huisartsen die naar een praktijk op zoek gaan, kunnen in principe op velerlei manieren te werk gaan. We onderscheiden vier groepen zoekmethoden. De eerste is het zoeken via formele kanalen, zoals het plaatsen van en het reflecteren op advertenties en inschakelen van bemiddelingsbureaus. Dit is een methode die weliswaar weinig moeite kost, maar tevens weinig exclusieve informatie oplevert. Een tweede groep zoekmethoden betreft het rechtstreeks benaderen van mogelijke aanbieders van vestigingsplaatsen, bijvoorbeeld het benaderen van gevestigde huisartsen op leeftijd of van gemeenten. Deze methode zal over het algemeen weinig meer dan algemene informatie over vestigingsmogelijkheden opleveren, maar als deze handelwijze meer oplevert, zal de informatie exclusief zijn. De derde groep zoekmethoden die we willen onderscheiden, betreft het benutten van netwerken van sociale relaties, bijvoorbeeld familieleden, vrienden, opleiders. Dit levert exclusiever informatie op dan het rechtstreeks benaderen en kost minder moeite. Tenslotte onderscheiden we zoekmethoden waaraan het verrichten van beroepswerkzaamheden ten grondslag ligt, zoals het doen van avond- en weekenddiensten en waarnemingen. Deze zoekmethode is het meest tijdsintensief, maar de informatie die men op deze wijze verkrijgt, zal zeer exclusief zijn.

Vooraf bij de beide laatste groepen zoekmethoden is de beschikking over hulpbronnen een vereiste. Zo veronderstellen de zoekmethoden die gericht zijn op het benutten van sociale relatienetwerken, de beschikking over dergelijke netwerken.

Uit onderzoek naar verschillen in relatienetwerken tussen vrouwen en mannen blijkt dat vrouwen over minder sociale relaties beschikken dan mannen (Mc. Pherson, 1968, 1966). Verenigingen met vrouwelijke leden nemen vaker een perifere positie in binnen het netwerk van verenigingen. Verder is gebleken dat vrouwen weliswaar niet minder vaak dan mannen lid zijn van een vereniging, maar dat verenigingen waar vrouwen lid van zijn, kleiner en homogener zijn dan verenigingen waar mannen lid van zijn, bijvoorbeeld éénzelfde soort opleiding, gelijke afkomst, gelijke sekse.

Op grond van de onderzoeksresultaten veronderstellen we dat vrouwelijke huisartsen in mindere mate over de hulpbron 'sociale relaties' kunnen beschikken dan mannelijke huisartsen. Relatienetwerken kunnen een doorslaggevende bron van hulp zijn in het geval ouders of naaste familieleden hun praktijk overdragen aan de afgestudeerde huisarts. We gaan ervan uit dat er in deze gevallen geen grote verschillen zullen bestaan tussen afgestudeerde vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

De hulpbron sociale relaties is ook van doorslaggevende aard, wanneer de adspirant-huisarts een partner heeft met een eigen praktijk waarin hij/zij zich na de voltooiing van de huisartsopleiding eveneens kan vestigen.

We nemen aan dat vrouwelijke huisartsen vaker over een partner-met-huisarts-praktijk 'beschikken' dan mannelijke huisartsen. Dergelijke situaties zullen echter verhoudingsgewijs niet zo vaak voorkomen. Bij verdere analyses zullen deze huisartsen dan ook apart gezien worden. Een nadere analyse van kansen op vestiging is op hen niet van toepassing; zij kunnen zich na afstuderen onverkort in de praktijk van hun partner vestigen.

Zoekmethoden die gebaseerd zijn op het verrichten van beroepswerkzaamheden, veronderstellen een aanzienlijke tijdsinvestering. In principe is de hulpbron 'tijd' voor iedereen gelijk; elke zoekende huisarts heeft 24 uur per dag ter beschikking. Tijd is voor gehuwde vrouwelijke huisartsen echter een schaarser hulpbron dan voor mannen in dezelfde situatie. Binnen de gangbare rolopvattingen worden vrouwen immers geacht ten minste een deel van hun tijd te investeren in huishoudelijke en gezinstaken.

Bij het zoeken via beroepswerkzaamheden zal men soms tijdelijk moeten vertoeven in of nabij de praktijk van de huisarts die men vervangt. Deze eis is moeilijk verenigbaar met de dagelijks terugkerende gezinstaken die juist

een regelmatige tijdsinvestering én aanwezigheid op bepaalde plaatsen vereist. Vandaar dat vrouwen – zeker wanneer ze kinderen hebben – in mindere mate de zoekmethoden die gebaseerd zijn op het verrichten van beroepswerkzaamheden, kunnen benutten dan mannen.

De conclusie uit deze paragraaf luidt dat vrouwelijke huisartsen over minder hulpbronnen kunnen beschikken dan mannelijke huisartsen. Zij kunnen daarom in mindere mate dan mannen zoeken via sociale netwerken en het verrichten van beroepswerkzaamheden, terwijl vooral deze manieren van zoeken exclusieve informatie over vestigingsmogelijkheden opleveren. Dit zal ertoe leiden dat de kans op het realiseren van de gezochte vestiging voor vrouwelijke huisartsen kleiner is dan voor mannelijke huisartsen.

5. Toetsing van de belangrijkste implicaties

In de voorgaande paragrafen hebben we een verklaring opgesteld voor het feit dat vrouwelijke huisartsen zich minder vaak zelfstandig vestigen dan mannelijke huisartsen.

Alvorens tot nadere analyses van empirische gegevens over te gaan, is het zinvol om eerst te bezien óf het inderdaad zo is dat vrouwelijke huisartsen naar een minder zelfstandige vestigingswijze zoeken dan mannelijke huisartsen (voorspelde uitkomst uit de eerste stap van het model) óf vrouwelijke huisartsen op een andere – minder effectieve – wijze zoeken dan mannelijke huisartsen en óf de kansen op het realiseren van de gezochte vestigingswijze inderdaad kleiner zijn voor vrouwelijke huisartsen (voorspelde uitkomsten uit de tweede stap van het model). De gegevens zijn ontleend aan Kortenhoeven (1985).

5.1. Zoeken vrouwelijke huisartsen naar een minder zelfstandige vestiging dan mannelijke huisartsen?

De mate van zelfstandigheid van een vestiging is afgemeten aan de praktijkvorm en samenwerkingsvorm (zie paragraaf 3.1). We voorspelden dat vrouwelijke huisartsen wat betreft de praktijkvorm vaker zullen zoeken naar een dienstverband of een gezondheidscentrum, terwijl mannelijke huisartsen veeleer naar een vrije vestiging of overname op zoek zullen gaan. Wat betreft de samenwerkingvorm voorspelden we dat vrouwen eerder een multidisciplinaire vorm zullen verkiezen en dat mannen daarentegen vaker naar een solistische vorm van werken zoeken. De onderstaande tabellen bevatten empi-

Tabel 1. Gezochte praktijkvorm.

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>
geen voorkeur	1 %	4 %
vrije vestiging/overname	45 %	23 %
associatie/groepspraktijk	27 %	14 %
dienstverband/gezondheidscentrum	26 %	55 %
assistentschap	1 %	4 %
	N = 140	N = 53

Tabel 2. Gezochte werkvorm.

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>
geen voorkeur	4 %	4 %
solo	24 %	9 %
maatschap/monodisciplinair	34 %	31 %
multidisciplinair	38 %	56 %
	N = 140	N = 53

rische gegevens ter toetsing van de voorspelde vestigingswijzen voor vrouwen en mannen.

Uit tabel 1 blijkt dat 23% van de vrouwen naar een vrije vestiging of een overname van een praktijk zoekt; bij de mannen is dat percentage bijna tweemaal zoveel. Bij een dienstverband ligt de verhouding juist andersom; deze praktijkvorm wordt door 55% van de vrouwen gezocht tegen 26% van de mannen. Kijken we naar de samenwerkingsvorm, dan zien we dat vrouwen vaker naar een multidisciplinaire vorm zoeken dan mannen. Solo-arbeid wordt door bijna een kwart van de mannen gezocht, terwijl slechts 9% van de vrouwen deze werkvorm zoekt. Deze empirische gegevens tonen aan, dat vrouwelijke huisartsen inderdaad naar minder zelfstandige vestigingswijzen zoeken dan mannelijke huisartsen. We mogen hieruit afleiden dat het zinvol is om voorspellingen over de oorzaak van deze verschillen nader te analyseren.

5.2. Zijn de kansen op vestiging voor vrouwelijke huisartsen kleiner dan voor mannelijke huisartsen?

5.2.1. Zoeken vrouwelijke huisartsen op andere – minder effectieve – wijzen dan mannen?

Tabel 3 geeft een overzicht van de zoekmethoden die de in 1983 afgestudeerde zoekende huisartsen ten minste één keer (of meerdere keren) hebben gehanteerd.

De uitkomsten uit tabel 3 weerleggen onze voorspellingen over het hantieren van de verschillende zoekmethoden niet: mannen hebben inderdaad vaker dan vrouwen één of meerdere malen gezocht via de voorspelde zoekmethoden. Deze uitkomst werpt wel nieuwe vragen op, gegeven de uitkomst dat

Tabel 3. Zoekmethoden die vrouwelijke en mannelijke huisartsen hebben gebruikt (in percentages).

zoekmethoden	seks:	
	vrouwen	mannen
I. zoeken via formele kanalen		
– plaatsen van advertenties	2	8
– reflecteren op advertenties	30	28
– inschakelen van bemiddelingsbureaus	5	20
<i>totaal</i>	<i>(37)</i>	<i>(56)</i>
II. rechtstreeks benaderen van aanbieders		
– benaderen van gemeenten/gevestigden	10	15
– benaderen van huisartsen op leeftijd	2	14
– contacten opgedaan in assistentschappen	3	5
<i>totaal</i>	<i>(15)</i>	<i>(34)</i>
III. zoeken via relatie(s) (netwerken)		
– benaderen van familie/vrienden e.d.	7	20
– contacten via huisartsopleiding benutten	10	19
– contacten via cursussen, symposia e.d.	10	8
<i>totaal</i>	<i>(27)</i>	<i>(47)</i>
IV. zoeken via verrichten van beroepswerkzaamheden		
– vervanging van gevestigde huisartsen	19	22
– weekend- en/of avonddiensten	8	21
– verrichten van tijdelijke assistentschappen	15	16
<i>totaal</i>	<i>(42)</i>	<i>(59)</i>
N =	53	140

mannen ook de andere groepen zoekmethoden vaker één of meerdere malen hebben benut. De vraag rijst dan, of mannen frequenter zoeken dan vrouwen. Het zou kunnen zijn dat er vertekening is opgetreden in de resultaten omdat uit de gepresenteerde gegevens niet is op te maken, met welke frequentie vrouwen en mannen de onderscheiden zoekmethoden hebben gehanteerd. Nadere analyses van empirische gegevens zijn hier noodzakelijk.

5.2.2. Zijn de kansen op vestiging voor vrouwelijke huisartsen kleiner vanwege de houding van gevestigden, de houding van financierende instanties en vanwege de sterkere regionale gebondenheid van vrouwen?

Voorlopige resultaten uit interviews wijzen op weerstanden van gevestigden tegen een vrouwelijke huisarts als opvolger of associée. Vrouwelijke huisartsen kunnen een grote huisartsenpraktijk fysiek minder goed aan dan mannen, zo menen sommige gevestigde huisartsen. Vrouwen zouden ook minder capaciteiten hebben op het gebied van het financieel-economisch beheer van een huisartspraktijk. Ook wordt regelmatig door gevestigden als bezwaar naar voren gebracht, dat vrouwelijke huisartsen kinderen hebben of kunnen krijgen, die een aanslag op de beroepsarbeid van de vrouw betekenen. Kinderen zullen zoveel tijd opeisen dat de vrouwelijke huisarts haar beroepsarbeid zal moeten aanpassen. Dit zal bij overmatige drukte leiden tot problemen en moeilijkheden bij de achterwachten, tot tijdelijke onderbreking van de beroepsarbeid in geval van zwangerschap en/of tot vermindering van beroepsarbeid, zo de vrouwelijke huisarts al niet geheel met haar beroeps werkzaamheden stopt.

Voeg bij deze waarderungen van gevestigden, dat het overgrote deel van de huisartsen dat als vrij beroepsbeoefenaar werkt, uit mannen bestaat, dan kunnen we uit de voorlopige resultaten met enige waarschijnlijkheid afleiden dat de kans op het realiseren van een overname of associatie voor zoekende vrouwelijke huisartsen kleiner is dan voor haar mannelijke collega's.

Onderzoek naar de houding van financierende instanties ten opzichte van vrouwelijke en mannelijke huisartsen is niet voorhanden. Gegevens over de perceptie van afgestudeerde huisartsen hieromtrent uit de enquêtes wijzen erop, dat er wel grond is om aan te nemen dat vrouwen en mannen verschillend worden behandeld. Het overgrote deel van de vrouwelijke huisartsen zegt er zeker van te zijn dat praktijkfinanciering voor vrouwelijke huisartsen grotere moeilijkheden oplevert dan voor mannelijke huisartsen.

In paragraaf 4.2 voorspelden we dat gehuwde vrouwelijke huisartsen het gebied waarbinnen ze naar een praktijk zoeken, sterker zullen inperken dan mannelijke huisartsen vanwege de arbeid van de partner. Nadere analyse

van deze gegevens zal moeten uitwijzen, of onze voorspelling in de data is terug te vinden.

6. Data ter toetsing van het verklarend model

De toetsing van de belangrijkste implicaties van het verklarend model heeft uitgewezen dat nadere analyses van de problematiek zinvol zijn.

Vrouwelijke huisartsen blijken inderdaad vaker naar andere vestigingswijzen te zoeken dan mannelijke huisartsen. Gegeven deze uitkomst, wordt een nadere analyse naar de verklaring voor deze verschillen interessant.

Ook wat betreft de wijze waarop huisartsen naar een praktijk zoeken, constateerden we verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Naast een analyse naar de oorzaken van deze verschillen bleek het tevens zinvol om ook andere aspecten bij deze analyse te betrekken. Onze eerste analyse wierp namelijk de vraag op, of de frequentie waarmee huisartsen naar een praktijk zoeken, niet tevens als verklaring voor de gevonden verschillen kan worden opgenomen.

Verschillen in kansen op het realiseren van de gezochte vestigingswijzen vereisen eveneens diepgaander analyses. Bij analyse van voorlopige onderzoeksgegevens vonden we aanwijzingen dat de voorspelde verschillen bestaan. Gedetailleerde analyses uit onderzoeksmateriaal – verkregen via interviews – zijn ook hier noodzakelijk.

Empirische data om het verklarend model nader te toetsen, worden inmiddels verzameld. Aan alle huisartsen die in 1983 de huisartsopleiding hebben voltooid, zijn – in schriftelijke enquêtes – vragen voorgelegd over het tot stand komen van de keuze om naar bepaalde vestigingswijzen op zoek te gaan, de wijze waarop men gezocht heeft of zoekt en (de kansen op) het realiseren van de gezochte vestigingswijzen.

Kwalitatieve onderzoeksmethoden, zoals de logboekmethode en diepte-interviews, worden gehanteerd waar het gaat om meer diepgaande analyses van het zoekproces en de kansen op het realiseren van de gezochte vestigingswijzen. Van deze onderzoeksresultaten zal te zijner tijd verslag gedaan worden.

- Doorne-Huiskes, J. van, & J. Chatab, *Ongelijkheid tussen vrouwen en mannen; enkele internationale vergelijkingen*. Paper voor NSAV-jubileumcongres. Amsterdam, 1986.
- Doorne-Huiskes, J. van, *Vrouwen en beroeps participatie. Een onderzoek onder gehuwde vrouwelijke academici*. Dissertatie, Utrecht, 1979.
- Doorne-Huiskes, J. van, *Vrouwen in mobiliteits- en stratificatie-onderzoek. Mens en Maatschappij*, 59, 1984.
- Doorne-Huiskes, J. van, & M. Bedaux-de Jonge, *Gezinssituatie en beroepsloopbaan van vrouwelijke artsen. Gezondheid & Samenleving*, 4, 1983.
- Freidson, E., *Doctoring together; a study of professional social control*. Chicago, 1975.
- Groenewegen, P.P., *Locatiekeuze en huisartsendichtheid; een verklaring van regionale verschillen en veranderingen*. Dissertatie, Utrecht, 1985.
- Hermann, C., *Vrouwelijke artsen in Nederland. Een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen*. Dissertatie, Nijmegen, 1984.
- Hingstman, L., *Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg*. NIVEL, 1984, 1985, 1986.
- Knulst, W., & L. Schoonderwoerd, *Een week tijd 1975-1980*. Den Haag, 1983.
- Kortenhoeven, D., *Vrouwelijke huisartsen; belemmerd bij vestiging?* NIVEL, Utrecht, 1985.
- Lindenberg, S., *Instigation of and participation in revolts and revolutions; an analysis of Marx's possible contribution to this problem and analysis of an alternative*. Paper voor de studiedag van de Werkgemeenschap verklarende sociologie Utrecht, 1980.
- Roos, P.A., *Occupational segregation in industrial societies: A twelve-nation comparison of gender and marital differences in occupational attainment*. Dissertatie, Los Angeles, 1981.
- Schippers, J.J., *Werkgelegenheidsdiscriminatie van de vrouw in Nederland. Sociaal Maandblad Arbeid*, 38, 1983.
- Schoemaker, P.J.H., *The expected utility model: its variants, purpose; evidence and limitations*. *Journal of Economic Literature*, vol. XX, 1982, p. 529-563.
- Thurow, L.C., *Generating inequality*. New York, 1975.
- Wippler, R., & S. Lindenberg, *Collective phenomena and rational choice*. In: J. Alexander u.a., *Relating micro and macro levels in sociological theories*. Berkeley, 1985.