

# RAPPORTAGE ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR

1995

Deel 1 : Hoofdrapport

Opgesteld door: NIVEL, NZi en OSA



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 2319946 fax 030 2319290



**RAPPORTAGE**  
**ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR**  
**1995**

**DEEL 1: HOOFDRAPPORT**

**Augustus 1995**



**RAPPORTAGE**  
**ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR**  
**1995**

**DEEL 1: HOOFDRAPPORT**

**Augustus 1995**

**NIVEL**

- J. Harmsen  
- L. Hingstman

**NZi**

- W. van der Windt  
- J. van der Bent

**OSA**

- P.C. Allaart  
- J.M. van Werkhoven



# INHOUD

pag.

VERKLARING DER TEKENS	5
VOORWOORD	7
1. INLEIDING	9
2. ONTWIKKELINGEN OP DE ARBEIDSMARKT	11
2.1. Inleiding	11
2.2. Economische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt	11
2.3. Ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorgsector en de Nederlandse economie	12
2.3.1. Werkzame personen en arbeidsvolume	12
2.3.2. Werkzame personen en banen naar een aantal kenmerken	13
2.4. Arbeidspotentieel	16
2.5. Vacatures	18
2.6. Conclusies	19
3. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR	21
3.1. Inleiding	21
3.2. Algemene ontwikkelingen	21
3.3. Ontwikkelingen binnen de zorgsectoren	25
3.3.1. Ziekenhuizen	25
3.3.2. Psychiatrisch ziekenhuizen	26
3.3.3. Gehandicaptenzorg	26
3.3.4. Verpleeghuizen	26
3.3.5. Verzorgingstehuizen	26
3.3.6. Thuiszorg	27
3.4. Ontwikkelingen binnen de beroepsgroepen	27
3.4.1. Medische beroepen	27
3.4.2. Paramedische beroepen	28
3.4.3. Verplegende en verzorgende beroepen	29
3.4.4. Assisterende beroepen	31
4. WERKNEMERS IN DE ZORGSECTOR	33
4.1. Inleiding	33
4.2. Ontwikkelingen in het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen	33
4.3. De ontwikkelingen van het arbeidsvolume in relatie met de productie	36
4.4. Arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden	37
4.5. De zorgsector en werkgelegenheidsbeleid	44

## Vervolg INHOUD

pag.

5.	BEROEPEN IN DE ZORGSECTOR	47
5.1.	Inleiding	47
5.2.	Aantal werkzame personen	47
5.3.	Kenmerken	49
5.3.1.	Geslacht	49
5.3.2.	Leeftijd	51
5.3.3.	Deeltijd	51
5.4.	Ontwikkelingen in aanbod en produktie	53
5.5.	Personen in opleiding	54
5.6.	Werkloosheid	56
5.7.	Vacatures	58
5.8.	Conclusies	59
	LITERATUUR EN BRONNEN	61
	LIJST VAN AFKORTINGEN	65
	BIJLAGEN	69



## VERKLARING DER TEKENS

.	= gegevens ontbreken (tenzij anders aangeduid)
-	= nul
niets (blank)	= een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
<	= minder dan, respectievelijk kleiner dan
>	= meer dan, respectievelijk groter dan
≤	= minder/kleiner dan of gelijk aan
≥	= meer/groter dan of gelijk aan
1990-1992	= 1990 tot en met 1992



## VOORWOORD

De Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1995 is een vervolg op de in 1994 verschenen proefrapportage 'Vinger aan de pols', die door het bureau Research voor Beleid was opgesteld. De hier voor u liggende rapportage is totstandgekomen in een samenwerkingsverband van een drietal onderzoeksbureaus: het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg); het NZi en de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA). Het is de bedoeling dat zij voortaan jaarlijks een dergelijke rapportage zullen opstellen.

Een rapportage als deze kan alleen worden opgesteld indien diverse instanties voldoende medewerking verlenen door het verstrekken van gegevens. De auteurs zijn alle dataleveranciers daarom zeer erkentelijk voor hun bijdrage.

Binnen het samenwerkingsverband had de OSA, naast een beperkte uitvoerende, vooral een coördinerende en begeleidende rol. Daarnaast is enkele malen overleg gevoerd met een begeleidingscommissie die als volgt was samengesteld:

- drs. B.D. Baks (Ministerie van VWS)
- drs. J.A.H. van Langen (Ministerie van VWS)
- drs. J.J.G.M. van den Hoek (Nationale Raad voor de Volksgezondheid)
- mr. W.E. Wedman (AWOB)
- dr. P.C. Allaart (OSA, voorzitter)
- mw. drs. J.M. van Werkhoven (OSA, secretaris)

Het onderzoek is uitgevoerd door de volgende personen:

dr. L. Hingstman en drs. J. Harmsen (NIVEL), drs. W. van der Windt en Ir. J. van der Bent (NZi), dr. P.C. Allaart en mw. drs. J.M. van Werkhoven (OSA).

Den Haag/Utrecht, augustus 1995.



## 1. INLEIDING

In de zorgsector zijn de afgelopen jaren belangrijke ontwikkelingen in gang gezet die beogen de zelfregulering in de sector te verhogen en de overheid meer op afstand te plaatsen. Het arbeidsmarktbeleid wordt thans vooral vorm gegeven door de sociale partners, die daarvoor ondermeer sectorfondsen hebben opgericht.

De overheid blijft echter verantwoordelijk voor het bevorderen van de volksgezondheid en is daardoor ook indirect betrokken bij de kwantitatieve en kwalitatieve inzet van arbeid in de zorgsector. Een goede informatievoorziening is daarvoor noodzakelijk. In dit kader is het Ministerie van VWS voornemens om jaarlijks een rapportage te doen uitbrengen over de arbeidsmarkt in de sector. Deze Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) kan worden gezien als een gedeeltelijke voortzetting van de vroegere nota's Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg, waarvan de laatste is verschenen in 1991. Gedeeltelijk, omdat de RAZ geen voorspellende en taakstellende elementen bevat, zoals dat bij de Beroepskrachtenplanning wel het geval was. Deze vervallen elementen worden nu tot het taakgebied van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid gerekend.

In 1994 is door het onderzoeksbureau *Research voor Beleid* een proefrapportage opgesteld (Beekmans e.a. 1994), die als voorloper heeft gefungeerd voor een reguliere RAZ. Het voorliggende rapport is de eerste jaaruitgave daarvan.

Gelijktijdig met de RAZ 1995 wordt het eerste integrerende rapport uitgebracht dat door de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) is opgesteld in het kader van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorgsector (OSA, 1995).

Beide rapporten zijn zo goed mogelijk op elkaar afgestemd. In de RAZ ligt de nadruk op de meest actuele cijfers en ontwikkelingen, waarbij veel subsectoren en beroepsgroepen worden onderscheiden. In het OSA-rapport staan resultaten van onderzoek centraal, waarbij in het algemeen van een hoger aggregatieniveau sprake is en de nadruk minder ligt op de actualiteit. Dit betreft zowel onderzoek in het kader van het door het door VWS gefinancierde Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorgsector, als onderzoek dat elders is uitgevoerd. Tevens wordt in dat rapport ingegaan op de betekenis die onderzoeksresultaten voor het beleid kunnen betekenen.

De RAZ bestaat uit twee delen. Het hier voorliggende deel kan als het hoofdrapport worden beschouwd. Beschrijvenderwijs worden hierin de belangrijkste actuele ontwikkelingen weergegeven. In de tekst en in een bijlage zijn tabellen opgenomen die daarvoor relevant zijn. Hieronder bevinden zich ook enkele algemene overzichtstabellen betreffende de arbeidsmarkt in de zorgsector.

Het tweede deel is een tabellenrapport, dat afzonderlijk is gepubliceerd. Dit tabellenrapport bevat gedetailleerde cijfermatige informatie over de jaren 1990 t/m 1994 betreffende een groot aantal beroepsgroepen en subsectoren van de zorgsector.

De zorgsector is moeilijk eenduidig af te bakenen, zeker indien gegevens uit diverse bronnen worden gepresenteerd. In de meeste gevallen volgt de RAZ indelingen die te vertalen zijn naar het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). Waar daarvan wordt afgeweken, zoals bijvoorbeeld in hoofdstuk 2, wordt dat in de tekst expliciet aangegeven.

In de in 1994 verschenen proefrapportage werd geconcludeerd dat bestaand cijfermateriaal nog onvoldoende was toegesneden op een reguliere RAZ. Daarvoor werden een drietal redenen aangevoerd. De eerste was dat er op sommige punten gewoon te weinig informatie is, bijvoorbeeld over de voor de zorgsector relevante werkloosheid. De tweede reden was dat sommige potentiële leveranciers van gegevens vanwege praktische (automatiserings)problemen niet in staat waren relevant materiaal te leveren. De derde reden was in feite meer een praktisch probleem, namelijk dat verschillende bronnen verschillende uitkomsten over hetzelfde onderwerp te zien geven. Het moge duidelijk zijn dat de situatie, zoals in het voorgaande geschetst, niet binnen het tijdsbestek van een jaar sterk verbeterd kan zijn. Door de opstellers van de RAZ is voorrang gegeven aan het beperken van inconsistente informatie over beroepsgroepen of sectoren. Dit betekent tevens dat nieuwe informatiebronnen op dit punt worden getoetst. Als twee bronnen over hetzelfde onderwerp verschillende informatie geven, zal die waarvan de informatie als het minst adequaat wordt beoordeeld worden weggelaten. Een consequentie daarvan is dat niet altijd alle beschikbare gegevens in de RAZ worden opgenomen. Terwille van consistentie kan een selectie gewenst zijn. Deze eerste RAZ vertoont in dit opzicht ongetwijfeld nog onvolkomenheden. Het is een produkt in ontwikkeling en de opstellers zullen, waar mogelijk, proberen verdere verbeteringen aan te brengen. Suggesties daartoe van lezers zijn zeker welkom. Ook houden de opstellers zich aanbevolen voor het aangeven van mogelijkheden om informatielacunes op te vullen.

Dit hoofdrapport van de RAZ bevat de volgende hoofdstukken. Begonnen wordt met een schets van de algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, waarbij de zorgsector wordt vergeleken met de Nederlandse economie in het algemeen (hoofdstuk 2). Hoofdstuk 3 beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen in de diverse sectoren en beroepen in de zorgsector. In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan de werkgelegenheidsaspecten van de arbeidsmarkt in de zorgsector, waarbij de nadruk op de werknemers ligt. In hoofdstuk 5 tenslotte vormen de beroepsgroepen in de zorgsector de belangrijkste invalshoek. Het gaat daarbij zowel om als zelfstandige als in loondienst uitgeoefende beroepen.

## **2. ONTWIKKELINGEN IN DE ARBEIDSMARKT**

### **2.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk geeft een algemene schets van actuele ontwikkelingen op de Nederlandse arbeidsmarkt en de positie van de zorgsector daarin. Begonnen wordt met de economische ontwikkeling, die in belangrijke mate bepalend is voor de arbeidsmarkt (2.2). Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkeling en de structuur van de werkgelegenheid (2.3). Het onbenutte arbeidspotentieel is in algemene zin redelijk goed in beeld te brengen. Welk deel daarvan voor de zorgsector relevant is kan echter slechts op een uiterst ruwe manier worden geschat (2.4). Aan de vraagzijde van de markt bieden het aantal openstaande vacatures, alsmede enkele kenmerken daarvan, enig aanvullend inzicht in de arbeidsmarktsituatie in de sector en de economie als geheel (2.5).

### **2.2 Economische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt**

Gemeten naar de groei van het nationaal inkomen kende de Nederlandse economie een conjunctureel dieptepunt in 1993. Het dieptepunt in de ontwikkeling van de werkgelegenheid was een jaar later in 1994. Met de conjuncturele ontwikkeling liep ons land in de pas met de meeste andere Europese landen. De verslechterende conjunctuur en de daarmee gepaard gaande afname van werkgelegenheid werd dan ook voor een belangrijk deel door internationale economische ontwikkelingen bepaald. Daarnaast zal ook de te uitbundige loonstijging in de jaren 1991-1993 hebben bijgedragen aan verlies van werkgelegenheid. De reële arbeidskosten stegen gedurende deze jaren gecumuleerd met 8,5%, waar een stijging van het reëel nationaal inkomen met slechts 2,5% tegenover stond.

Ondanks alle negatieve factoren bleef in Nederland het verlies aan werkgelegenheid beperkt. In 1993 en 1994 daalde het arbeidsvolume met respectievelijk 7.000 en 10.000 arbeidsjaren. Gemeten in aantallen werkzame personen was er zelfs in het geheel geen teruggang. Door een toename van het aantal deeltijdbanen nam het aantal personen dat tenminste 12 uur per week werkt in beide jaren nog met 7.000 toe. Ook de groei van de particuliere consumptie bleef positief. Al met al was de economische teruggang veel milder van karakter dan de recessie van het begin van de jaren tachtig.

In 1994 heeft zich een duidelijk economisch herstel ingezet, dankzij een verbeterende internationale conjunctuur. De produktie van bedrijven en het reëel nationaal inkomen groeiden weer met 3%. Zoals hiervoor aangegeven, nam het volume van de werkgelegenheid in dat jaar echter verder af. Het is een normaal verschijnsel dat de ontwikkeling van de werkgelegenheid vertraagd reageert op een herstellende produktiegroei. Geluiden over een mogelijke periode van baanloze groei, die in een dergelijke tijds-spanne de kop opsteken, getuigen dan ook van weinig inzicht in de conjuncturele samenhang tussen produktie en arbeidsmarkt. Niettemin waren er reeds in de loop van 1994 tekenen die wezen op een verbeterende situatie op de arbeidsmarkt. De groei van het aantal banen van werknemers nam toe, evenals het volume aan uitzendarbeid.

In 1995 en naar verwachting ook in 1996 blijft de economische ontwikkeling gunstig, zij het dat in het laatste jaar een verflauwing van de conjunctuur wordt voorzien. De werkgelegenheid zal in beide jaren weer toenemen in een tempo dat niet veel achterblijft bij dat van de tweede helft van de jaren tachtig. Het Centraal Planbureau voorziet een groei van het arbeidsvolume met respectievelijk 64.000 en 78.000 arbeidsjaren (CPB, 1995). Het aantal werkzame personen neemt daarbij toe met 85.000 in 1995 en ruim 100.000 in 1996. Desondanks wordt verwacht dat de omvang van de werkloze bevoelingsbevolking stabiel blijft. De toename van de werkgelegenheid zal dus naar verwachting maar net gelijke tred houden met de groei van het arbeidsaanbod. Daarbij is een belangrijke aanname dat het aanbodbeleid in de sociale zekerheid tot uiting zal komen in een groter effectief arbeidsaanbod. Indien dat effect minder is dan verwacht zal er wel enige daling van de werkloosheid kunnen optreden.

## **2.3 Ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorgsector en de Nederlandse economie**

### **2.3.1 Werkzame personen en arbeidsvolume**

Gegevens over recente ontwikkelingen zijn altijd met enige onzekerheid omgeven. Dat geldt vooral indien het gegevens betreft op een laag niveau van aggregatie, zoals voor de zorgsector. In dit hoofdstuk zal daarom worden aangesloten bij een gangbare sectorindeling, dat wil zeggen bij de Standaard Bedrijfsindeling (SBI) van het CBS. Het begrip zorgsector wordt dan in ruime zin opgevat, dat wil zeggen als het geheel van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Dit komt grotendeels, maar niet geheel overeen met de FOZ-sectoren<sup>1</sup>.

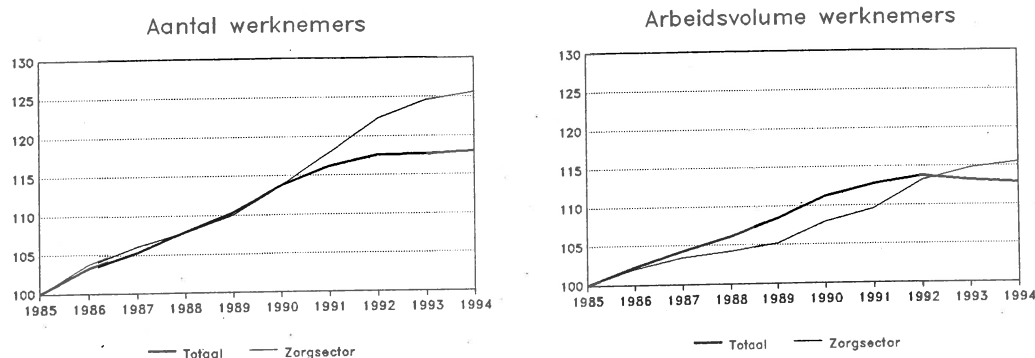
De ontwikkeling van het aantal werknemers wordt weergegeven in het linker gedeelte van figuur 2.1. Daaruit blijkt dat de toename van het aantal werknemers van 1985 tot 1990 in de zorgsector ongeveer gelijk opliep met het totaal van de Nederlandse economie. Na 1990 is de werkgelegenheid in de zorgsector relatief sterker gegroeid. Vooral in 1992 en 1993 is er sprake geweest van een divergerende ontwikkeling. In 1993 nam het totale aantal werknemers nauwelijks toe, terwijl er in de zorgsector nog een groei met bijna 2% was. In 1994 is ook in de zorgsector de groei van de werkgelegenheid bescheiden geweest; het aantal werknemers nam met minder dan 1 procent toe. De kwartaalcijfers voor dat jaar geven aan dat de groei in de loop van het jaar zelfs volledig verdwenen was. Voor 1995 betekent dit dat de toename van het aantal werknemers in de zorgsector waarschijnlijk beperkt zal zijn en mogelijk zal achterblijven bij de werkgelegenheids groei voor de economie als geheel.

---

<sup>1</sup> Het betreft hier de SBI-codes 93 en 94. Van SBI-93 maken ook veterinaire diensten deel uit (niet in FOZ) en SBI-94 omvat ook een aantal welzijnssectoren, zoals maatschappelijk werk en kinderopvang (niet in FOZ). Anderzijds zijn er onderdelen uit het FOZ die niet onder de SBI codes 93 en 94 vallen. Dit betreft voornamelijk de verstrekking van geneesmiddelen, kunst- en hulpmiddelen en het beheer van de (zieken)fondsen.



Figuur 2.1.: Ontwikkeling van het aantal werknemers en het arbeidsvolume van werknemers in de zorgsector (SBI 93 en 94) en de Nederlandse economie (totaal), 1985=100



Bron: CBS, JWJ en Kwartaalonderzoek loonontwikkeling

Zoals in het voorgaande reeds werd opgemerkt groeit het arbeidsvolume, uitgedrukt in arbeidsjaren, minder snel dan het aantal werkzame personen. Dit verschil wordt veroorzaakt door de toename van deeltijdarbeid. Omdat deeltijdarbeid vooral onder vrouwen wijd verbreid is, valt te verwachten dat er vooral in de zorgsector een verschil zichtbaar is tussen de ontwikkeling van het arbeidsvolume en het aantal werkzame personen. Het rechter gedeelte van figuur 2.1 brengt de ontwikkeling van het arbeidsvolume van werknemers in beeld vanaf 1985. Dit komt in hoofdlijnen overeen met de figuur van het aantal werknemers. Het wordt nu echter zichtbaar dat de groei van het arbeidsvolume aan het eind van de jaren tachtig in de zorgsector is achtergebleven bij de totale werkgelegenheidsgroei. In het begin van de jaren negentig is er echter een inhaalbeweging geweest, waardoor uiteindelijk in 1995 kan worden gesteld dat het arbeidsvolume van werknemers in de zorgsector vanaf 1985 iets meer is toegenomen dan in de totale Nederlandse economie. Gemiddeld bedraagt het verschil in groeitempo niet meer dan enkele tienden van procenten per jaar.

Een vergelijking tussen beide delen van figuur 2.1 leert tevens dat, geheel volgens verwachting, de toename van deeltijdarbeid in de zorgsector van relatief grote betekenis is geweest. Het verschil in groeitempo tussen het aantal werknemers en het arbeidsvolume bedroeg gemiddeld bijna een procent-punt per jaar. Voor de Nederlandse economie als geheel was dat maar de helft.

### 2.3.2 Werkzame personen en banen naar een aantal kenmerken

In de zorgsector, zoals in dit hoofdstuk gedefinieerd (zie voetnoot 1), werkten in 1993 742.000 personen tenminste 12 uur per week<sup>2</sup>. Dat is 12,5% van de totale werkzame beroepsbevolking van 5.925.000 personen.

In de zorgsector wijkt de samenstelling van de werkenden naar een aantal kenmerken meer of minder af van het gemiddelde. Tabel 2.1 geeft daarvan een overzicht.

<sup>2</sup> Bij de Enquête Beroepsbevolking (EBB) 1994 is een andere sectorindeling gehanteerd. Terwille van de consistentie in dit hoofdstuk is daarom uitgegaan van de EBB 1993.

Tabel 2.1.: Samenstelling van de werkzame personen in de zorgsector en in de Nederlandse economie (totaal), naar geslacht, leeftijd en opleiding

	Zorgsector		Totaal	
	aantal (x1000)	%	aantal (x1000)	%
<b>Totaal</b>	742	100	5.925	100
<b>Geslacht</b>				
Mannen	180	24	3.771	64
Vrouwen	562	76	2.154	36
<b>Leeftijd</b>				
15-24 jaar	92	12	871	15
25-44 jaar	486	66	3.501	59
45-64 jaar	164	22	1.553	26
<b>Opleiding</b>				
Basisonderwijs	33	4	517	9
MAVO/LBO	87	12	1.374	23
HAVO/WVO/MBO	373	50	2.583	44
HBO	174	24	1.007	17
WO	75	10	439	7

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.

Het belangrijkste afwijkende kenmerk van de zorgsector is het grote aandeel vrouwen. Bestaat de werkzame beroepsbevolking in totaal voor 36% uit vrouwen, in de zorgsector is dat 76%.

Naar leeftijd gezien zijn de verschillen minder groot. In de zorgsector zijn de oudste en de jongste leeftijdscategorie ondervertegenwoordigd. Tweederde bevindt zich in de leeftijdscategorie 25-44 jaar.

Het opleidingsniveau is in de zorgsector hoger dan gemiddeld. Het aandeel laagopgeleiden, dat wil zeggen tot en met MAVO/LBO-niveau bedraagt maar de helft van dat voor de economie als geheel. Daarentegen is het aandeel met een middelbare opleiding in de zorgsector groter dan gemiddeld. Dat geldt eveneens voor de hoger opgeleiden. Bij het percentage academici moet wel worden bedacht dat het hier veel zelfstandige beroepsbeoefenaren betreft. Indien alleen de werknemers in ogenschouw worden genomen is het aandeel met een wo-opleiding niet veel hoger dan gemiddeld, zo blijkt uit de Arbeidsrekeningen van het CBS.

Wat het opleidingsniveau betreft geldt overigens in het algemeen dat werkende vrouwen iets hoger zijn opgeleid dan werkende mannen. Indien alle mannen en vrouwen van 15-64 jaar worden gezien ligt dat net andersom. De belangrijkste oorzaak van het gemiddeld hoge opleidingsniveau van werkende vrouwen is dat vrouwen met de laagste opleiding naar verhouding minder in arbeid participeren.

Het voorgaande had betrekking op de beroepsbevolking, zoals die wordt vastgesteld op basis van een enquête onder personen. Daarnaast worden er door het CBS ook gegevens over arbeid verzameld bij bedrijven en instellingen. Integratie van diverse statistieken vindt plaats in het kader van de Arbeidsrekeningen. Hieraan ontleend is tabel 2.2, die een overzicht geeft van het arbeidsvolume naar een aantal kenmerken.

Allereerst moet worden vastgesteld dat het aandeel van de zorgsector in het arbeidsvolume kleiner is dan het aandeel in het aantal werkzame personen, namelijk 10 tegen 12,5%. Dit komt uiteraard door het grote aandeel van deeltijdarbeid in de zorgsector. Van het totale arbeidsvolume van werknemers wordt 44% ingevuld door in deeltijd werkenden. Voor de Nederlandse economie als geheel is dat 16%.

Ondanks het grote aandeel van deeltijdarbeid is het aandeel in het arbeidsvolume van werknemers die minder dan 20 uur per week werken in de zorgsector niet meer dan 12%. De oorzaak daarvan is zowel dat kleine deeltijdbanen in het arbeidsvolume een gering gewicht hebben, als dat het aantal deeltijdbanen van 20-24 uur drie maal zo groot is als dat van 12-19 uur. Ongeveer de helft van de vrouwen in de zorgsector werkt in een deeltijdbaan van 20-34 uur per week.

Omdat vooral vrouwen in deeltijd werken is het aandeel van mannen in het arbeidsvolume groter dan in het aantal werkzame personen. In de zorgsector bedroeg het aandeel van mannen in het arbeidsvolume in 1991 28%, tegen 70% voor het totaal van de economie.

Tabel 2.2.: Arbeidsvolume in arbeidsjaren in de zorgsector en de Nederlandse economie (totaal), naar een aantal kenmerken, 1991

	Zorgsector		Totaal	
	aantal (x1000)	%	aantal (x1000)	%
<b>Totaal</b>	534	100	5.333	100
<b>Geslacht</b>				
Mannen	152	28	3.712	70
Vrouwen	382	72	1.621	30
<b>Positie dienstbetrekking</b>				
Zelfstandig	39	7	555	10
Werknemer	495	93	4.778	90
<b>Werknemers</b>				
Waarvan:				
- voltijd	261	53	3.803	79
- deeltijd	220	44	748	16
- flexibel	14	3	227	5
< 20 uur per week	60	12	274	6
> 20 uur per week	435	88	4.504	94

Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

Tabel 2.2 laat tevens zien dat het aandeel van werknemers in flexibele banen (voornamelijk tijdelijke contracten van korter dan 1 jaar en oproepkrachten) in het arbeidsvolume in de zorgsector met 3% beperkt van omvang is. Uitzendkrachten zijn in dienst van de uitzendbureaus en derhalve niet begrepen in de flexibele arbeid in de zorgsector, maar wel in het totaal van de economie. Zij nemen van de in de tabel genoemde 5% bijna de helft voor hun rekening. Hoe het arbeidsvolume van uitzendkrachten uiteindelijk over verschillende sectoren is verdeeld, is niet precies bekend. Van het aantal banen van uitzendkrachten was in 1991 echter ruim 10% geconcentreerd in de zorgsector. Indien voor het arbeidvolume van hetzelfde percentage wordt uitgegaan, wat tevens overeenkomt met het aandeel van de zorgsector in het

totale arbeidsvolume, zou ongeveer 2,5% van het arbeidsvolume in de zorgsector door uitzendkrachten worden ingevuld. Dit komt bovenop de genoemde 3% flexibele arbeid die in de tabel is genoemd.

## 2.4 Arbeidspotentieel

In de voorgaande paragraaf is beschreven hoeveel arbeid er door hoeveel personen wordt geleverd in de zorgsector en in de totale Nederlandse economie. Bij het arbeidspotentieel gaat het om hoeveel personen werken of zouden willen werken en om hoeveel arbeid daardoor in potentie geleverd zou kunnen worden. Het gaat daarbij dus om twee aspecten, namelijk het wel of niet (willen) participeren in arbeid en het aantal uren dat men werkt of wil werken. Het laatste aspect wordt in het kader van dit rapport buiten beschouwing gelaten, omdat het een complex aspect van de arbeidsmarkt betreft dat slechts tot een weinig betrouwbare kwantitatieve invulling kan leiden. Hier wordt volstaan met de constatering dat vooral voor de zorgsector het gemiddelde aantal uren dat men werkt, tamelijk variabel kan worden geacht. Anders gezegd, door het grote aandeel deeltijdbanen zit er rek in het gemiddeld aantal uren per werknemer. Deze paragraaf concentreert zich daarom op het arbeidspotentieel in aantallen personen. Omdat voor de niet-werkzamen niet bekend is of zij in de zorgsector willen werken of daarvoor geschikt zijn, blijft het plaatje beperkt tot de totale economie. Daarbij wordt uitgegaan van de meest recente informatie op dit punt, de Enquête Beroepsbevolking 1994.

Bij een indeling van de bevolking van 15-64 jaar naar arbeidsmarktpositie kan worden uitgegaan van 4 hoofdcategorieën:

- a. De werkzame beroepsbevolking. Dit betreft personen die tenminste 12 uur per week werken.
- b. De werkloze beroepsbevolking. Dit zijn personen zonder werk die de 4 weken voorafgaand aan de enquête naar werk hebben gezocht voor tenminste 12 uur per week (advertenties kijken wordt al als zoeken aangemerkt). Daarnaast ook personen die minder dan 12 uur per week werken, maar 12 uur of meer willen werken.
- c. Personen die wel tenminste 12 uur per week willen werken, maar die niet actief zoeken of niet op korte termijn beschikbaar zijn. Bij degenen die niet actief zoeken kan nog onderscheid worden gemaakt naar het feit of men het laatste halfjaar voorafgaand aan de enquête heeft gezocht.
- d. Personen die geen betaald werk voor tenminste 12 uur per week willen hebben. Deze categorie bestaat onder andere uit scholieren en studenten, huisvrouwen, arbeidsongeschikten en vutters/gepensioneerden. Een deel van hen werkt wel, maar minder dan 12 uur per week.

In tabel 2.3 wordt een kwantitatieve invulling aan bovenstaande categorisering gegeven. Daarbij is naast de totaal kolom ook een kolom opgenomen voor vrouwen. Voor de zorgsector is immers het arbeidspotentieel van vrouwen speciaal van belang.

De omvang van de werkloze beroepsbevolking bedroeg in 1994 547.000 personen. In 1993 en 1994 was er sprake van een toename met ongeveer 70.000 per jaar. In 1991 werd het laagste punt bereikt met 400.000. De stijging die na 1991 is opgetreden heeft zich in sterkere mate voorgedaan bij mannen dan bij vrouwen. Voor een belangrijk deel is dat het gevolg van het feit dat er relatief veel mannen werkzaam zijn in sectoren

waar structureel de werkgelegenheid niet of nauwelijks groeit, zoals de landbouw, de industrie en de bouwnijverheid, en waar veelal ook de conjunctuurgevoeligheid relatief groot is.

Tabel 2.3.: Totale en vrouwelijke bevolking van 15-64 jaar, naar arbeidsmarktpositie, 1994

	Vrouwen	Totaal
	x 1000	
<b>Werkzame beroepsbevolking</b>	2.172	5.920
<b>Werkloze beroepsbevolking</b>	280	547
Waarvan:		
- niet-werkend	228	479
- werkt minder dan 12 uur per week	52	68
<b>Wil werken, niet zoekend of niet beschikbaar</b>	429	631
Waarvan:		
- afgelopen 6 maanden gezocht	78	124
- afgelopen 6 maanden niet gezocht	170	248
- niet beschikbaar	181	259
<b>Wil geen betaald werk van min. 12 uur per week</b>	2.275	3.375
Waarvan:		
- niet werkend	1.786	2.671
- werkt minder dan 12 uur per week	489	704
<b>Totale bevolking 15-64 jaar</b>	5.156	10.473

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.

Vrouwen werken veel in expanderende en minder conjunctuurgevoelige sectoren, zoals de handel en horeca en de kwartaire dienstverlening. Het aantal werkzame vrouwen is dan ook meer toegenomen dan het aantal werkzame mannen. Voor een kleiner deel is de relatief geringere toename van de werkloosheid onder vrouwen toe te schrijven aan een minder actief zoekgedrag. Het aantal vrouwen dat wel wil werken, maar het laatste halfjaar niet gezocht heeft is relatief sterker gestegen dan het aantal dat tot de werkloze beroepsbevolking wordt gerekend. Het is overigens reeds langer bekend dat bij vrouwen het onderscheid tussen wel of niet naar werk zoeken niet scherp is te maken. Ondanks het verschil in ontwikkeling bij mannen en vrouwen bestond in 1994 toch nog ruim de helft van de werkloze beroepsbevolking uit vrouwen, waarbij er overigens 52.000 van de 280.000 werkzaam waren voor minder dan 12 uur per week. De 631.000 personen die in principe wel willen werken, maar niet actief zoeken of niet op korte termijn beschikbaar zijn, bestaan voor tweederde uit vrouwen. Ongeveer 250.000 vrouwen die geen betaald werk verrichten maar niet tot de werkloze beroepsbevolking worden gerekend zijn wel beschikbaar voor de arbeidsmarkt. Daarnaast is er ongetwijfeld enig potentieel onder de 489.000 vrouwen die minder dan 12 uur per week werken en voorsnog geen behoefte hebben om hun arbeidstijd op minimaal 12 uur te brengen.

Al met al is er een aanzienlijk potentieel van werklozen, personen die niet zo actief naar werk zoeken, en personen die slechts weinig uren werken, maar wellicht toch hun uren aantal zullen uitbreiden als de mogelijkheid zich voordoet. Het totaal van dit poten-

tieel bestaat voor het grootste deel uit vrouwen. Hun aantal kan niet nauwkeurig worden geschat, maar het gaat zeker om enkele honderdduizenden.

Er is niet precies bekend hoeveel personen gekwalificeerd zijn of te kwalificeren zijn voor werk in de zorgsector. Gezien de samenstelling van het onbenutte arbeidspotentieel moet het minimaal om enkele tienduizenden personen gaan.

Uit twee bronnen zijn er cijfermatige gegevens bekend, die echter niet meer dan een indicatie geven van het aantal personen dat werk zoekt in de zorgsector. De enquête 'Hoe zoeken werkzoekenden' van Arbeidsvoorziening registreert in welk soort functiemerwerk zoekt. Volgens deze enquête bedroeg het aantal personen dat in de zorgsector werk zocht in de jaren 1992, 1993 en 1994 steeds ongeveer 35.000 personen. Daarvan was in 1992 38% ingeschreven bij een arbeidsbureau. In 1994 was dat gestegen tot 50%, wat er op wijst dat het aantal werkzoekenden met een uitkering is toegenomen.

Een andere indicatie van de ontwikkeling van de werkloosheid onder personen die voor de arbeidsmarkt in de zorgsector relevant zijn, wordt gegeven door het aantal nieuwe uitkeringen wegens ontslagwerkloosheid zoals geregistreerd door de bedrijfsvereniging BVG. Dit is gestegen van 37.500 in 1990 tot 65.000 in 1994. Daarmee liep de BVG overigens in de pas met de algemene ontwikkeling van het aantal nieuwe uitkeringen. Sinds 1989 neemt de BVG steeds 10 à 11% van het totaal voor zijn rekening.

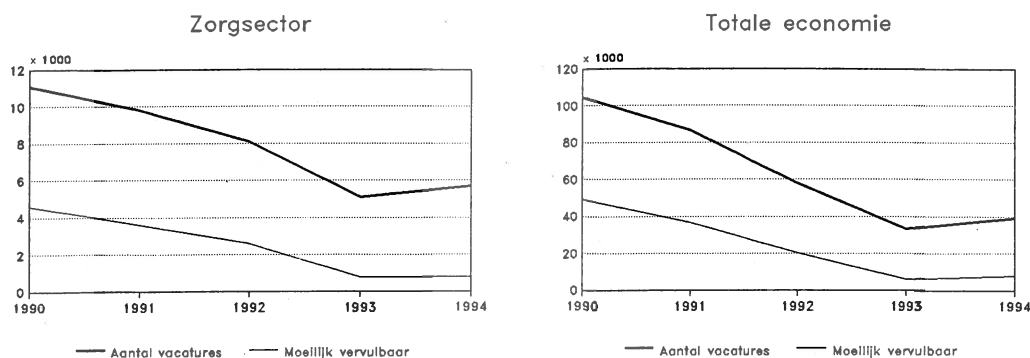
Het aan de zorgsector gerelateerde WW-bestand (aantal uitkeringen) per ultimo 1994 bij de BVG bedroeg bijna 40.000, wat een stijging van 22% inhield ten opzichte van een jaar eerder. Bij dit cijfer passen twee kanttekeningen. In de eerste plaats kunnen personen meermalen in het WW-bestand voorkomen, als ze uit verschillende deeltijdaanstellingen ontslagen zijn. Bovendien zullen niet alle personen met een WW-uitkering actief naar werk zoeken. Het aantal werkzoekenden met een WW-uitkering is dus kleiner dan de genoemde 40.000. In de tweede plaats zijn er ook werkzoekenden in de zorgsector die geen WW-uitkering hebben, maar een bijstandsuitkering of helemaal geen uitkering.

Uit het voorgaande valt af te leiden dat een aantal van 30.000 à 40.000 voor de zorgsector relevante werkzoekenden als een voorzichtige schatting moet worden gekwalificeerd.

## 2.5 Vacatures

Behalve werkloosheidscijfers geven ook vacaturegegevens een indicatie voor de situatie op de arbeidsmarkt. Een voordeel hiervan is dat zij wel op sectorniveau beschikbaar zijn. Zelfs een indeling naar grotere beroepsgroepen is mogelijk. Voor de zorgsector zoals afgebakend in dit hoofdstuk is het aantal openstaande vacatures in de periode 1990-1994 ongeveer gehalveerd. Voor de Nederlandse economie als geheel was de daling nog sterker, zoals valt te zien in figuur 2.2. In 1993 bedroeg het aantal vacatures slechts een derde van dat in 1990.

Figuur 2.2.: Totaal aantal en moeilijk vervulbare vacatures in de zorgsector en de Nederlandse economie, 1990-1994



Bron: CBS, Vacature-enquête.

Uit de figuur valt tevens op te maken dat in 1994 het aantal vacatures weer iets aan het toenemen was, al was het nog steeds zeer gering vergeleken met 1990. De aantallen in figuur 2.2 krijgen meer betekenis als ze worden gerelateerd aan de werkzame beroepsbevolking. De vacaturegraad bedroeg slechts 0,8%. In 1990 was dat nog ruim 1,5%, wat overigens ook niet als hoog kan worden gekwalificeerd. De voor de zorgsector geldende vacaturegraad kwam in 1993 en 1994 overeen met die voor de Nederlandse economie als geheel (exclusief overheid en onderwijs). In 1990 was de landelijke vacaturegraad iets hoger dan die in de zorgsector.

Het aantal moeilijk vervulbare vacatures was in 1993 en 1994 vrijwel te verwaarlozen. Zowel in de zorgsector als in de economie als geheel was er slechts 1 moeilijk vervulbare vacature op 1000 werknemers.

Dat de personeelsvoorziening in de zorgsector in het algemeen geen problemen oplevert wordt ook weerspiegeld in de wijze van werving voor nieuw personeel. In 1990 werd nog voor 64% van alle vacatures een advertentie geplaatst; in 1994 was dat teruggelopen tot 37%. Ook het aantal meldingen bij de arbeidsbureaus is relatief teruggelopen. In 1990 werd 36% van de vacatures bij het arbeidsbureau gemeld, in 1994 nog 28%.

Een confrontatie tussen het aantal vacatures en het aantal werkzoekenden is voor de totale economie globaal mogelijk. Tegenover bijna 40.000 vacatures stonden in 1994 tenminste 500.000 werkzoekenden. Voor de zorgsector is een dergelijke vergelijking moeilijker, omdat het aantal voor de sector relevante werkzoekenden niet bekend is. In de vorige paragraaf werd dit geschat op 30.000 à 40.000. Het lijkt dus welhaast zeker dat ook voor de zorgsector geldt dat het aantal werkzoekenden vele malen groter is dan het aantal vacatures.

## 2.6 Conclusies

De Nederlandse economie is herstellende van een conjuncturele inzinking, waarbij de arbeidsmarkt zoals gebruikelijk vertraagd reageert op de ontwikkeling van de productie.

De werkgelegenheidsgroei in de zorgsector is pas in 1994 duidelijk afgezwakt, hetgeen waarschijnlijk ook in 1995 nog zal doorwerken. Het arbeidsaanbod in ons land groeit snel. Deze groei komt grotendeels voor rekening van vrouwen, wat voor de zorgsector van belang is. De arbeidsmarkt in de zorgsector is dan ook gemiddeld genomen als zeer ruim te karakteriseren. Het aantal werkzoekenden is vele malen groter dan het aantal vacatures. In dit opzicht komt de situatie op de arbeidsmarkt van de zorgsector in belangrijke mate overeen met die op de arbeidsmarkt in het algemeen.

De arbeidsmarkt in de zorgsector lijkt, voor zover daarvoor cijfermatige indicaties bestaan, in vrijwel alle belangrijke subsectoren ruim tot zeer ruim. Dat neemt niet weg dat er zich, zodra de arbeidsmarkt aantrekt, bij de vervulling van vacatures voor specialistische functies knelpunten kunnen voordoen. Hiervoor kan echter een adequaat scholingsbeleid meer soulaas bieden dan het bevorderen van nieuwe instroom.



### 3. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op ontwikkelingen in de zorgvraag. De arbeidsmarktpositie van de zorgberoepen is immers in belangrijke mate een afgeleide van de zorgvraag. In de eerste plaats wordt aandacht geschonken aan een aantal algemene ontwikkelingen in de samenleving (paragraaf 3.2). Vervolgens wordt via twee invalshoeken de arbeidsmarkt in de zorgsector nader belicht. Eerst wordt ingegaan op de ontwikkelingen in de belangrijkste te onderscheiden zorgsectoren (paragraaf 3.3). De achtergrond hiervan is dat de zorg op deze wijze georganiseerd is, bijvoorbeeld macrobudgetten worden vastgesteld, en dat CAO's volgens deze scheidslijnen afgesloten worden. De tweede ingang is die van de beroepen (paragraaf 3.4). De verankering van de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg vindt voor een deel zijn weerslag in de werkzame beroepsbeoefenaren en de kwalificatie-eisen die aan hen gesteld worden. In paragraaf 3.4 worden de vraagontwikkelingen binnen een aantal beroeps-categorieën gepresenteerd.

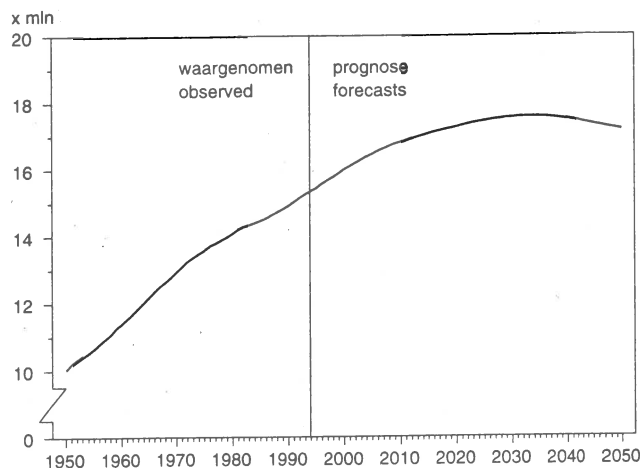
#### 3.2 Algemene ontwikkelingen

##### *Demografische ontwikkelingen*

De bevolkingsontwikkeling in 1994 is in verschillende opzichten anders verlopen dan in 1993 was voorspeld (De Beer e.a. 1995). De grootste veranderingen deden zich voor bij de immigratie. In de vorige bevolkingsprognose werd voor 1994 een stijging van het aantal immigranten voorspeld. In werkelijkheid is het aantal immigranten fors gedaald. Als belangrijkste oorzaken worden genoemd de toenemende werkloosheid en de veranderingen in de regelgeving.

De bevolking van Nederland blijft voorlopig nog groeien. Het maximum zal over zo'n veertig jaar worden bereikt. Nederland zal dan 17,6 miljoen inwoners tellen. Ondanks de - naar verwachting tijdelijke - teruggang van de bevolkingsgroei in 1994, is de gemiddelde bevolkingsgroei in de jaren negentig hoger dan in de jaren tachtig. Dit komt doordat zowel de geboorte als immigratie in de jaren negentig hoger is dan in de jaren tachtig (De Beer e.a., 1995).

Figuur 3.1.: Inwonertal 1950-2050. Bevolkingsprognose 1994, midden variant



Bron: De Beer e.a., 1995, p.8.

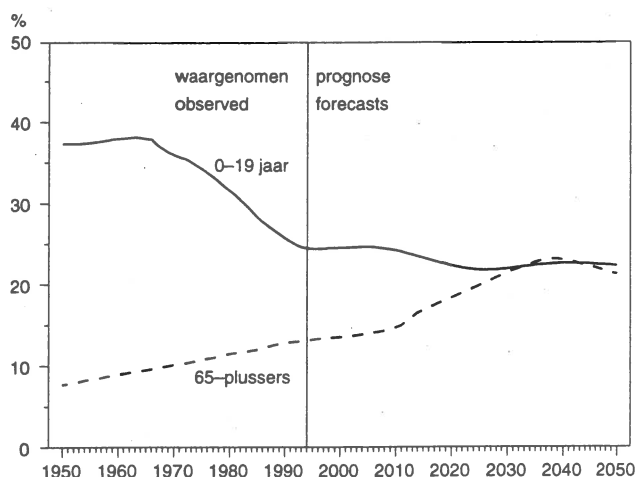
Als wordt gekeken naar de bevolkingsopbouw dan zijn er een tweetal belangrijke tendensen waar te nemen. Allereerst het tot staan brengen van de ontgroening. In de jaren zeventig en tachtig deed zich een sterke ontgroening van de bevolking voor. Momenteel lijkt de ontgroening over zijn hoogtepunt heen. De effecten hiervan zijn te herkennen in het onderwijs. De leerlingenaantallen voor het basisonderwijs zijn in de jaren tachtig sterk afgenomen. Voor de jaren negentig wordt echter weer een stijging van de leerlingenaantallen verwacht. Tegen de eeuwwisseling zullen de aantallen leerlingen in het voortgezet onderwijs na jaren van daling weer toenemen.

De tweede tendens is de vergrijzing en in het bijzonder de dubbele vergrijzing. De vergrijzing zal echter vooral op de langere termijn plaatsvinden. Zo blijkt dat het percentage 65-plussers in de komende 10 jaar weinig toe zal nemen. Op dit moment is 13% van de bevolking 65 jaar of ouder. Over 10 jaar zal dat 14% zijn. Pas na 2010 zal het percentage 65-plussers fors toenemen (figuur 3.2). Het maximale percentage 65-plussers wordt rond 2040 verwacht. Dan zal 23% van de bevolking 65 jaar of ouder zijn.

Met betrekking tot de gezondheidszorg is vooral de ontwikkeling van het aantal hoog bejaarden van belang ofwel de dubbele vergrijzing. Op dit moment is 23% van de 65-plussers 80 jaar of ouder. Over 10 jaar zal dat iets hoger zijn. Vervolgens neemt het aandeel van de hoog bejaarden echter af. Pas na 2030 zal het percentage hoog bejaarden sterk toenemen. Volgens voorspellingen van het CBS zal in 2050 één op de drie 65-plussers 80 jaar of ouder zijn (De Beer e.a., 1995).

Met de veranderende bevolkingssamenstelling zal de behoefte aan (chronische) zorg sterk toenemen. Dit betekent dat ook het aantal hulpverleners dat deze zorg moeten verlenen in de komende jaren zal toenemen.

Figuur 3.2.: Percentage 0-19 jarigen en 65+. Bevolkingsprognose 1994, midden variant



Bron: De Beer e.a., 1995, p.8.

Tussen 1994 en 2010 zullen er 940.000 huishoudens bijkomen. Er zijn dan 7,4 miljoen huishoudens. Ten opzichte van 1994 is dat een groei van 15%. De bevolking zal in dezelfde periode met 10% groeien. Het aantal huishoudens groeit dus anderhalf keer zo snel dan de bevolking. Een belangrijke oorzaak is de forse toename van het aantal eenpersoonshuishoudens. In 2010 zullen er ruim 2,6 miljoen personen alleen wonen, nu zijn dat er 2 miljoen. In samenhang met de toename van het aantal ouderen neemt vooral het aantal alleenstaande weduwen toe. In 1994 wonen ruim 295.000 vrouwen van 75 jaar of ouder alleen tegenover ruim 65.000 mannen. In 2010 zijn dat rond 370.000 vrouwen tegenover 90.000 mannen van die leeftijd (De Beer e.a., 1995). De toename van het aantal alleenstaanden zal op termijn gevolgen hebben voor de zorgvraag. De mogelijkheden om gebruik te maken van de mantelzorg zal derhalve waarschijnlijk steeds minder worden.

#### *Beleidsmatige ontwikkelingen*

Sinds de CAO-conflicten uit de jaren 1989 en 1990 wordt er veel explicieter dan voorheen aandacht besteed aan arbeidsmarktbeleid in de zorgsector. Zo werd er in 1990 door de overheid, werkgevers en werknemers een convenant gesloten, het zogenoemde BAZ (Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector). Eén van de uitvloeisels hiervan was dat per sector een bedrijfstakfonds werd opgericht, met als belangrijkste opdracht: het realiseren van een structurele aanpak van arbeidsmarkt, werkgelegenheid en opleidingen.

De onlangs gepubliceerde nota 'Zorg voor Werk' (VWS, 1995) geeft een overzicht van de meest recente belangrijke beleidsmatige ontwikkelingen op het terrein van arbeidsmarktbeleid. De in de nota genoemde thema's geven de problematiek weer die de afgelopen jaren in de sector speelde en de komende tijd ook van groot belang zijn. In een notedop te noemen zijn:

- veranderingen in de zorg zelf die het werken in de sector beïnvloeden, bijvoorbeeld het persoonsgebonden budget; andersom geldt dat de mogelijkheden van het personeel om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen van grote betekenis is voor het tot

stand brengen van veranderingen. Opleidingsbeleid kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren;

- de problematiek van de kostenbeheersing blijft ook de komende tijd van grote betekenis; een groot deel van de uitgaven voor de zorg vallen onder de zogenaamde collectieve lasten. Budgettering van de zorg blijft derhalve - in welke vorm dan ook - aan de orde. Tegelijkertijd wordt een druk gelegd op de mogelijke ontwikkeling van de arbeidsvoorwaarden. Enkele voorbeelden hiervan uit het recente verleden zijn het hanteren van de nul-lijn voor de ontwikkeling van de CAO-lonen zoals in de huidige CAO. Ook de meerdere malen gevoerde discussie over het aanwenden van gelden, vrijgekomen als gevolg van dalingen in de pensioenpremies, vormt hier een illustratie van. De kans dat recente verruimingen op het terrein van het arbeidsvoorwaardenbeleid leidt tot een minder sterke spanning lijkt gering. Het invoeren van de post-WAGGS is er weliswaar op gericht dat de sector meer arbeidsmarktconform kan opereren. Tegelijkertijd blijft er een beleidsmatige toets en wordt er door de overheid gerekend op een maximale inzet van werkgeversorganisaties waar het gaat om in-verdieneffecten, produktiviteitswinst e.d.;
- het werkgelegenheidsbeleid, dat er op gericht is meer werk ook aan de onderkant van het loongebouw te creëren; rekening houdend met het gegeven van de multiculturele samenleving en de personeelsvoorziening die structurele aandacht verdient.

De Nota stelt dat voor een goede aanpak van arbeidsmarkt en personeelsvoorziening de volgende uitgangspunten nodig zijn: vernieuwing (vooral te realiseren via de eerdergenoemde sectorfondsen), integrale aanpak, samenwerking, informatievoorziening (ondermeer monitoring van de arbeidsmarkt, waarvan het onderhavige rapport een uitvloeisel is) en efficiency.

#### *Epidemiologische ontwikkelingen*

Onder epidemiologische ontwikkelingen wordt verstaan niet-demografisch verschuivingen in het morbiditeitspatroon. Het zijn vooral de verschillende studies van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) en het rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM, 1993) die hierover belangrijke informatie verstrekken. Enkele relevante veronderstellingen zijn:

- Suikerziekte zal in het jaar 2010 circa 22,5% vaker voorkomen (ten opzichte van 1990) dan op grond van demografische ontwikkelingen verwacht mag worden.
- Beroerte zal in 2010 9,8% minder vaak voorkomen.
- Voor CARA wordt een toename verwacht, over de grootte hiervan wordt geen voorspelling gedaan.
- Het aantal hartinfarcten zal in de periode 1990-2010 met 4,7% afnemen.
- Door toenemende isolatie van ouderen zal bij ongewijzigd beleid sprake zijn van een toename van psychosociale en ernstige psychische problemen.
- Er zal bij ouderen een toename plaatsvinden van het aantal klachten van het bewegingsapparaat alsmede een toename van de endocrinologische problematiek.

Overigens moet ten aanzien van de toenemende zorg voor ouderen de kanttekening gemaakt worden dat die toename weleens minder zou kunnen zijn dan in het algemeen wordt verondersteld. In het rapport 'Toekomstscenario's voor de eerstelijns- en thuiszorg' wordt gesteld dat het opleidingsniveau van de bevolking toeneemt (STG, 1992). Dit heeft onder andere tot gevolg dat het aantal mensen dat de eigen gezondheid als

goed beleefd zal toenemen, vooral onder 'jong bejaarden' (55-74 jaar). De ziektelast lijkt op te schuiven naar de hoogste leeftijdscategorieën.

#### *Sociaal culturele ontwikkelingen*

Een ontwikkeling die de aandacht verdient is de absolute en relatieve toename van etnische minderheden in ons land. Enerzijds zou dit veranderingen met zich mee kunnen brengen in het zorggebruik. Dit kan betekenen dat de zorgverleners steeds meer tijd zullen moeten uittrekken om aan de specifieke zorgvraag te kunnen voldoen. Anderzijds zullen binnen de zorgberoepen steeds meer allochtonen een baan krijgen. Deze groep zal vooral instromen in het secundaire segment van de arbeidsmarkt in de zorgsector; dat wil zeggen het segment waarvoor geen sector-specifieke opleiding nodig is. Momenteel is van alle werkende personen in de zorgsector 7,5% allochtoon. Van de totale Nederlandse beroepsbevolking is 8,9% allochtoon (CBS, 1994).

### **3.3 Ontwikkelingen binnen de zorgsectoren**

In deze paragraaf wordt per subsector van de zorgsector kort een indruk gegeven van de ontwikkeling in de activiteiten die men uitvoert. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan zaken die relevant zijn voor de arbeidsmarkt, met name factoren die van belang zijn in verband met de vraag naar personeel. Daarom wordt onder meer gebruik gemaakt van onderzoek dat het geheel aan activiteiten in een sector kwantificeert<sup>1</sup>. Een en ander kan in hoofdstuk 4 vergeleken worden met de ontwikkelingen in de omvang van het personeel. Momenteel kan deze vergelijking alleen voor de intramurale gezondheidszorg gemaakt worden.

#### **3.3.1 Ziekenhuizen**

In de ziekenhuizen kunnen twee functies onderscheiden worden: de behandel- en de verpleegfunctie. De behandelfunctie kenmerkt zich door diagnostische en therapeutische verrichtingen, zowel klinisch als poliklinisch. De verpleegfunctie omvat de verpleging en verzorging van klinische en dagbehandelingspatiënten.

Het aantal klinische patiënten oftewel het aantal opnamen laat de afgelopen jaren een groei zien van om en nabij 0,5% per jaar. Deze bescheiden groei is het gevolg van twee tegengestelde effecten. Enerzijds daalt de opnamecoëfficiënt per hoofd van de bevolking, onder meer als gevolg van substitutie naar poliklinische behandelingen, anderzijds zorgt de groei en de vergrijzing van de bevolking voor een toename.

Het aantal poliklinische bezoeken laat een jaarlijkse groei van ruim 1% zien. Dit is het gevolg van de bevolkingsgroei en de eerder genoemde substitutie.

Al jarenlang stijgt het aantal verrichtingen per klinische opname. De toegenomen diagnostische en therapeutische mogelijkheden leiden tot een stijging in het aantal operaties, röntgen- en laboratoriumonderzoeken enz. per opname. Hetzelfde geldt in nog sterkere mate voor de poliklinische bezoeken.

Het aantal verpleegdagen in dagopname kende de afgelopen jaren een spectaculaire groei. Het aantal verpleegdagen in de kliniek vertoont daarentegen een daling. Deze is met name toe te schrijven aan de daling van de gemiddelde verpleegduur. Een en

---

<sup>1</sup> Het rapport NZf Gezondheidszorg in tel 2 is hier met name voor gebruikt. De uitkomsten zijn waar mogelijk aangepast met behulp van recentere gegevens.

ander betekent wel dat de 'intensieve' verpleegdagen van een opname overblijven. Gevoegd bij het feit dat ouderen gemiddeld meer hulp nodig hebben dan jongeren, betekent dit een intensivering per verpleegdag.

In 'Gezondheidszorg in tel' is een en ander gekwantificeerd (NZF/NZi, 1994). De gemiddelde jaarlijkse groei van de activiteiten wordt in dit rapport voor het begin der jaren negentig (1990-1993) geraamd op 2,6%.

### **3.3.2 Psychiatrische ziekenhuizen**

De activiteiten in psychiatrische ziekenhuizen kan men onderverdelen naar een drietal settings: de kliniek, deeltijdbehandeling en de polikliniek. De kliniek, waarin opname plaatsvindt, zowel kort als langdurig, laat een jaarlijkse toename zien. Dit is vooral het gevolg van de toename van kortdurende opnames.

Deeltijdbehandeling is al een aantal jaren sterk in opkomst. Ook de activiteiten in de polikliniek kennen een aanzienlijk toename.

De groei van de activiteiten inclusief intensivering van de behandeling wordt op ruim 2% jaarlijks geraamd. De verschillende groeitempi van de verschillende settings betekenen een veranderde behoefte in de personeelssamenstelling in deze sector. Veel instellingen bevinden zich dan ook in een veranderingsproces dienaangaande.

### **3.3.3 Instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg**

De afgelopen jaren heeft zich een groei voorgedaan in het aantal bedden in instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Voorts nam de intensiteit van de zorg toe. Veranderde inzichten leiden er toe dat veel meer dan in het verleden aandacht besteed wordt aan dagactiviteiten. Verder wordt veel meer kleinschaligheid van de voorzieningen nagestreefd. Ook doet zich een aanzienlijke vergrijzing van het bewonersbestand voor.

Van meer recente datum zijn de experimenten met persoonsgebonden budgetten. Wat voor gevolgen ontwikkelingen op het terrein van het persoonsgebonden budget gaan hebben op de vraag naar personeel valt op dit moment nog niet te overzien.

De gemiddelde jaarlijkse toename van de activiteiten in de afgelopen jaren kan geraamd worden op rond de 3% per jaar.

### **3.3.4 Verpleeghuizen**

In de verpleeghuizen is er sprake van een jaarlijkse groei van het aantal verpleegdagen dat gerealiseerd wordt. Dit is een gevolg van het uitbreiden van het aantal plaatsen in verpleeghuizen. Daarnaast is er sprake van een intensivering van de zorg. Omdat de groei van het aantal plaatsen in verpleeghuizen geen gelijke tred houdt met de demografische ontwikkeling zijn de patiënten die opgenomen worden in steeds sterkere mate hulpbehoevend. Men zou dit kunnen karakteriseren als 'later, maar zwaarder'.

De ontwikkelingen in het zorgaanbod van de afgelopen jaren worden gekenmerkt door een steeds verdergaande differentiatie. Sinds enige tijd bestaat er een zogenaamde vrije margeregeling die bedoeld is om de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg te reduceren. Deze zorg vindt vaak plaats 'buiten de muren' van het verpleeghuis.

De totale groei aan activiteiten kan voor de afgelopen jaren op bijna 3% jaarlijks geraamd worden.

### **3.3.5 Verzorgingshuizen**

Door renovatie en sluiting neemt de capaciteit, het aantal verzorgingsplaatsen in verzorgingstehuizen, gestaag af. Hierbij speelt dat herallocaties als gevolg van decentralisatie van de financiering tot grote regionale verschillen in capaciteitsontwikkeling aanleiding geven.

De zorgzwaarte van de bewoners in verzorgingshuizen is de afgelopen jaren licht toegenomen. Deels is dit toe te schrijven aan de vergrijzing van het bewonersbestand.

Wat betreft zorgvernieuwing moet de Commissie Modernisering Ouderenzorg (Commissie Welschen) genoemd worden.

Het in gang gezette proces tot zorgvernieuwing in de ouderenzorg, waarvan de invloed niet alleen in de verzorgingshuizen, maar ook op de verpleeghuizen en de thuiszorg merkbaar zal zijn, zal ingrijpende consequenties hebben voor degenen die in de ouderensector werkzaam zijn. Op dit moment is nog niet te overzien welke.

### **3.3.6 Thuiszorg**

Door substitutie van intramurale zorg en de wens om langer zelfstandig te wonen neemt de vraag naar thuiszorg toe. Een en ander resulteert in een aantal financiële en capaciteitsproblemen met name op het grensvlak van thuiszorg en intramurale zorg.

De meeste instellingen in de thuiszorg zijn bezig of hebben net een integratieproces, waarbij kruiswerk en gezinswerk samengevoegd worden, achter de rug. Een en ander kan leiden tot een efficiëntere afbakening van taken en functies.

In de thuiszorg wordt eveneens geëxperimenteerd met persoonsgebonden budget. Ook hier geldt dat de consequenties voor de arbeidsmarkt op dit moment nog niet te overzien zijn. Het is niet denkbeeldig dat bij definitieve invoering een deel van het budget bij particuliere organisaties en aan informele zorg besteed zal worden.

## **3.4 Ontwikkelingen binnen de beroepsgroepen**

In deze paragraaf wordt per beroepscategorie inzicht gegeven in een aantal productiegegevens. Gezien het ontbreken van dit soort gegevens voor de meeste beroepen, beperkt zich dat voornamelijk tot enkele vrije beroepsgroepen.

### **3.4.1 Medische beroepen**

In tabel 3.1 wordt inzicht gegeven in de belangrijkste productiecijfers van een aantal medische beroepen. In de eerste plaats blijkt dat, wat de huisartsen betreft, het aantal contacten per persoon sinds 1992 jaarlijks iets afneemt tot 3,8 in 1994. In 1994 hebben bijna 11,7 miljoen personen één of meerdere malen de huisarts geraadpleegd. In totaal zijn er in dat jaar naar schatting 59,7 miljoen contacten (inclusief telefonische contacten) met de huisarts geweest. In 1990 bedroeg dit 54,9 miljoen contacten (Swinkels, 1995). In de afgelopen vijf jaar is het totaal aantal contacten met circa 8,7% toegenomen.

Bij de specialisten is er in 1994 sprake van een lichte stijging van het aantal contacten per persoon. In totaal hebben in 1994 naar schatting 6 miljoen personen een specialist één of meerdere malen geraadpleegd (Swinkels, 1995). Verder bedroeg in 1994 het totaal aantal contacten met de specialist circa 27,5 miljoen. Ten opzichte van 1990 is dit een toename van circa 3%. Ook het aantal geopereerde personen neemt nog steeds toe, hoewel de groei in 1993 slechts 0,1% bedroeg.

Uit tabel 3.1 kan verder worden afgeleid dat bij de tandartsen in 1994 sprake is van een sterke stijging van het aantal contacten per persoon; van 1,9 in 1993 tot 2,3 in

1994. In 1994 hebben in totaal 11,3 miljoen personen de tandarts bezocht. Verder blijkt dat na een daling van het aantal meest voorkomende tandheelkundige verrichtingen in 1992 er sprake is van een sterke stijging in 1993. Deze tendens blijkt ook op te gaan voor het aantal verrichtingen binnen de Tandheelkundige Jeugdigen Zorg; in 1993 een stijging met 9%.

De verloskundigen hebben in 1993 in totaal 91.324 bevallingen geleid. Vergeleken met 1992 is er sprake van een geringe groei (1,2%). In 1993 is 30,6% van alle bevallingen in Nederland geleid door de verloskundige (Sjauw, 1995).

Tabel 3.1.: Enkele productiegegevens van een aantal medische beroepen vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Huisartsen</b>					
- aantal contacten per persoon (1)	3,7	3,8	4,0	3,9	3,8
<b>Specialisten</b>					
- aantal contacten per persoon (2)	1,8	1,6	1,9	1,8	1,9
- aantal geopereerde patiënten (3)	639.180	662.420	677.660	678.582	.
<b>Tandartsen</b>					
- aantal contacten per persoon (4)	1,9	2,0	2,0	1,9	2,3
- meest voorkomende verrichtingen (5) (per 1000 verzekerden)	2.557,9	2.623,9	2.590,1	2.848,5	.
- aantal verrichtingen jeugdigenzorg (6)	8.632.300	8.371.698	7.927.476	8.647.741	.
<b>Verloskundigen</b>					
- aantal bevallingen (8)	89.597	89.879	90.218	91.324	.

Bron: CBS (1, 2, 4, 8); ZFR (3, 5, 6).

### 3.4.2 Paramedische Beroepen

Met betrekking tot de fysiotherapie moet worden geconcludeerd dat in 1994 het percentage personen op de totale bevolking dat in één jaar één of meerdere malen contact heeft gehad met een fysiotherapeut 13,7% bedroeg. Opvallend is dat dit percentage na 1990 stabiel is gebleven. Dit zou betekenen dat de afgesproken bevestiging van het produktievolume op het niveau van 1990 is gelukt. Dit wordt deels ook bevestigd als wordt gekeken naar het aantal verrichtingen.

Verreweg de hoogste productiegroei wordt gerealiseerd door de logopedisten. In de periode 1990-1993 is het aantal verrichtingen met circa 40% toegenomen. Het aantal verrichtingen door de oefentherapeuten-Cesar blijkt ook in 1993 weer te zijn toegenomen; sinds 1990 een productiegroei van 19%. Bij de oefentherapeuten-Mensendieck is in 1993 sprake van enige stagnatie in het aantal verrichtingen.



Tabel 3.2.: Enkele produktiegegevens van een aantal paramedische beroepsgroepen vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Fysiotherapeuten</b>					
- percentage personen met contact met fysiotherapeut in 1 jaar (1)	14,3	13,7	13,5	13,7	13,7
- totaal aantal zittingen (2)	.	.	21.285.470	21.202.006	.
<b>Logopedisten</b>					
- totaal aantal verrichtingen (3)	935.650	1.201.428	1.268.640	1.311.816	.
<b>Oefentherapeuten-Cesar</b>					
- totaal aantal verrichtingen (4)	655.988	714.828	760.262	781.668	.
<b>Oefentherapeuten-Mensendieck</b>					
- totaal aantal verrichtingen (5)	649.256	680.164	742.575	743.579	.

Bron: CBS (1); ZFR (2, 3, 4, 5).

### 3.4.3 Verplegende en verzorgende beroepen

#### *Verpleging*

De ontwikkeling van het werk, zeg maar de produktie, van de verplegenden en verzorgenden is moeilijk precies aan te geven. Weliswaar is als basisgegeven het aantal verpleegdagen voor de verschillende sectoren bekend, maar gezien de veranderingen in de samenstelling van de patiënten/bewonerscategorieën geven deze geen volledig beeld in de ontwikkeling van de werklust. Per sector dient derhalve, waar mogelijk, een aanvullende inkleuring gegeven te worden.

In de ziekenhuissector neemt het aantal verpleegdagen af. Daar echter ook de gemiddelde duur van de opname afneemt, blijven de relatief zwaarste dagen van een opname over: het karakter van de gemiddelde verpleegdag verandert derhalve. Ook het aandeel in de verpleegdagen voor 65-plussers betekent een verzwaring van het werk.

Bij de verpleging in psychiatrische ziekenhuizen treedt nauwelijks wijziging op in het gerealiseerde aantal verpleegdagen. De werklust neemt evenwel toch toe, bijvoorbeeld vanwege de kortere verblijfsduur van patiënten, ook wel draaideur-effect genoemd.

Het aantal verpleegdagen in de intramuraal verstandelijk gehandicaptenzorg laat een aanzienlijke groei zien. Daarnaast wordt de hoeveelheid werk ook beïnvloed door vergrijzing van het bewonersbestand en door schaalverkleining.

In de verpleeghuiszorg zien wij het aantal verpleegdagen jaar op jaar toenemen; daarnaast doet zich het verschijnsel voor dat de hulpbehoefte van bewoners ook jaar op jaar toeneemt. Een en ander is in een hulpindex aangegeven.

In de wijkverpleging is het aantal cliënten in zorg per 100 inwoners de laatste jaren afgenomen. Het gemiddeld aantal zorgcontacten wijkverpleging per cliënt is daarentegen toegenomen van 13.6 in 1990 tot 15.4 in 1992.

Tabel 3.3.: Enkele ontwikkelingen in de verpleging vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Ziekenhuiszorg</b>					
Verpleegdagen (x 1.000)	17.324	16.986	16.679	16.416	16.141
Gemiddelde ligduur	11.2	11.0	10.7	10.4	10.1
Aandeel 65-plussers	19.6	19.8	20.1		
<b>Psychiatrische zorg</b>					
Verpleegdagen (x 1.000)	8.496	8.524	8.553	8.537	8.538
<b>Gehandicaptenzorg</b>					
Verpleegdagen (x 1.000)	11.448	11.593	11.811	11.974	12.266
<b>Verpleeghuiszorg</b>					
Verpleegdagen (x 1.000)	18.354	18.521	18.860	19.176	19.425
Hulpindex somatische patiënten	8.31	8.43	8.46		
Hulpindex psycho-geriatrische patiënten	8.02	8.30	8.43		
<b>Wijkverpleging<sup>1</sup></b>					
- aantal patiënten in zorg per 100 inwoners	5.7	5.8	5.0		
- aantal contacten per cliënt	13.6	13.7	15.4		

Bron: NZi/V.d. Kwartel e.a., 1994.

*Gezinsverzorging*

In 1991 werden circa 300.000 mensen (cliënten) voorzien van hulp door gezinsverzorging; 4% van de Nederlandse bevolking maakte in dat jaar gebruik van gezinszorg. Evenals bij de wijkverpleging gaat het ook bij cliënten van de gezinsverzorging vaak om ouderen. Uit tabel 3.4 kan worden afgeleid dat het bij cliënten in de gezinsverzorging hoofdzakelijk gaat om personen boven de 65 jaar. Door de jaren heen zijn de cliënten van de gezinsverzorging bovendien steeds ouder geworden. Verder laat de tabel zien dat in de laatste jaren het gemiddeld aantal uren zorg per week daalt. De reden hiervan is dat er een verschil is tussen de indicatie van de ingezette zorg; er zijn te weinig middelen beschikbaar om de geïndiceerde uren daadwerkelijk te kunnen leveren.

Tabel 3.4.: Enkele productiegegevens uit de gezinszorg vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	1994
<b>1. Aantal cliënten in 13e periode</b>					
- jonger 65 jaar	42.500	41.410	40.200		
- ouder 65 jaar	160.700	168.100	185.800		
- totaal	203.200	209.510	226.000		
<b>2. Aantal uren zorgverlening per week</b>					
	4,9	4,7	4,7		

Bron: V.d. Kwartel e.a., 1994.

### 3.4.4 Assisterende beroepen

Bij de meeste assisterende beroepen ontbreekt de mogelijkheid om maat en getal te geven aan de ontwikkeling van de hoeveelheid werk. Een eerste uitzondering vormen de operatie-assistenten. Het aantal operaties en een index van de werklust, die gebaseerd is op het aantal operaties en de gemiddelde zwaarte van die operaties, laten beide een forse groei zien (tabel 3.5).

Tabel 3.5.: Enkele gegevens over de werklust van operatie-assistenten vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993
Aantal operaties (x 1.000)	1.209	1.305	1.388	1.411
Index werklust (1985 = 100)	114.9	124.7	131.9	134.4

Bron: NVZ.

Naast de operatie-assistenten zijn er ook enige gegevens beschikbaar over de praktijk-assistenten van de huisartsen. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat van alle contacten met de huisartspraktijk bijna éénderde plaatsvindt met de praktijkassistente (Groenewegen e.a., 1992). Zij heeft in de loop der jaren steeds meer patiëntgebonden taken gekregen, zoals het uitvoeren van diagnostische verrichtingen en het uitschrijven van met name herhaalrecepten. De toename van het aantal patiënten met chronische ziekten, voor wie veel herhaalreceptuur uitgeschreven wordt, zal voor de praktijk-assistente in de toekomst een extra belasting met zich meebrengen. De verwachting is zelfs dat voor praktijkassistenten het aantal contacten met patiënten naar verhouding sterker zal toenemen dan voor de huisarts. Er zal in de komende jaren dus een grotere behoefte aan assistentes ontstaan.



## **4. WERKNEMERS IN DE ZORGSECTOR**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de werkgelegenheidsaspecten van de arbeidsmarkt van de zorgsector. De zorgsector wordt gekenmerkt door een verscheidenheid in arbeidsrelaties. Verreweg de meeste werkenden zijn werknemer; een klein maar niet onbelangrijk deel van de werkenden heeft de status van vrije beroepsbeoefenaar. Het gaat om om en nabij de 10%. Daarnaast bestaat de arbeidsmarkt in de zorgsector uit een zogenaamd flexibel deel. Hiermee wordt niet bedoeld op degenen met een flexibel contract, waarbij bijvoorbeeld een zeker minimum aantal uren afgesproken zijn, maar het gaat om werkenden die niet in loondienst zijn. Hieronder vallen uitzendkrachten, gedetacheerd personeel, maar ook alfahulpen in de gezinszorg die een contract aangaan met diegenen aan wie zij diensten verlenen. Omdat de statistieken deze vormen lang niet altijd adequaat registreren dient met enige voorzichtigheid met de gegevens hieromtrent omgegaan te worden. Anderzijds is het wel van belang om een zeker beeld van dit fenomeen te hebben. Naast genoemde vrije beroepsbeoefenaren heeft om en nabij 12% van de werkenden in de zorgsector geen dienstverband. De thuiszorg is de sector waar dit verhoudingsgewijs het meest voorkomt.

Het personeel niet in loondienst vormt, samen met het personeel met kortlopende en flexibele contracten als het ware een buffer wanneer ontwikkelingen in vraag naar en aanbod van personeel in korte tijd met elkaar divergeren. Zo nam het aandeel personeel niet in loondienst in de intramurale gezondheidszorg tussen 1992 en 1993 snel af. Naast een dalend verloop deed zich ook een daling in het ziekteverzuim voor waardoor de vraag naar nieuw personeel van het ene op het ander jaar snel afnam.

In dit hoofdstuk waarin de werknemers centraal staan besteden we achtereenvolgens aandacht aan de vraag welke ontwikkelingen zich voordoen in het aantal werkenden en de werkgelegenheid in de verschillende sectoren. In het kort wordt - waar mogelijk - een typering gegeven van een aantal kenmerken, karakteristieken van de werknemers. Daarna komt de vraag aan de orde hoe de ontwikkeling in het arbeidsvolume zich verhoudt tot het gebruik van de voorzieningen. Men zou in dit verband ook kunnen spreken over de "prestatie" die door de werkenden geleverd wordt.

In een volgende paragraaf wordt aandacht besteed aan een aantal facetten van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden. In de laatste paragraaf komt de zorgsector in het licht van het werkgelegenheidsbeleid aan de orde. Vragen als welke ontwikkelingen doen zich voor in het loongebouw, is er sprake van instroom van specifieke doelgroepen en in welke mate worden werkgelegenheidsbevorderende maatregelen benut, komen dan aan de orde.

### **4.2 Ontwikkelingen in het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen**

In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van het aantal werknemers en het aantal arbeidsplaatsen in de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de thuiszorg beschreven (zie bijlage 1, tabel 4 en tabel 5).

Het aantal werknemers in de vijf sectoren is in de periode 1990-1993 toegenomen van 582.833 naar 634.853 werknemers, een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,9%. Het aantal arbeidsplaatsen is in deze periode toegenomen van 393.334 naar 408.587 arbeidsplaatsen, een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,3%.

In tabel 4.1 en 4.2 wordt een nadere uitsplitsing van het aantal werknemers en het aantal arbeidsplaatsen per sector gegeven.

Tabel 4.1.: De ontwikkeling van het aantal werknemers en de gemiddelde jaarlijkse mutatie vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	176.525	181.890	185.965	189.265	2,4%
Geestelijke gezondheidszorg	43.828	45.882	47.268	48.550	3,9%
Gehandicaptenzorg	47.864	50.140	52.761	55.811	5,0%
Ouderenzorg	83.200	86.883	91.037	94.308	2,4%
Thuiszorg	131.624	135.602	138.198	143.321	2,9%
Totaal	582.833	605.329	617.989	634.853	2,9%

Bron: NZi, VWS, CBS, SOMMA, FIAD, LVT, NcGv.

Tabel 4.2.: De ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen en de gemiddelde jaarlijkse mutatie vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	137.787	138.434	140.675	141.159	0,8%
Geestelijke gezondheidszorg	33.986	35.171	35.895	36.182	2,5%
Gehandicaptenzorg	36.355	37.173	38.567	39.328	3,0%
Ouderenzorg	112.739	113.996	116.314	116.724	1,2%
Thuiszorg	58.119	58.712	58.864	58.758	0,4%
Totaal	393.334	398.526	406.020	408.587	1,3%

Bron: NZi, VWS, CBS, SOMMA, FIAD, LVT, NcGv.

Het aantal deeltijders in de ziekenhuizen is in de periode 1990-1993 toegenomen van 48% naar 56%. Het percentage vrouwen op basis van het aantal arbeidsplaatsen is met 70% in deze periode vrijwel constant gebleven. De gemiddelde leeftijd van het personeel is toegenomen van 33.1 jaar naar 35.0 jaar.

Het aantal deeltijders in de psychiatrische ziekenhuizen is in de periode 1990-1993 toegenomen van 54% naar 62%. Het percentage vrouwen in de psychiatrische ziekenhuizen is licht toegenomen van 53% naar 55%. De gemiddelde leeftijd van het personeel in de psychiatrische ziekenhuizen is toegenomen van 35.5 jaar naar 37.3 jaar. Het aantal deeltijders in de instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg is in deze periode toegenomen van 70% naar 74%.

Het aantal deeltijders in de instellingen voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten is in de periode 1990-1993 toegenomen van 54% naar 63%. Het percentage vrouwen is met 70% vrijwel constant gebleven. De gemiddelde leeftijd van het personeel is toegenomen van 31.8 jaar naar 33.7 jaar. Het aantal deeltijders in de medische kindertehuizen en de medische kleuterdagverblijven is toegenomen van 72% naar 79%.

Het aantal deeltijders in de verpleeghuizen is in de periode 1990-1993 toegenomen van 55% naar 67%. Het percentage vrouwen in de verpleeghuizen is met 81% vrijwel constant gebleven. De gemiddelde leeftijd van het personeel in de verpleeghuizen is toegenomen van 32.0 jaar naar 33.9 jaar. Het aantal deeltijders in de bejaardenoorden is in deze periode toegenomen van 68% naar 75%.

In tabel 4.3 en 4.4 wordt de ontwikkeling van het personeel niet in loondienst voor de intramurale gezondheidszorg in beeld gebracht.

Tabel 4.3.: De ontwikkeling van het aantal werknemers personeel niet in loondienst in de intramurale gezondheidszorg en de gemiddelde jaarlijkse mutatie vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	6.295	5.798	4.656	4.018	-13,8%
Psychiatrische ziekenhuizen	2.055	1.877	1.453	1.031	-20,1%
Inrichtingen voor gehandicaptenzorg	1.385	1.689	1.392	1.306	-0,6%
Verpleeghuizen	4.233	4.429	4.017	3.859	-2,9%
Totaal	13.968	13.793	11.518	10.214	-9,7%

Bron: NZI.

Tabel 4.4.: De ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen van het personeel niet in loondienst in de intramurale gezondheidszorg en de gemiddelde jaarlijkse mutatie vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	4.642	4.393	3.524	2.892	-14,4%
Psychiatrische ziekenhuizen	1.261	1.306	960	715	-16,1%
Inrichtingen voor gehandicaptenzorg	872	872	816	633	-9,6%
Verpleeghuizen	2.535	2.467	2.301	1.730	-11,4%
Totaal	9.310	9.038	7.601	5.970	-13,4%

Bron: NZI.

Het aantal werknemers niet in loondienst in de intramurale gezondheidszorg is in de periode 1990-1993 afgenomen van 13.968 naar 10.214 werknemers, een gemiddelde daling van 10% per jaar. Het aantal arbeidsplaatsen is in deze periode gedaald van 9310 naar 5970 arbeidsplaatsen, een gemiddelde daling van 13% per jaar. De afname is het sterkst in de psychiatrische ziekenhuizen en de ziekenhuizen. Uitgedrukt in een percentage van het totale personeel is het aantal werknemers niet in loondienst in de periode 1990-1993 gedaald van 4,1% naar 2,7%. Het aantal arbeidsplaatsen uitgedrukt

in een percentage van het totaal aantal arbeidsplaatsen is in deze periode gedaald van 3,6% naar 2,2%.

### 4.3 De ontwikkeling van het arbeidsvolume in relatie met de produktie

Het aangeven van de ontwikkeling van het totaal aan activiteiten en de produktie, is zeker in een sector als de zorgsector een moeilijke zaak. Allerlei deel-activiteiten kunnen goed aangegeven worden. Men kan hierbij denken aan gerealiseerde verpleegdagen, operaties, behandelingen, de zwaarte van de geholpen patiënten etc. Er is hier van afgezien om dit soort indicatoren per sector weer te geven. In ander onderzoek zijn er de nodige pogingen gedaan om dat wat er in een sector in totaliteit 'gepresteerd' wordt van maat en getal te voorzien en zo vergelijkingen te kunnen maken tussen de prestatie en de middelen die daartoe ter beschikking staan, waaronder het personeel.

Tabel 4.5.: De ontwikkeling van de activiteiten en het personeel voor vier intramurale gezondheidszorgsectoren gedurende de periode 1990-1993 (in gemiddelde jaarlijkse mutaties)

	mutatie activiteiten	mutatie personeel	mutatie personeels- samenstelling	ontwikkeling arbeids- produktiviteit
Ziekenhuizen	2,6	0,9	0,2	1,4
Psychiatrische ziekenhuizen	2,2	1,8	0,1	0,3
Inrichtingen voor gehandicaptenzorg	2,9 <sup>1</sup>	2,4	0,2	0,3
Verpleeghuizen	2,8 <sup>1</sup>	1,8	0,2	0,8

<sup>1</sup> Exclusief 'vrije marge'; dit betekent derhalve een onderschatting van de ontwikkeling van de arbeidsproduktiviteit in deze sectoren. De methodiek van 'Gezondheidszorg in Tel' is hier gevolgd.

In alle gevallen is er sprake van een sterkere groei van de activiteiten dan de absolute omvang van het personeel. In de meeste sectoren is er sprake van een zogenaamd samenstellingseffect van het personeelsbestand. Hiermee wordt bedoeld dat goedkoper personeel door duurder vervangen is, bijvoorbeeld leerling verpleegkundigen door gediplomeerde verpleegkundigen. Ook wanneer men hier mee rekening houdt geldt dat er in de meeste gevallen nog sprake is van een verschil tussen personele inzet en prestaties. Men zou kunnen zeggen dat er sprake is van arbeidsproduktiviteitswinst: met hetzelfde aantal mensen wordt meer tot stand gebracht. Een en ander is alleen te realiseren wanneer er voldoende middelen en kapitaal beschikbaar zijn om veranderingen tot stand te brengen.

Medisch technologische ontwikkelingen spelen natuurlijk een belangrijke rol. Ontwikkelingen in de medische technologie leiden echter ook vaak tot een grotere toepasbaarheid en roepen daardoor weer meer werk op. Daarnaast zullen organisatorische verbeteringen, men kan hierbij onder meer denken aan projecten die een grotere doelmatigheid nastreven, hier een bijdrage aan geleverd hebben.

De cure-sector biedt wat de ontwikkeling in de arbeidsproduktiviteit betreft ruimere mogelijkheden dan de care-sector, die gekenmerkt wordt door een grote arbeidsintensiteit: de verzorging van mensen blijft mensenwerk. Hoewel gegevens over andere



sectoren nog ontbreken is de verwachting dat zij het meest zullen overeenkomen met de hier wel onderzochte care-sectoren.

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit is zeker gezien de te verwachten groei van de vraag naar gezondheidszorgdiensten niet van belang ontspeend. Tegelijkertijd echter wordt de zorgsector steeds vaker aangesproken op het creëren van ongeschoold en laaggeschoold werk in verband met de bestrijding van de werkloosheid. Duidelijk mag zijn dat beide doelstellingen, dat wil zeggen verdere stijging van de arbeidsproductiviteit én het bieden van meer werkgelegenheid, tegelijkertijd niet te realiseren zullen zijn.

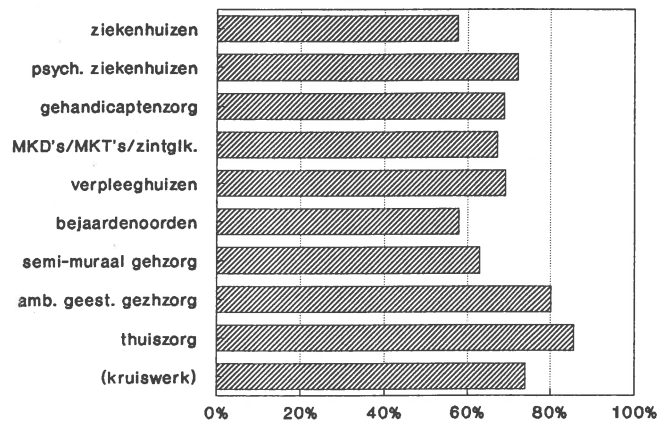
#### **4.4 Arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden**

De arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden in een sector kunnen een belangrijke invloed uitoefenen op de positionering van een sector op de arbeidsmarkt. Vandaar dat er hier aandacht aan wordt besteed. Omdat arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden vrij ruime begrippen zijn zullen we hier volstaan met het behandelen van een aantal indicatoren. Het grote gewicht van de arbeidsvoorwaarden voor de zorgsector komt tot uitdrukking in het aandeel van de personeelskosten in de totale exploitatie. Wij besteden hieraan en aan de ontwikkeling van de lonen in de zorgsector in vergelijking met landelijke ontwikkelingen op dit terrein kort aandacht. Daarna komt een aantal facetten van thans vigerende CAO's in de zorgsector aan de orde. Tenslotte besteden wij aandacht aan ontwikkelingen in het ziekteverzuim en het verloop van personeel.

##### *Arbeidsvoorwaarden*

De zorgsector is, zoals al eerder gesteld, een arbeidsintensieve sector. Dat blijkt uit het aandeel van de personeelskosten in de totale exploitatiekosten. Figuur 4.1 laat zien dat dit aandeel uiteenloopt van nog geen 58% in de ziekenhuizen en de verzorgingshuizen tot meer dan 85% in de thuiszorg. De verschillen zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op de soort zorg die verstrekt wordt. Zo spelen bij ziekenhuizen, in vergelijking met andere zorgsectoren, de materiële kosten voor allerlei medisch-technologische activiteiten een rol; bij verzorgingshuizen bijvoorbeeld drukken de huisvestingskosten relatief zwaar op het totale budget.

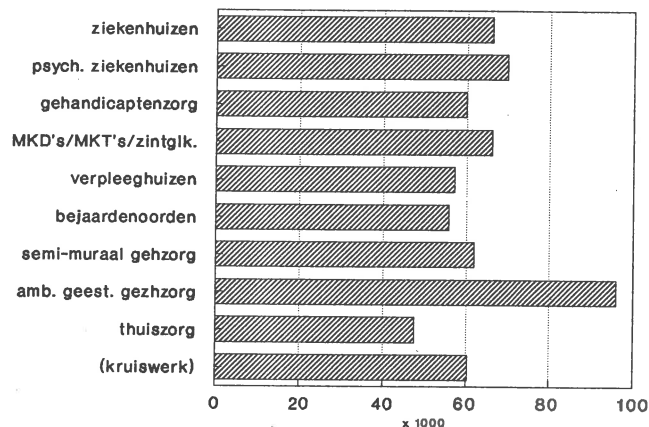
Figuur 4.1.: Het aandeel van de personeelskosten in de totale exploitatie van 1993



Bron: NZi/CBS.

Ook verschillen in beloningsniveau tussen de sectoren spelen een rol bij het verklaren van verschillen in het aandeel van de personeelskosten tussen de sectoren. Zo bedragen de personeelskosten per fte in 1993 in de thuiszorg f 47.486,- per jaar; de ambulante geestelijke gezondheidszorg komt op f 95.968,- per jaar. Uiteraard zou men deze verschillen ook als verschillen in zorg kunnen omschrijven, immers er is vaak sprake van geheel andere type professionals.

Figuur 4.2.: De gemiddelde personeelkosten per fte in een aantal zorgsectoren in 1993



Bron: NZi/CBS.

Een belangrijk facet van de concurrentiepositie van de zorgsector op de arbeidsmarkt is de ontwikkeling van de lonen. Hoe verhouden deze zich tot andere sectoren? Het is goed om dit gegeven eerst over een wat langere periode te bekijken, daar anders toevallige en éénmalige factoren het beeld sterk zouden kunnen beïnvloeden.

De ontwikkeling van de verdiende lonen gedurende de periode 1985-1993 is te zien in tabel 4.6. Daarin is voor particuliere bedrijven, overheid en de gepremieerde en gesubsidieerde sector<sup>1</sup> (de G en G-sector) de ontwikkeling van het zogenaamde standaarduurloon weergegeven. Dit is het regelmatig verdiende brutoloon voor aftrek van werknemerspremies voor pensioen en VUT. In het CBS-onderzoek wordt dit jaarlijks in de maand oktober gemeten. De jaarlijkse stijging bedroeg landelijk gemiddeld 2,9%. De gepremieerde en gesubsidieerde sector komt hoger uit met gemiddeld 3,3%. Bij de ontwikkeling van het verdiende loon is het goed om naar de onderdelen waaruit de stijging is opgebouwd te kijken. Zo blijkt uit de tabel dat de index van de CAO-lonen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector lager dan landelijk lag: 2,3 tegen 2,4%. Het verschil tussen het gemiddeld verdiende loon en de index CAO-loon wordt incidentele loonontwikkeling genoemd. Deze is verder uit te splitsen in zogenaamde demografisch-economische en overig effecten. Met de eerste wordt bedoeld verandering in het gemiddeld verdiende loon als gevolg van veranderingen in de samenstelling van het personeel, naar leeftijd, geslacht en type werkzaamheden.

Weliswaar was de ontwikkeling in CAO-lonen bij de G en G-sector vrijwel gelijk aan de landelijke, door een verandering in personeelsopbouw (met name vergrijzing) nam het gemiddelde verdiende loon in de G en G-sector sneller toe. Overigens zien wij dat de overheid met een soortgelijke problematiek kampt.

Tabel 4.6.: De gemiddelde jaarlijkse loonontwikkeling 1985-1993 naar onderdelen (gebaseerd op het gemiddeld standaarduurloon)

	Verdiend loon	Index CAO-loon	Incidentele loonontwikkeling	Demografisch-economisch effect	Overige effecten
Particulier	2.8	2.5	0.3	0.1	0.2
Overheid	3.1	2.2	0.8	0.6	0.3
G en G-sector	3.3	2.3	0.9	0.6	0.3
Totaal	2.9	2.4	0.4	0.2	0.2

Bron: CBS-Statistiek van de verdiende lonen.

De ontwikkeling van de afgelopen jaren zien wij in tabel 4.7. Daarin is de zorgsector wat preciezer in kaart gebracht; namelijk de G en G-sector behorend tot de SBI-code 93. De eerder gesignaleerde ontwikkelingen doen zich ook hier voor. Opvallend is dat de overige effecten landelijk negatief uitvallen en voor de G en G-sector SBI-code 93 positief. Een oorzaak kan liggen in het met terugwerkende kracht van toepassing laten zijn van de CAO.

<sup>1</sup> Deze is ruimer dan de zorgsector. Ook een groot deel van de welzijnssector valt hier onder. Anderzijds vallen werknemers bij overheidsinstellingen in de zorgsector hier buiten.

Tabel 4.7.: Recente ontwikkeling in de gemiddeld verdiende lonen 1990-1993

	1990-1991	1991-1992	1992-1993	gemiddeld 1990-1993
<b>I. Totaal Nederland</b>				
Verdiend loon	4.1	4.8	3.5	4.4
Index regelingsloon	4.1	4.2	2.9	3.9
Incidentele loonontwikkeling	0.4	0.6	0.6	0.5
Waarvan:				
- demografisch-economisch effect	0.5	0.3	0.9	0.6
- overige effecten	-0.2	0.3	-0.3	-0.1
<b>II. G en G-sector en SBI 93</b>				
Verdiend loon	5.0	4.9	5.2	5.3
Index regelingsloon	3.7	4.5	3.8	4.2
Incidentele loonontwikkeling	1.3	0.4	1.3	1.0
Waarvan:				
- demografisch-economisch effect	0.6	0.7	1.3	0.9
- overige effecten	0.7	-0.3	0.1	0.2

Bron: CBS.

Een beoordeling van de concurrentiepositie van de zorgector is in die zin lastig dat de uitgangspositie van verschillende sectoren aan het begin van de vergelijking niet hetzelfde behoeft te zijn. Wij bekijken hier dan ook alleen de relatieve ontwikkeling gedurende een bepaalde periode. Men kan concluderen dat de concurrentiepositie er niet slechter op is geworden. Wel was hier meer geld voor nodig dan men louter en alleen op grond van de ontwikkeling van de CAO-lonen zou kunnen afleiden. Het geringe verloop sinds 1993 doet vermoeden dat deze demografische factor voor de zorgsector van grote betekenis blijft.

#### *Ontwikkelingen binnen CAO's*

Voor een omvangrijke vergelijking van de CAO's die op de zorgsector van toepassing zijn ontbreekt hier de ruimte en ook het kader. Wij beperken ons tot een aantal aspecten dat de laatste tijd veel aandacht krijgt: te weten kinderopvang, ouderschaps-, calamiteiten- en scholingseducatieverlof. In het eerste geval gaat het om de vraag of er sprake is van een bijdrage in individuele onkosten; in de overige gevallen om de vraag of er in de sfeer van de verlofregelingen aandacht aan wordt besteed. De resultaten gebaseerd op de thans vigerende CAO's zijn te vinden in tabel 4.8.

Tabel 4.8.: De aanwezigheid van een tegemoetkoming in de onkosten van kinderopvang en een aantal verlofregelingen in de verschillende CAO's in de zorgsector

CAO's	Kinderopvang	Verlofregelingen:			Aantal werknemers
		ouderschaps	calamiteiten	educatie/scholing	
Ziekenhuis	1)	X	X	-	260.000
Thuiszorg	-	X	-	X	89.000
Bejaardentehuizen	1)	X	-	-	80.000
Welzijnswerk	-	-	-	-	40.000
Dagverblijven en tehuizen voor gehandicapten	-	X	-	X	25.000
Jeugdhulpverlening	-	X	-	-	12.750
Apotheken	-	-	-	-	10.180
Doktersassistenten	-	-	-	-	6.500
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	X	X	-	-	6.434

X = Komt expliciet voor in CAO.

- = Komt niet expliciet voor in CAO.

1) Niet in CAO zelf opgenomen, maar er is wel een regeling via sectorfondsen.

Bron: Bewerking I.SZW: CAO's in Nederland.

Een tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang is slechts in één CAO aan de orde, die van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Van een tweetal andere CAO's is bekend dat er via de sectorfondsen een regeling rondom tegemoetkoming in de kosten van kinderopvang bestaat. De meeste CAO's kennen het verschijnsel ouderschapsverlof; alleen in die van het welzijnswerk en de doktersassistenten ontbreekt zo iets. Educatief of scholingsverlof is aan de orde bij de thuiszorg en de dagverblijven en tehuizen voor gehandicaptenzorg.

De hiergenoemde CAO's betreffen niet alle werknemers in de zorgsector. Met name in de intramurale gezondheidszorg zijn er veel overheidsinstellingen. De werknemers aldaar vallen onder de overheidsregelingen op dit terrein.

### Ziekteverzuim

Een ziekteverzuimcijfer van de zorgsector over een aantal jaren opstellen is een moeilijke zaak. De Bedrijfsvereniging Gezondheidszorg (BVG) heeft wel gegevens over een lang reeks van jaren, maar pas sinds 1992 zijn deze betrouwbaar. Pas toen beschikte men over een redelijk compleet verzekerdenbestand. Dit betekent dat de gegevens voordien niet vergelijkbaar zijn.

In de intramurale gezondheidszorg, waar wel over een langere reeks van jaren betrouwbare informatie bekend is, steeg het verzuimpercentage inclusief bevallingsverlof tot 1990. Sindsdien vertoont het weliswaar enige schommelingen, maar blijft het globaal genomen op hetzelfde niveau.

Tabel 4.9.: Het ziekteverzuimpercentage (volgens kalenderdagenmethode) vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	1994
Landelijk	8.7	8.5	8.1	8.1	6.6
Zorgsector	.	.	7.3	7.4	6.8
Intramurale zorg	.	.	7.2	7.6	7.2
Zorgsector, exclusief bevallingsverlof	.	.	6.4	6.4	5.6
Intramurale zorg	.	.	6.2	6.5	5.9

Bron: BVG/NIA.

De meest recente ontwikkelingen zijn in tabel 4.9 weergegeven. De gehanteerde methode is die van de kalenderdagen. Het ziekteverzuimpercentage in de zorgsector bedroeg in 1992 en 1993 7,3 en 7,4% en daalde naar 6,8% in 1994. Landelijk trad er een sterkere daling op.

De verklaring voor dit verschil in ontwikkeling is voor een belangrijk deel terug te voeren op het verschil in de mate waarin bevallingsverlof een rol speelt. Maakt bevallingsverlof in de zorgsector om en nabij de 15% van het totaal verzuim uit, landelijk bedraagt dit 7 à 8% (NIA).

De daling van het ziekteverzuimpercentage tussen 1993 en 1994 doet zich in alle subsectoren voor (zie bijlage, tabel 2).

De vraag rijst natuurlijk of de veranderingen in het ziekteverzuim zijn toe te schrijven aan veranderingen als gevolg van de Wet terugdringing ziekteverzuim. Deze wet, die per 1 januari 1994 van kracht werd, heeft tot gevolg dat instellingen pas na twee of, afhankelijk van de grootte, na zes weken een uitkering krijgen. Daarvoor gold een periode van twee dagen. Door deze verandering zou er sprake kunnen zijn van minder ziekmeldingen en daardoor zou de daling van het hier gepresenteerde ziekteverzuimpercentage voor 1994 een flatter beeld kunnen geven. Onderzoek van SoZaWe wijst hierop (ISZW, 1994). Met name kleine bedrijven zouden vaker niet melden. Recenter onderzoek van TNO concludeert echter dat er van zo'n effect geen sprake is.

Op grond van de hier gepresenteerde gegevens is voor de zorgsector niet aan te geven of dit verschijnsel zich al dan niet voordoet. Wel is opvallend dat het ziekteverzuim in 1994 ten opzichte van 1993 sterker daalde dan in voorgaande jaren. Sectors met relatief grote instellingen (intramurale gezondheidszorg) laten een geringere daling zien dan de anderen. Men kan vermoeden dat de daling voor de gehele sector voor een deel door het veranderde meldingsgedrag van kleine instellingen beïnvloed is. Het zeer lage percentage ziekteverzuim van onder de 3% in een aantal sectoren met veel kleine instellingen is ook een vingerwijzing in deze richting. De invloed van kleine instellingen op het totale verzuimpercentage is echter beperkt.

Daar staat tegenover dat reeds voor de invoering van de Wet terugdringing ziekteverzuim juist veel grotere instellingen al waren overgegaan tot een veel explicieter ziekteverzuimbeheersingsbeleid dan in het verleden. Een minder sterke daling als gevolg van recente overheidsmaatregelen ligt daar dan voor de hand.

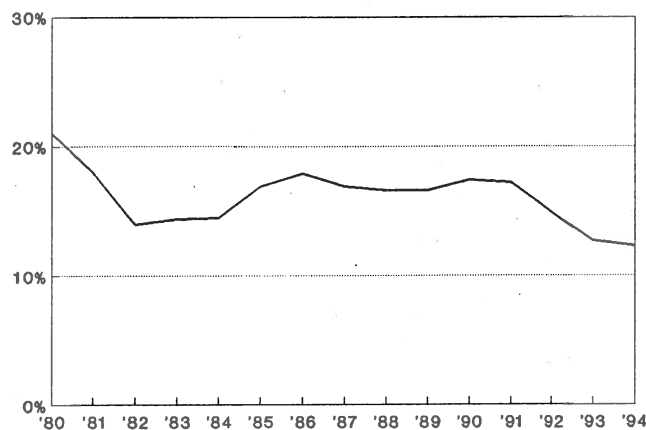
#### *Het verloop*

Het verloop van personeel is zeker waar het om tijdreeksen gaat voor lang niet alle sectoren in de zorgsector bekend. De intramurale gezondheidszorg vormt daarop een

uitzondering. Vanaf het begin van de jaren tachtig wordt het verloop, het aantal gedurende een jaar vertrekkende personeelsleden gedeeld door het totaal gemiddeld gedurende een jaar aanwezig personeel, bij de instellingen gemeten.

Van oudsher was de intramurale gezondheidszorg een sector met een hoog verloop. Er werkten veel vrouwen die slechts gedurende korte tijd hun beroep uitoefenden. De toenomen participatiegraad van vrouwen aan betaald werk zien we weerspiegeld in een dalend verlooppercentage in de intramurale gezondheidszorg (zie figuur 4.3). Beschouwen we de periode 1981-1994 dan stellen we vast dat er sprake is van een daling op de langere termijn die echter op de korte termijn beïnvloed wordt door de economische omstandigheden. De recessies in het begin van de jaren tachtig en midden jaren negentig zien we terug in een extra daling van de verloopcijfers. Bij economisch herstel zien we dan vervolgens een stijging optreden. Economische onzekerheid leidt er toe dat men minder snel de baan opzegt en men minder gemakkelijk van baan kan veranderen omdat er minder vacatures zijn. Dat er dan sprake is van een soort uitstel van verloop zien we in de tweede helft van de jaren tachtig. Het uitgestelde verloop en het reguliere verloop leiden dan tot een stijgend verlooppercentage. De verwachting is dat een dergelijke 'opleving' van het verloop zich ook de komende jaren voor zal gaan doen.

Figuur 4.3.: Het verloop van personeel in de intramurale gezondheidszorg vanaf 1980



Bron: NZi.

Zorgden vrouwen vroeger voor een hoger verloop in de intramurale gezondheidszorg, anno 1994 vertrekken mannen verhoudingsgewijs vaker dan vrouwen. De beperkte daling tussen 1993 en 1994 is toe te schrijven aan een stijging bij de mannelijke werknemers en een verdere daling bij de vrouwelijke.

Met dit lage niveau van verloop heeft het verloop van personeel een andere betekenis, een ander gezicht gekregen. Waren in het verleden veel instellingen geneigd tot een verloopbeheersbeleid, nu wordt soms mobiliteit bevorderd, omdat de instroom uit de opleiding en het vertrek uit het beroep in veel instellingen niet in evenwicht zijn.

## 4.5 De zorgsector en werkgelegenheidsbeleid

In het kader van het werkgelegenheidsbeleid van de overheid zijn een scala van maatregelen van toepassing. De meest recente ontwikkeling betreft het 40.000 banenplan, de zogenaamde 'Melkertbanen'. Het gaat hierbij om een werkgelegenheidsimpuls voor langdurig werklozen, waarvan de zorgsector geacht wordt een substantieel deel voor zijn rekening te nemen. Deze werkgelegenheidsimpuls dient zijn beslag op dit moment nog te krijgen. Een aantal andere maatregelen die al langer van toepassing zijn zullen we daarom hier de revue laten passeren. Voor de meeste van deze maatregelen geldt echter dat er vaak slechts fragmentarische informatie bestaat over de mate van het gebruik en de effecten. Tot voor kort werd er door de landelijke overheid weinig centraal bijgehouden. Komend jaar treedt er mogelijk verbetering in op. De beschikbaarheid van informatie hangt derhalve veelal af van de informatievoorziening in de desbetreffende sector. Waar het in veel gevallen eenmalige onderzoeksinspanningen betreft is het vaak moeilijk om een ontwikkeling in de tijd aan te geven.

Naast de directe subsidiemaatregelen wordt er ook meer indirect door de overheid invloed uitgeoefend om meer werkgelegenheid te creëren. Zo worden sociale partners gevraagd aandacht te besteden aan het vergroten van de instroom in lagere functies aan de onderkant van het loongebouw. Voorzover hier gegevens over bestaan besteden we daar aandacht aan.

### *Arbeidsvoorzieningsmaatregelen*

In het algemeen geldt dat de toepassing van arbeidsvoorzieningsmaatregelen in absolute zin in 1993 stagneert. Was er in voorgaande jaren voor zover traceerbaar sprake van een stijging; nu treedt in ieder geval in de intramurale gezondheidszorg een stabilisering op. Een en ander heeft wellicht te maken met de tijdelijk minder sterke personeelsbehoefte in de meeste zorgsectoren als gevolg van het door de economische omstandigheden sterk gedaalde verloop.



Tabel 4.10.: De toepassing van enkele arbeidsvoorzieningsmaatregelen

	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Intramuraal gezondheidszorg (CAO Ziekenhuiswezen)</b>					
Kaderregeling Arbeidsinpassing:					
- toepassing KRA-WEP	700	772	929	810	
- toepassing KRA-regulier	650	1.058	1.306	1.488	
Toepassing STIPUD <sup>1</sup>					
- aantal instellingen	203	267	320	324	368
- langdurig werklozen	658	977	952	1.089	1.415
- WEP-pers	243	168	148	115	132
- (herintredende vrouwen)	1.163	667	823	361	335
- allochtonen	191	331	424	392	361
- part-time ZV-ers	137	378	376	352	289
- aantal personen	2.112	2.242	2.386	2.013	1.960
Totaal bedrag stimulering	4.2 mln	5.1 mln	5.6 mln	4.7 mln.	4.6 mln.
<b>Bejaardenoorden<sup>2</sup></b>					
Kaderregeling Arbeidsinpassing:					
- toepassing KRA-WEP				460	
- toepassing KRA-regulier				207	
<b>Fiad-wdt</b>					
Kaderregeling Arbeidsinpassing:					
- toepassing KRA-WEP		52			
- toepassing KRA-regulier		67			

<sup>1</sup> Bron: NZi en STIPUD-evaluatie: het totaal aantal personen komt niet overeen met het aantal van de verschillende doelgroepen, daar men tot meerdere doelgroepen kan behoren.

<sup>2</sup> Bron: AWOB 1995/6.

De instroom van specifieke doelgroepen wordt zichtbaar in sectorspecifieke stimuleringsmaatregelen zoals die van AWOZ: de Stimuleringsregeling Inpassing Personen Uit Doelgroepen (STIPUD). Gezien de terugval in het aantal vacatures is de daling van het aantal toepassingen van de STIPUD-regeling gering te noemen. Over het algemeen bestaat er een grote continuïteit in deelname door de instellingen. Het aandeel langdurig werklozen nam in de loop der jaren toe, het aantal herintreders af. Het aantal allochtonen dat in 1994 in dienst gekomen is, komt overeen met afspraken tussen CAO-partijen: de helft via de STIPUD-regeling, de andere helft op andere wijze (Evaluatie STIPUD, 1994).

#### *Instroom in lagere functies*

VWS stimuleert sociale partners om mede met het oog op kostenbeheersing en tegelijkertijd het scheppen van meer werkgelegenheid nieuwe functies te scheppen en nieuwe loonschalen aan de onderkant. Deze zijn er opgericht om het verschil tussen minimumloon en de laagste CAO-schalen te verminderen. Kijken we naar de instroom de afgelopen jaren in de laagste loonschalen dan valt er slechts een geleidelijke ontwikkeling te bespeuren naar een wat grotere instroom aan de onderkant van het loongebouw. Op zichzelf is dit niet zo verwonderlijk. Veel functies vergen specifieke kennis. Toch zijn er mede door functiedifferentiatie de laatste jaren enige honderden functies aan de onderkant van het loongebouw extra beschikbaar gekomen.



## 5. BEROEPEN IN DE ZORGSECTOR

### 5.1 Inleiding

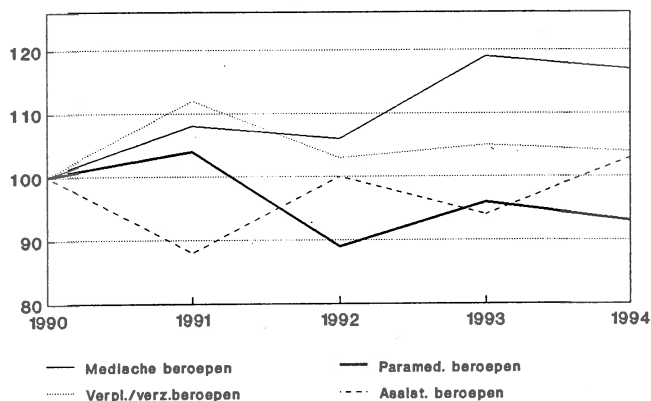
In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste ontwikkelingen binnen de verschillende beroepsgroepen in de zorgsector. Allereerst zal gekeken worden naar ontwikkelingen in het aantal werkzame personen (paragraaf 5.2). Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 een aantal kenmerken van de verschillende zorgberoepen besproken (geslachts- en leeftijdsverdeling en mate van part-time werken). In paragraaf 5.4 wordt een koppeling gelegd tussen de productiecijfers van een aantal zorgberoepen en het aantal werkenden. Tot slot zal ook worden ingegaan op de opleidingscapaciteit (paragraaf 5.5), werkloosheid (paragraaf 5.6) en het aantal vacatures (paragraaf 5.6).

### 5.2 Aantal werkzame personen

Op basis van gegevens uit de enquête Beroepsbevolking van het CBS kan worden afgeleid dat het aantal werkenden in de zorgberoepen in 1994 is afgenomen (-0,7%) tot circa 431.000 personen. Dit beeld komt overeen met de totale beroepsbevolking in Nederland, waarbinnen eveneens sprake is van een lichte afname in 1994 (-0,1%).

Als binnen de zorgberoepen gekeken wordt naar de groei van de verschillende beroepscategorieën, dan blijken er grote verschillen te zijn (figuur 5.1). De medische beroepen groeien ieder jaar het snelst. In de periode 1990-1994 is het aantal werkenden in deze beroepscategorie met bijna 17% gegroeid. In dezelfde periode is het aantal verplegenden en verzorgenden met 4% toegenomen en is er bij de paramedische beroepsgroepen zelfs sprake van een afname (-6%).

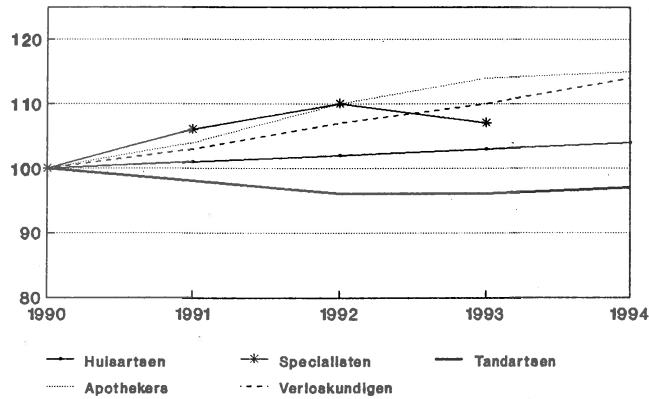
Figuur 5.1.: Verloop van het aantal werkzame personen uitgesplitst naar beroepscategorie vanaf 1990 (1990=100)



Bron: CBS-enquête Beroepsbevolking.

Binnen de medische beroepen zijn het met name de apothekers die in de periode 1990-1994 vrijwel ieder jaar qua aantal het snelst groeien (figuur 5.2). Het totaal aantal apothekers is in die periode met bijna bijna 15% toegenomen. Ook het aantal verloskundigen is in die periode sterk gegroeid (14%). Het aantal huisartsen is met 4% toegenomen en het aantal tandartsen is iets afgenomen (-0,6%).

Figuur 5.2.: Ontwikkeling van het aantal werkzame personen binnen een aantal medische beroepen vanaf 1990 (1990=100)

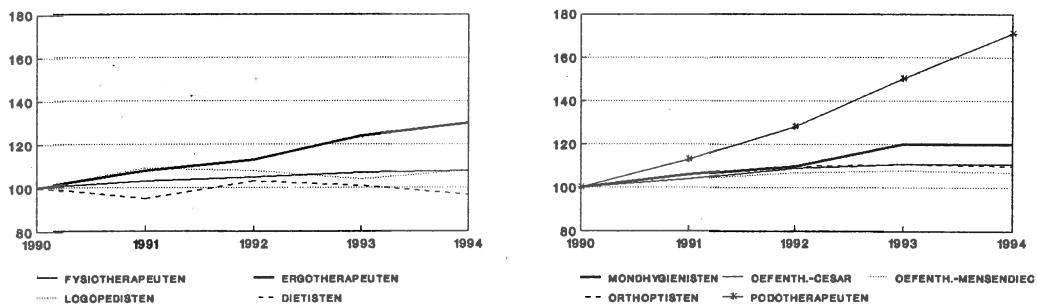


Bron: NIVEL, KNMP, NZi, NMT.

Met betrekking tot de paramedische beroepsgroepen blijkt dat de ergotherapeuten maar vooral de podotherapeuten jaarlijks de sterkst groeiende beroepsgroepen zijn. Het aantal ergotherapeuten is in de periode 1990-1994 met bijna 30% toegenomen en de podotherapeuten met 72%.

De grootste paramedische beroepsgroep - de fysiotherapeuten - neemt jaarlijks met zo'n 2% toe. Daarmee is een eind gekomen aan de snelle groei van deze beroepsgroep in de jaren tachtig.

Figuur 5.3.: Ontwikkeling van het aantal werkzame personen binnen een aantal paramedische beroepen vanaf 1990 (1990=100)

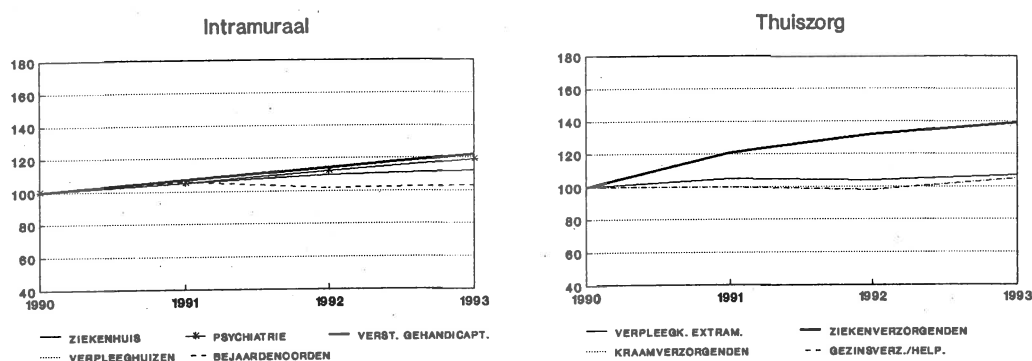


Bron: NIVEL, NVLFD, NVE, NVD.

Bron: NVM, NVOM, Nvvo, VBC, Nvvp

Voor wat betreft de verplegende en verzorgende beroepsgroepen kan in de eerste plaats worden opgemerkt dat het aantal werkenden binnen de intramurale sector in de periode 1990-1993 veel sneller is gegroeid dan binnen de extramurale sector. In de intramurale sector is sprake van een groei van 14%, terwijl in de extramurale sector de aantallen werkenden vrijwel gelijk zijn gebleven. Als vervolgens specifiek naar de verschillende beroepsgroepen wordt gekeken, dan blijkt dat binnen de intramurale sector vooral het aantal verplegenden en verzorgenden in de verpleeghuizen en de psychiatrie het snelst zijn toegenomen. Binnen de extramurale sector springen de ziekenverzorgenden eruit met een groei van 39% in de periode 1990-1993.

Figuur 5.4.: Ontwikkeling van het aantal werkzame personen binnen een aantal verplegende en verzorgende beroepen in de intramurale en extramurale zorgsector vanaf 1990 (1990=100)



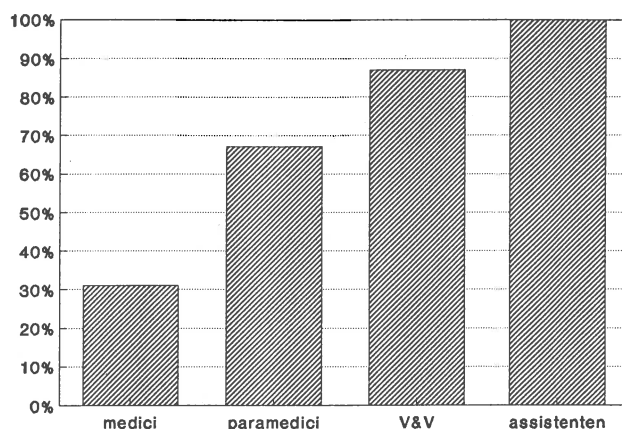
Bron: NZi/CBS.

## 5.3 Kenmerken

### 5.3.1 Geslacht

Het aandeel vrouwen in de Nederlandse beroepsbevolking bedraagt 37% in 1994. Binnen de zorgberoepen ligt dit percentage aanzienlijk hoger (81%). Er zijn echter aanzienlijke verschillen tussen de vier onderscheiden beroepscategorieën (figuur 5.5).

Figuur 5.5.: Percentage vrouwen in de vier beroepscategorieën in de zorgsector in 1994

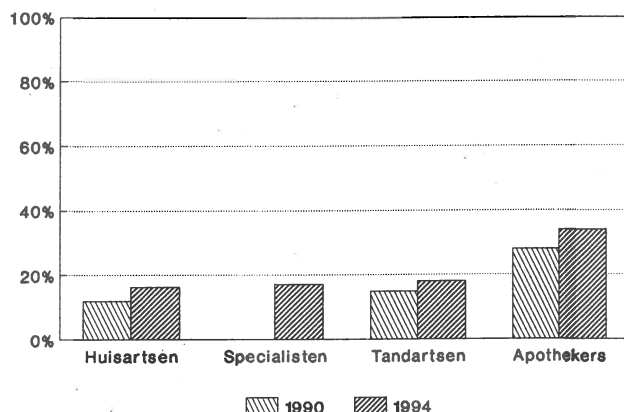


Bron: CBS, Enquête Beroepsbevolking.

De verplegende/verzorgende beroepen (87%) bestaan nog steeds voor verreweg het grootste deel uit vrouwen. Ook binnen de paramedische beroepsgroepen is de meerderheid (67%) vrouw. Daarbij moet worden aangetekend dat het percentage vrouwelijke paramedici ieder jaar iets afneemt; in 1990 was nog 72% vrouw. Tussen de afzonderlijke paramedische beroepsgroepen zijn er overigens enige verschillen. Binnen de groep fysiotherapeuten is 48% vrouw, maar binnen de mondhygiënisten ligt het percentage vrouwen rond de 99%.

De medische beroepen worden nog steeds gedomineerd door mannen. Slechts 31% van deze beroepsgroep bestaat uit vrouwen. Overigens neemt het percentage vrouwelijke medici ieder jaar iets toe. In figuur 5.6 is dit voor een aantal medische beroepsgroepen in beeld gebracht. Het percentage vrouwelijke huisartsen is toegenomen van 13% in 1990 tot 16% in 1994. Een vergelijkbare groei wordt waargenomen bij de overige beroepsgroepen.

Figuur 5.6.: Percentage vrouwen binnen een aantal medische beroepsgroepen per 31 december 1990 en 1994<sup>1</sup>

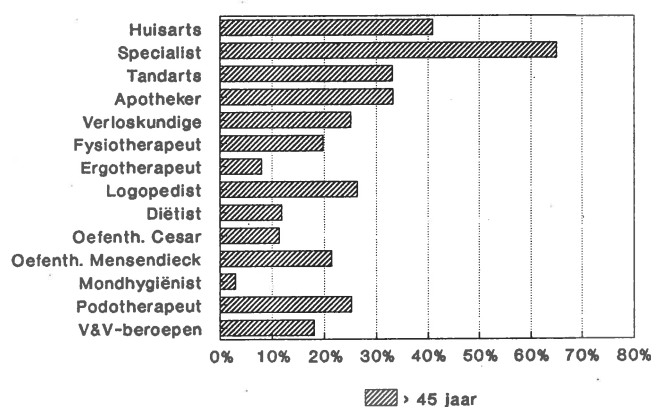


<sup>1</sup> Gegevens over het aantal vrouwelijke specialisten over het jaar 1990 ontbreken.  
Bron: NIVEL, SRC, KNMP, Hingstman en Harmsen, 1994.

### 5.3.2 Leeftijd

In het algemeen kenmerken de medische beroepsgroepen zich door een relatief oude leeftijdsopbouw (figuur 5.7). Dit geldt vooral voor de specialisten en huisartsen met respectievelijk 65% en 41% beroepsbeoefenaren die ouder zijn dan 45 jaar. Binnen de paramedische beroepsgroepen zijn de onderlinge verschillen erg groot. Zo blijkt dat 25% van de podotherapeuten ouder is dan 45 jaar tegen slechts 3% van de mondhygiënisten. Van de personen in een verplegend en verzorgend beroep is 18% ouder dan 45 jaar.

Figuur 5.7.: Percentage beroepsbeoefenaren ouder dan 45 jaar uitgesplitst naar beroep per 31 december 1994



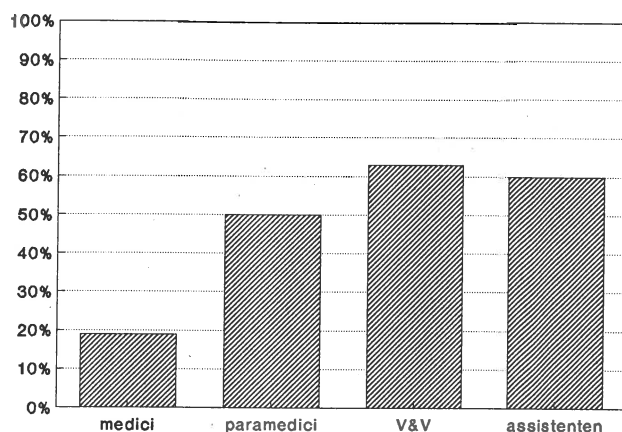
Bron: RAZ95: deel 2: tabellenrapport.

### 5.3.3 Deeltijd

Volgens gegevens uit de enquête Beroepsbevolking van het CBS werkt 57% van alle personen in de zorgberoepen minder dan 35 uur per week. Dit percentage ligt aanmerkelijk hoger dan dat voor alle werkzame personen in Nederland (27%). Het zijn vooral de verplegende en verzorgende beroepscategorieën die minder dan 35 uur per week

werken. In 1994 werkte 63% minder dan 35 uur. Dit percentage is in de afgelopen jaren toegenomen; in 1990 bedroeg dat nog 55%.

Figuur 5.8.: Procentuele verdeling van het aantal personen in zorgberoepen dat minder dan 35 uur per week werkt, uitgesplitst naar beroeps categorie in 1994

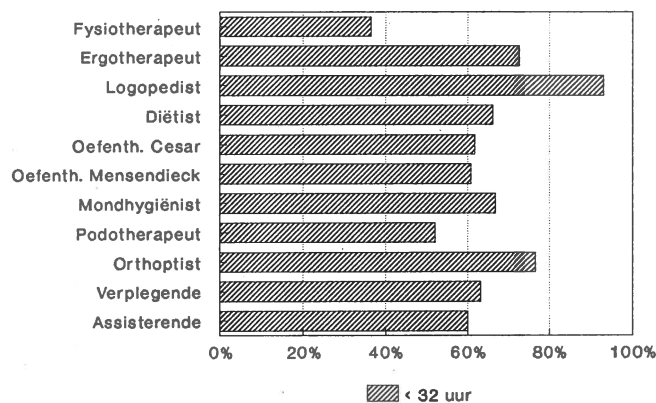


Bron: CBS, Enquête Beroepsbevolking.

Helaas zijn er geen deeltijdgegevens beschikbaar over de afzonderlijke medische beroepsgroepen. De verwachting is echter dat het aantal artsen dat in deeltijd gaat werken de komende jaren zal toenemen. Dit vooral als gevolg van het feit dat het aantal vrouwelijke artsen toeneemt. Momenteel is 56% van alle medische studenten vrouw; in 1990 bedroeg dit 52%.

Met betrekking tot de paramedische beroepsgroepen zijn er wel gegevens voorhanden. Uit figuur 5.9 blijkt dat met name onder logopedisten het aantal part-timers hoog is; 93% werkt minder dan 32 uur per week. Ook onder de orthoptisten (77%) en de ergotherapeuten (73%) zijn relatief veel part-timers werkzaam. Binnen de beroepsgroep fysiotherapeuten is het percentage deeltijders het laagst (51%).

Figuur 5.9.: Relatieve verdeling van het aantal personen dat part-time werkt (minder dan 32 uur) naar beroepsgroep



Bron: RAZ95: deel 2: tabellenrapport.



## 5.4 Ontwikkelingen in aanbod en produktie

In deze paragraaf wordt een koppeling gelegd tussen het aantal werkzamen en produktiegegevens. Op grond van de beschikbare gegevens is deze koppeling alleen uitgevoerd voor de vrije beroepsbeoefenaren.

Tabel 5.1: Aantallen werkzame vrije beroepsbeoefenaren en hun produktie vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	(1994)	mutatie 1993 tov 1990
<b>A. MEDISCHE BEROEPEN</b>						
<b>Huisartsen</b>						
- aantal werkzamen (1)	6.465	6.535	6.595	6.649	(6.753)	2,8%
- aantal contacten per persoon (2)	3,7	3,8	4,0	3,9	(3,8)	5,4%
<b>Specialisten</b>						
- aantal werkzamen (3)	8.250	8.721	9.070			-
- aantal contacten per persoon (4)	1,8	1,6	1,9	1,8	(1,9)	-
<b>Tandartsen</b>						
- aantal werkzamen (5)	7.544		7.210	7.322	(7.498)	-2,9%
- aantal contacten per persoon (6)	1,9	2,0	2,0	1,9	(2,3)	-
<b>Verloskundigen</b>						
- aantal werkzamen (7)	1.122	1.167	1.203	1.234	(1.276)	10%
- aantal bevallingen (8)	89.597	89.900	90.218	91.324		1,9%
<b>B. PARAMEDISCHE BEROEPEN</b>						
<b>Fysiotherapeuten</b>						
- aantal werkzamen (9)	10.807	11.102	11.397	11.545	(11.692)	6,8%
- % personen met contact (10)	14,3	13,7	13,5	13,7	(13,7)	-4,2%
<b>Logopedisten</b>						
- aantal werkzaam (11)	3.332	3.626	3.599	3.471	(3.589)	4,2%
- aantal verrichtingen (12)	935.650	1.201.428	1.268.640	1.311.816		40,2%
<b>Oefentherapeut-Cesar</b>						
- aantal werkzamen (13)	688	714	743	750	(775)	9,0%
- aantal verrichtingen (14)	655.988	714.828	760.262	781.668		19,2%
<b>Oefentherapeuten Mensendieck</b>						
- aantal werkzamen (15)	719	748	768	860	(851)	19,6%
- aantal verrichtingen (16)	649.256	680.164	742.575	743.579		14,5%

NIVEL (1, 7, 9); CBS (2, 4, 6, 8, 10); NZi (3); NMT (5); NVLF (11); VBC (13); NVOM (15); ZFR (12, 14, 16).

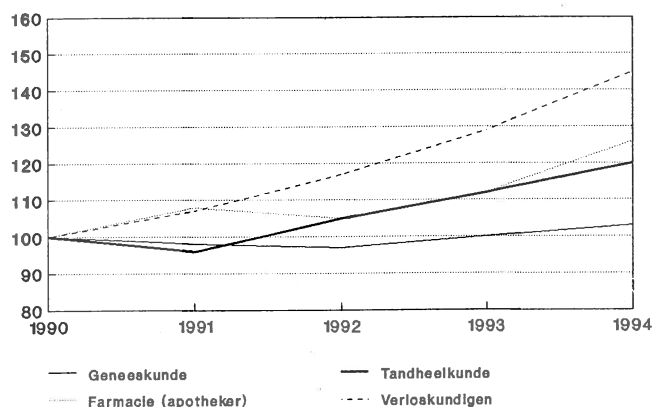
Het algemeen beeld is dat in de periode 1990-1993 het aantal beroepsbeoefenaren is toegenomen, uitgezonderd de beroepsgroep tandartsen. Overigens blijkt dat in 1994 het aantal werkzame tandartsen weer toegenomen is. Verder blijkt de 'produktie' van de verschillende beroepsgroepen in het algemeen te groeien. Dat geldt met name voor de logopedisten (40%). Daarbij valt op dat het aantal werkzame logopedisten niet zo sterk is gegroeid. Waarschijnlijk is het grote verschil in 'produktiegroei' en groei van het aanbod te verklaren uit het feit dat de groep logopedisten meer uren per week is gaan werken. Bij de fysiotherapeuten wordt een geheel andere tendens waargenomen. De produktie daalt terwijl het aanbod nog steeds - zij het gering - toeneemt.

## 5.5 Personen in opleiding

### *Medische beroepen*

Het totaal aantal studenten geneeskunde is in de afgelopen vijf jaar als gevolg van de numeris fixus stabiel gebleven (figuur 5.10). Momenteel bedraagt de numeris fixus 1.686. Een belangrijk gegeven is dat het percentage vrouwelijke studenten geneeskunde steeds verder toeneemt; van 53% in 1990 tot 56% in 1994. Opmerkelijk is verder dat het aantal studenten voor de opleiding verloskunde in de afgelopen vier jaar snel is gestegen. Gezien het feit dat er een tekort aan verloskundigen dreigde te ontstaan is de numeris fixus in 1993 en 1994 verhoogd. Ook voor de opleiding tandheelkunde is er sprake van aanzienlijke stijging van het totaal aantal studenten waar te nemen. De belangrijkste reden is dat in 1992 de instroom is verhoogd. De numeris fixus voor tandheelkunde is 210.

Figuur 5.10.: Ontwikkeling van het totaal aantal studenten binnen een aantal medische opleidingen vanaf 1990 (1990=100)

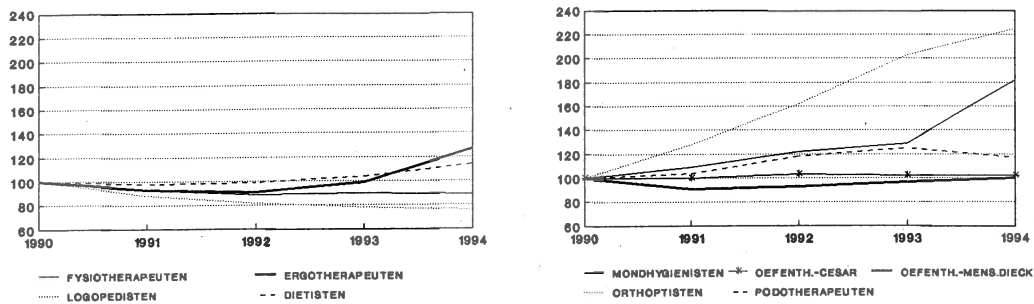


Bron: CBS, KNMP.

### *Paramedische beroepen*

Binnen de paramedische beroepsgroepen blijkt dat bij de logopedisten in de afgelopen vijf jaar het studentenaantal ieder jaar is afgenomen. Voor het studiejaar 1994/1995 bedraagt de numeris fixus voor logopedie 293. Binnen de fysiotherapie vond de daling vooral plaats in 1992; daarna is er sprake van een stabilisatie van de studentenaantallen. Voor de studie fysiotherapie geldt momenteel een numeris fixus van 1.054. De grootste groei in studentenaantallen wordt waargenomen bij de mondhygiënisten. Voor wat betreft de ergotherapeuten is sprake van een sterke groei in het aantal studenten in 1994. In dat jaar is dan ook de nieuwe opleiding ergotherapie van start gegaan in Rotterdam. Met betrekking tot de man-vrouw verdeling binnen de verschillende paramedische beroepsopleidingen moet nog worden opgemerkt dat binnen de opleiding fysiotherapie bijna 59% van alle studenten vrouw is. Binnen de overige paramedische opleidingen is meer dan 90% vrouw.

Figuur 5.11.: Ontwikkeling van het totaal aantal studenten binnen de paramedische beroepsopleidingen vanaf 1990 (1990=100)

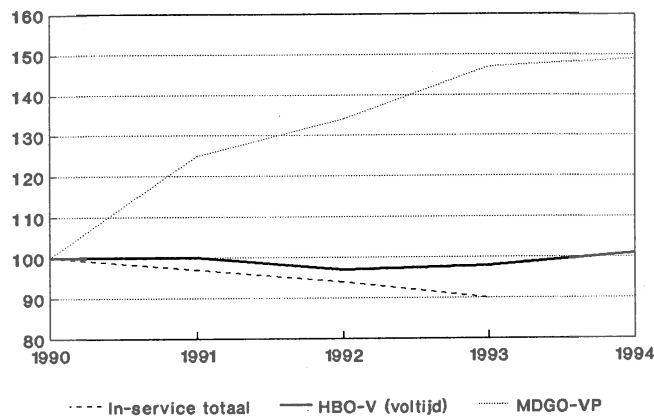


Bron: CBS, Opleidingsinstituten, VWS, NZi.

### Verplegende beroepen

Binnen het verpleegkundig onderwijs is binnen de in-service opleidingen sprake van een daling van het aantal leerlingen. In 1990 werden nog 29.000 leerlingen in het in-service onderwijs geteld. Dit is gedaald naar circa 25.000 in 1993. Het aantal HBO-V voltijd-studenten blijft redelijk stabiel. De grootste groeicijfers worden genoteerd voor de MDGO-VD. In de periode 1990-1993 is het totaal aantal leerlingen dat deze onderwijsvorm volgt gestegen met 47%.

Figuur 5.12.: Ontwikkeling van het totaal aantal leerlingen binnen het verpleegkundig onderwijs naar type opleiding vanaf 1990 (1990=100)



Bron: NZi/OCW/VWS.

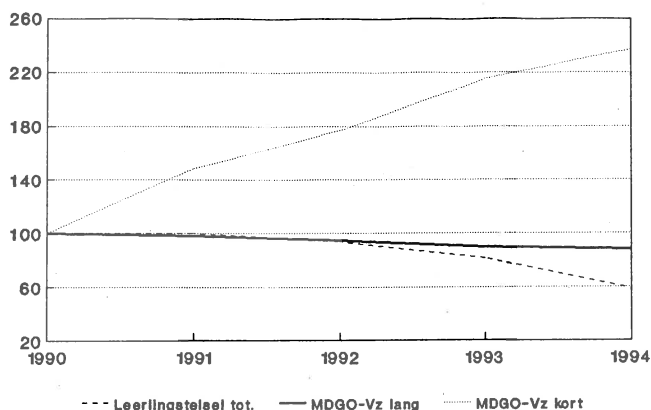
### Verzorgende beroepen

Binnen het verzorgend onderwijs is het totaal aantal leerlingen in de afgelopen vijf jaar snel teruggelopen. In 1990 bedroeg het totaal aantal leerlingen nog 20.000. Dit aantal is teruggelopen tot circa 15.500 in 1994, ofwel een terugval met 23%.

Vooral binnen het leerlingstelsel is sprake van een drastische afname. In 1990 bedroeg het totaal aantal leerlingen nog 7.828. Dit aantal is teruggelopen tot 4.610 in 1994.

Vooraf in 1994 is sprake van sterke daling (-28%). Binnen de MDGO-Vz (kort) is juist sprake van een sterke groei. Het totaal aantal leerlingen is in vijf jaar bijna verdubbeld. Dit gaat ten koste van de MDGO-Vz (lang); sinds 1990 een afname van 12%.

Figuur 5.13.: Verloop van het totaal aantal leerlingen binnen het verzorgend onderwijs, naar type opleiding vanaf 1990 (1990=100)



Bron: OVDD/CBS.

## 5.6 Werkloosheid

Er zijn weinig landelijke gegevens beschikbaar over het aantal werklozen per beroepsgroep. Om dit aspect toch enigszins in beeld te brengen zal gebruik gemaakt worden van resultaten uit ad-hoc onderzoeken die een indicatie geven van de mogelijkheden van pas afgestudeerden op de arbeidsmarkt.

### *Medische beroepen*

Van de pas afgestudeerde huisartsen is 40% binnen twee jaar als huisarts werkzaam (NIVEL, 1995). Globaal geldt nog steeds dat 25% van de pas afgestudeerde huisartsen niet als huisarts aan de slag gaat. Per 31 december 1994 zijn er in Nederland 609 praktijkzoekende huisartsen. Dit aantal is wat hoger dan in 1993 (578). Slechts 2% van de praktijkzoekende huisartsen is werkloos. De overigen zijn aan het werk als assistent-huisarts of in een andere functie als arts.

Volgens gegevens van de KNMP zijn in 1993 circa 61 apothekers werkloos. Dit aantal is aanzienlijk hoger dan in 1992 (33).

De werkloosheid onder verloskundigen is minimaal. Van de verloskundigen die in 1994 zijn afgestudeerd heeft 27% per 31 december 1994 werk als verloskundige. Op die peildatum zijn er circa 32 verloskundigen actief op zoek naar een baan als verloskundige.

*Paramedische beroepen*

De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden aan een HBO-paramedische richting blijkt in 1993 ten opzichte van het jaar daarvoor niet veel verbeterd te zijn (tabel 5.2). De cijfers over de intredewerkloosheid (percentage afgestudeerden dat na afstuderen langer dan een maand werkloos is) laten zien dat voor vrijwel alle gepresenteerde beroepsgroepen sprake is van een stijging; met name bij de diëtisten. Als echter gekeken wordt naar het percentage werklozen één jaar na afstuderen, dan blijkt dat er een verbetering is opgetreden bij de ergotherapeuten en logopedisten. Bij de fysiotherapie is de situatie gelijk gebleven. Circa 18% heeft één jaar na afstuderen als fysiotherapeut nog steeds geen baan. Vergeleken met de andere paramedische beroepsopleidingen hebben de fysiotherapeuten verreweg het hoogste 'werkloosheids-cijfer'.

Tabel 5.2.: Arbeidsmarktpositie afgestudeerden HBO-richtingen één jaar na afstuderen

	Intredewerkloosheid <sup>1</sup>			Werkloos <sup>2</sup>		
	1991	1992	1993	1991	1992	1993
Fysiotherapie	21%	48%	47%	4%	18%	18%
Ergotherapie	21%	36%	37%	4%	4%	1%
Logopedie	33%	63%	65%	1%	14%	9%
Diëtetiek	39%	30%	51%	6%	5%	7%
Totaal HBO	27%	41%	41%	4%	11%	12%

<sup>1</sup> Intredewerkloosheid: periode van minimaal één maand werkloosheid na afronding van de studie.

<sup>2</sup> Werkloos: afgestudeerden die 1 jaar na afstuderen geen baan hebben.

Bron: V.d. Loo e.a., 1992-1994.

*Verplegende en verzorgende beroepen*

Afgestudeerden aan de verpleegkundige en verzorgende MBO- en HBO-opleidingen hebben goede arbeidsmarktperspectieven (tabel 5.3). De intrede werkloosheid voor de HBO-V ligt aanzienlijk lager dan het gemiddelde van alle HBO-opleidingen.

Met betrekking tot de toekomstige arbeidsmarktsituatie worden vooral problemen verwacht voor de ziekenverzorgenden (De Grip e.a., 1994). Er wordt voor deze beroepsgroep een tekort aan 4.500 schoolverlaters verwacht. Dit zou betekenen dat bijna 8% van de arbeidsplaatsen in 1998 niet kan worden vervuld. Vooral de verpleeghuizen zouden op termijn geconfronteerd worden met een tekort aan arbeidskrachten. Deze prognoses lijken evenwel inmiddels te zijn achterhaald, vooral doordat het arbeidsaanbod van vrouwen veel sterker is toegenomen dan voorzien. De OSA verwacht zeker tot het jaar 2000 geen tekorten aan personeel in de zorgsector (OSA, 1995).

Tabel 5.3.: Arbeidsmarktgegevens gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende MBO- en HBO-opleidingen één jaar na afstuderen

	intredewerkloosheid <sup>1</sup>		werkloos <sup>2</sup>	
	1992	1993	1992	1993
MDGO-verpleegkunde	18%	25%	2%	2%
MDGO-verzorging	17%	25%	2%	2%
MBO-Nederland totaal	23%	30%	4%	4%
HBO-verpleegkunde (vt/dt)	25%	23%	3%	6%
HBO-maatschappelijke gezondheidszorg	18%	25%	3%	2%
HBO-Nederland totaal	41%	41%	11%	12%

<sup>1</sup> Intredewerkloosheid periode van minimaal één maand werkloosheid na afronding van de studie.

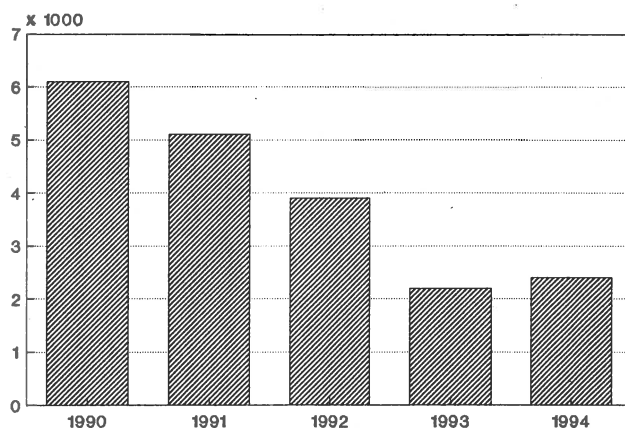
<sup>2</sup> Werkloos: afgestudeerden die één jaar na afstuderen geen baan hebben.

Bron: V.d. Loo e.a., 1993/1994.

## 5.7 Vacatures

Na een sterke daling van het aantal vacatures in 1993 is in 1994 sprake van een stijging met 11,8%. Als dit wordt uitgesplitst naar de verschillende beroeps categorieën dan blijkt dat voor de medici en de assisterende beroepen het aantal vacatures vrijwel gelijk is gebleven. Het zijn vooral de verplegende en verzorgende beroepen die in 1994 te maken hebben met een groei (9% t.o.v. 1993). Overigens blijkt dat met name het relatieve aandeel van aangeboden banen voor meer dan 20 uur per week sterk is gestegen (met 11% ten opzichte van 1993). In 1994 betreft 75% van alle vacatures een vacature van meer dan 20 uur). Het aantal moeilijk vervulbare vacatures is vrijwel gelijk gebleven. Naast een stijging van het aantal vacatures stijgt ook de vacaturegraad (aantal vacatures gedeeld door het aantal werkzamen). Deze is echter nog steeds zeer laag.

Figuur 5.14.: Ontwikkelingen in vacatures V&V beroepen 1990-1994



Bron: CBS, Vacature-enquête.

## **5.8 Conclusies**

In de periode 1990-1994 is het totaal aantal werkenden in de zorgberoepen met 3,6% toegenomen. Deze groei ligt iets lager dan de groei van de totale Nederlandse beroepsbevolking.

Van de zorgberoepen zijn het de niet-medische beroepen die het sterkst zijn gegroeid (17%) in de periode 1990-1994. Dit geldt met name voor de apothekers (15%) en de verloskundigen (14%).

Het aantal paramedische beroepsbeoefenaren is in de genoemde periode zelfs iets afgenomen. Een uitzondering hierop zijn de ergotherapeuten en de podotherapeuten die in de periode 1990-1994 respectievelijk met 30% en 72% in aantal zijn toegenomen.

Verreweg de meeste werkenden binnen de zorgberoepen zijn vrouwen (81%). Binnen de medische beroepen is het percentage vrouwen nog steeds het laagst (31%). Daarbij moet worden opgemerkt dat het aantal vrouwelijke medici de komende jaren snel zal toenemen. Momenteel is 56% van alle studenten geneeskunde vrouw. Een toename van het aantal vrouwelijke medici zal op termijn gevolgen hebben voor het totale aanbod van medici. Immers, het zijn met name de vrouwelijke medici die hun beroep, al dan niet gedwongen door omstandigheden, in deeltijd zullen uitoefenen.





## LITERATUUR EN BRONNEN

Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden. **Bestedingsplan 1995**.

Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (BVG).  
- **WW-registratie**, 1993-1994.

Beekmans L., F. Tjadens, B. Dekker. **Vinger aan de pols: de arbeidsmarkt in de zorgsector, 1990-1992**, proefrapportage. Leiden, 1994.

Beer J. de, W. van Hoorn, A. de Jong, D. Manting. **Bevolkings- en Huishoudensprognose 1994**. Maandstatistiek Bevolking (CBS), 1995, 1, p.6-11.

Centraal Bureau voor de Statistiek CBS.

- **Statistiek van de verdiende lonen, diverse jaren**
- **Arbeidsrekeningen 1989-1991**
- **Enquête Beroepsbevolking EBB 1990-1994**
- **Vacature enquête 1990-1994**
- **Gezondheidsenquête 1990-1994**
- **Geborenen naar aard van verloskundige hulp en plaats van bevalling 1993**
- **Statistiek van de thuiszorg, diverse jaren**
- **Onderwijsstatistieken 1990-1994**
- **Statistiek van de bejaardenoorden, 1990-1995**

Centraal Planbureau (CPB). **Centraal Economisch Plan**, 1995.

Evers, P.W., W. van der Windt. **Regiomarge**. Utrecht, NZi, 1995.

Grip A. de, E.J.T.A. Willems, J. Hoevenberg, P.J.E. van de Loo, A.G.M. Matheeuwsen. **Toekomstverkenning arbeidsmarkt zorgsector**. Maastricht. ROA, 1994.

Groenewegen P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden. **Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk**. Utrecht, NIVEL, 1992.

Hingstman L. en J. Harmsen. **Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994**. Utrecht, De Tijdstroom/NIVEL, 1994.

Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I.SZW): **Vermindering aantal ziekmeldingen**. Oktober 1994.

Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I.SZW): **CAO's in Nederland**. Den Haag, I.SZW, 1995.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP)

- **Pharmaceutisch Weekblad**, 1990-1994
- **Ledenadministratie**, 1995.

Kwartel A.J.J., L.V.R. Vandermeulen, D.M.J. Delnoy, J. Harmsen. **Brancherapport Verpleging en Verzorging: feiten, ontwikkelingen en knelpunten**. Utrecht, NZi/NIVEL 1994.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)

- **Jaarboek Thuiszorg 1993** (LVT/NZi)
- **Databank Thuiszorg 1995** (LVT/NZi)

Loo P.J.E. van de, J.M.J.A. Pisters, R.K.W. van der Velden, M.H. Wieling (ROA), M.C. Gimbrère (STOAS). **HBO-Monitor 1992. De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroepsonderwijs** (Statistisch supplement). Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, 1993.

Loo, P.J.E. van de, J.M.J.A. Pisters, R.K.W. van der Velden, M.J. Wieling (ROA). **HBO-Monitor 1993. De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroepsonderwijs** (Statistisch supplement), Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, 1994.

Loo P.J.E. van de, G.W.M. Ramaekers, R.K.W. van der Velden (ROA). **HBO-Monitor 1991. De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger gezondheidszorgonderwijs**. Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, 1992.

Ministerie van VWS. **Zorg voor werk**. Den Haag, 1995.

Ministerie van VWS. **Financieel Overzicht Zorg, diverse jaren**. Den Haag.

NcGv/NZi. **Jaarboek GGZ, geestelijke gezondheidszorg in getallen, 1994**.

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden. **Hoe ziek is Nederland?** Amsterdam, 1995.

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)

- **Leden administratie**, 1990-1995

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE)

- **Leden administratie**, 1990-1995

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

- **Leden administratie**, 1990-1995

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM)

- **Leden administratie**, 1990-1995
- **Resultaten Enquête Beroepsuitoefening mondhygiënist(en)**, 1990-1995
- **Vacaturegegevens**, 1995

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM)

- **Leden administratie**, 1990-1995

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO)

- **Leden administratie**, 1990-1995
- **Verslag 'Project Kwaliteitsbeleid NVvO'**, 1995

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)

- **Leden administratie**, 1990-1995

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). **Opereren is vooruitzien**. Utrecht, 1995.

Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG). **Personeel in Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, diverse jaren**. Utrecht

Nederlandse onafhankelijke vakbond voor de overheids- en non-profit sector (NOVON)

- **Aanbodgegevens apothekersassistenten**, 1990-1994

Nederlandse Zorgfederatie (NZf/NZi). Gezondheidszorg in tel 2: **Overbrugging van de zorgkloof: handreiking van een ondernemende sector**. Utrecht, NZf/NZi 1994.

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

- **Registratie van werkzame en pas-afgestudeerde huisartsen**, 1990-1995
- **Registratie van werkzame en pas-afgestudeerde verloskundigen**, 1990-1995
- **Registratie van extramuraal werkzame fysiotherapeuten**, 1990-1995
- **Registratie van gezondheidscentra**, 1990-1995

NZi. Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg

- **Statistiek Personeelssterkte (alle intramurale sectoren)**, diverse jaren
- **Financiële Statistiek (alle intramurale sectoren)**, diverse jaren
- **Jaarenquête Thuiszorg 1993 (NZi/LVT)**
- **Jaarboek Thuiszorg, 1993 (LVT/NZi)**
- **Evaluatie STIPUD-Regeling 1993/94** (nog te verschijnen)

OSA. **Arbeid in de zorgsector**. Integrerend OSA-rapport 1995.

Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1995 (RAZ). **Deel 2: tabellenboek**, 1995.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM). **Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheid van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010**. Den Haag, SDU Uitgeverij, 1993.

Sjauw M. **Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van geboorte** 1993. Maandbericht Gezondheidsstatistiek (CBS), 1995, 5, p.30-43.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

- **Specialistenregister (inclusief opleidingsgegevens)**, 1990-1993

**SRC. Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van de door de SRC erkende opleidingsrichtingen, diverse jaren (Utrecht).**

**Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG). Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg.** Houten/Zaventhem. Bohn, Stafleu en Lochum, 1992.

**Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie 1981-1994.** Maandbericht Gezondheidsstatistiek (CBS), 1995, 5, p.4-28.

**Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC)**  
- **Ledenadministratie, 1990-1995.**

**Ziekenfondsraad (ZFR). Financieel Jaarverslag 1993.** Amstelveen.

## LIJST VAN AFKORTINGEN

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds ziekenhuizen
BAZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen
CAD	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CBA	Centraal Bureau Arbeidsmarktvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CPB	Centraal Plan Bureau
FIAD-Wdt	Vereniging voor instellingen in de semimurale gehandicaptenzorg
FTE('s)	Full-time equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GAK	Gemeenschappelijk Administratie Kantoor
GGD	Gemeentelijk Geneeskundige Dienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
I.SZW	Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid
JWL	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
KNV	Koninklijk Nederlands Vervoer
KRA	Kaderregeling Arbeidsinpassing
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVSG	Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MBRT	HBO-Opleiding voor Medische Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken
NAP	Nederlands Ambulance Platvorm
NVBW	Nederlandse Vereniging voor Beschermd Wonen
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomstandigheden
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde
NOV	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NOVON	Nederlandse onafhankelijke vakbond voor de overheids- en non-profit sector
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVE	Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
NVGGz	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist

NVOM	Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthoptisten
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NZF	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBRL	Stichting Raad Beroepsopleiding Radiologisch Laboranten
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
RvB	Research voor Beleid BV
SBA	Stichting Bedrijfsfonds Apotheken
SBI	Standaard Bedrijfs Indeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SGRC	Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten
SPMA	Stichting Pensioenfonds Medewerkers Apotheken
SRC	Specialisten Registratie Commissie
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
STOAS	Bureau Arbeidsmarktonderzoek STOAS
SWG	Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen
SOVAM	Stichting Vakopleiding Ambulancehulpverlening
SOZAWE	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
VU	Vrije Universiteit Amsterdam
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WEP	Werkervaringsplaatsen
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad

## **BIJLAGE 1**

In deze bijlage worden de tabellen gepresenteerd die de basis vormen voor de geschreven hoofdstukken en de grafische presentaties.





Tabel 1.: Aantal vacatures, werkzamen en vacaturegraad\* naar sector

	1992	1993	1994
<b>Gezondheids- en veterinaire diensten</b>			
Aantal vacatures	4.900	3000	3500
Aantal werkzamen	472.000	481000	478000
Vacaturegraad	1,0%	0,6%	0,7%
<b>Maatschappelijke dienstverlening</b>			
Aantal vacatures	3.200	2.100	2.200
Aantal werkzamen	263.000	260.000	270.000
Vacaturegraad	1,2%	0,8%	0,8%
<b>Zorgsector</b>			
Aantal vacatures	8.100	5.100	5.700
Aantal werkzamen	735.000	741.000	748.000
Vacaturegraad	1,1%	0,7%	0,8%
<b>Nederland**</b>			
Aantal vacatures	58.200	33.500	39.400
Aantal werkzamen	4.996.000	5.006.000	5.005.000
Vacaturegraad	1,2%	0,7%	0,8%

\* Aantal vacatures in een sector gedeeld door het aantal werkzamen in de sector vermenigvuldigd met 100%.

\*\* Exclusief overheid en onderwijs.

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking en vacature-enquête.

Tabel 2.: Het ziekteverzuim in de zorgsector (exclusief bevallingsverlof).

	1992	1993	1994	index (1993=100)
Ziekenhuizen	5.5	5.8	5.3	91
Psychiatrische ziekenhuizen	6.2	6.6	6.0	91
Zwakzinnigen-inrichtingen	6.1	6.4	6.0	94
Verpleeghuizen	7.3	7.5	6.7	89
Intramuraal	6.2	6.5	5.9	91
Artsenpraktijken	5.0	3.1	2.4	77
Tandartspraktijken	6.1	3.7	2.8	76
Verloskundigen en zelfst. verpl.k.	5.1	4.4	2.5	57
Ov. medische dienstverl. inst	5.9	5.9	5.0	85
Fysiotherapeuten	5.0	3.2	2.4	75
Apotheken	5.2	3.8	3.2	84
Overige gezondheidszorg	5.6	4.5	3.5	78
Wijkverpleging en kruisverenigingen	5.7	6.9	5.8	84
Bejaardenhuizen	6.7	6.6	5.7	86
Teh. en dagverbl. voor gehandicapten	6.2	6.7	5.8	87
Soc. med. psych. en pedag. diensten	5.8	6.0	5.6	93
Maatschappelijke organaties	7.4	7.6	6.9	91
Gezinsverzorging en bejaardenhulp	9.8	9.9	8.5	86
Consumentenvoorlichting en gezinsdiensten	4.9	4.8	4.5	94
Maatschappelijke dienstverlening	7.1	7.3	6.3	86
Totaal zorgsector	6.4	6.4	5.6	88

Bron: BVG.

Tabel 3.: Aantal werkzame personen naar zorgsector vanaf 1990.

	1990	1991	1992	1993
<b>Ziekenhuizen</b>				
- algemeen	130.756	134.732	138.377	141.006
- categoriaal	11.249	11.247	11.785	11.940
- academisch	34.520	35.911	35.803	36.319
Totaal ziekenhuizen	176.525	181.890	185.965	189.265
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>				
- psychiatrische ziekenhuizen	35.966	37.623	38.916	39.958
- instellingen amb. geest.	7.862	8.259	8.352	8.592
- RIBW/herstellingsoorden	2.182	2.444	2.718	3.015
Totaal geestelijke gezondheidszorg	46.010	48.326	49.986	51.565
<b>Gehandicaptenzorg</b>				
- instellingen verstandelijk gehandicapten	42.036	43.997	46.155	48.865
- instellingen zintuiglijk gehandicapten	1.405	1.429	1.484	1.653
- MKD/MKT	3.103	3.204	3.542	3.658
- SPD	1.320	1.510	1.580	1.635
- GVT/DVO <sup>1</sup>	15.650	16.260	16.960	17.620
Totaal gehandicaptenzorg	63.514	66.400	69.721	73.431
<b>Ouderenzorg</b>				
- bejaardenoorden	81.961	86.228	83.079	82.960
- verpleeghuizen	83.200	86.883	91.037	94.308
Totaal ouderenzorg	165.161	173.111	174.116	177.268
<b>Thuiszorg</b>				
- kruisorganisaties	16.758	17.750	18.320	20.561
- gezinsverzorging <sup>2</sup>	108.418	111.190	113.330	115.966
- kraamcentra	6.448	6.664	6.544	6.794
Totaal thuiszorg	131.624	135.604	138.194	143.321
<b>Totaal</b>	<b>582.834</b>	<b>605.332</b>	<b>617.982</b>	<b>634.850</b>

<sup>1</sup> Schatting voor 1990, 1991, 1992 en 1993 op basis van de parttime-factor in 1990.

<sup>2</sup> Schatting voor 1991 en 1992 op basis van de parttime-factor in 1990 en 1993.

Bronnen: NZi, VWS, CBS, SOMMA, FIAD, LVT, NcGv.

Tabel 4.: Aantal arbeidsplaatsen voor zorgsector vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993
<b>Ziekenhuizen</b>				
- algemeen	100.098	100.923	102.130	102.520
- categoriaal	8.625	8.577	8.880	8.596
- academisch	29.064	28.934	29.665	30.043
Totaal ziekenhuizen	137.787	138.434	140.675	141.159
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>				
- psychiatrische ziekenhuizen	28.228	29.157	29.781	29.907
- instellingen amb. geest.	5.758	6.014	6.114	6.275
- RIBW/herstellingsoorden	1.649	1.845	1.940	2.135
Totaal geestelijke gezondheidszorg	35.635	37.016	37.835	38.317
<b>Gehandicaptenzorg</b>				
- instellingen verstandelijk gehandicapten	32.377	33.041	34.184	34.816
- instellingen zintuiglijk gehandicapten	1.110	1.123	1.139	1.221
- MKD/MKT	2.025	2.065	2.234	2.246
- SPD	843	944	1.010	1.045
- GVT/DVO	12.699	13.195	13.765	14.301
Totaal gehandicaptenzorg	49.054	50.368	52.332	53.629
<b>Ouderenzorg</b>				
- bejaardenoorden	53.858	53.955	54.980	54.343
- verpleeghuizen	58.881	60.041	61.334	62.381
Totaal ouderenzorg	112.739	113.996	116.314	116.724
<b>Thuiszorg</b>				
- kruisorganisaties	11.630	11.848	12.085	12.406
- gezinsverzorging	40.606	40.757	40.678	40.773
- kraamcentra	5.883	6.107	6.101	5.579
Totaal thuiszorg	58.119	58.712	58.864	58.758
<b>Totaal</b>	<b>393.334</b>	<b>398.526</b>	<b>406.020</b>	<b>408.587</b>

Bronnen: NZi, WWS, CBS, SOMMA, FIAD, LVT, NcGv.

Tabel 5.: Aantal werkzame beroepsbeoefenaren vanaf 1990

	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Medische beroepen</b>					
- huisartsen (1)	6.465	6.535	6.595	6.649	6.753
- specialisten (2)*	8.250	8.721	9.070	8.794	.
- artsen sociale gezondheidszorg (3)	3.181	3.432	3.565	.	3.875
- verpleeghuisartsen (4)	.	.	680	.	.
- tandartsen (5)	7.544	7.377	7.210	7.258	7.328
- tandartsspecialisten (6)	.	.	.	.	430
- apothekers (7)	1.950	2.035	2.143	2.222	2.248
- verloskundigen (8)	1.122	1.164	1.203	1.234	1.276
<b>Paramedische beroepsgroepen</b>					
- fysiotherapeuten (extramuraal) (9)	10.808	11.102	11.400	11.545	11.701
- fysiotherapeuten (intramuraal) (10)	.	.	.	3.800	.
- ergotherapeuten (11)	1.210	1.313	1.368	1.509	1.576
- logopedisten (12)	3.332	3.626	3.599	3.471	3.589
- diëtisten (13)	2.273	2.150	2.337	2.306	2.201
- mondhygiënisten (14)	1.068	1.135	1.178	1.278	1.278
- oefentherapeuten-Cesar (15)	717	744	783	795	793
- oefentherapeuten-Mensendieck (16)	799	831	853	860	851
- orthoptisten (17)	243	258	268	269	268
- podotherapeuten (18)	133	150	170	200	228
- radiologische laboranten (19)	.	.	.	.	.
<b>Verplegende en verzorgende beroepen</b>					
- verpleegkundige/verzorgende (intramuraal) (20)	180.217	191.554	198.719	205.737	.
- verpleegkundige (extramuraal) (21)	8.575	9.009	8.956	9.236	.
- ziekenverzorgende (extramuraal) (22)	2.219	2.686	2.933	3.093	.
- kraamverzorgenden (23)	5.299	5.339	5.202	5.590	.
- gezinsverzorgenden/gezinshelpenden (24)	100.800	101.200	101.000	98.000	.
<b>Assisterende beroepen</b>					
- apothekersassistenten (25)	10.303	10.881	11.534	12.259	12.661
- doktersassistenten (26)	.	.	.	.	.
- tandartsassistenten (27)	.	.	.	.	.
- operatie assistenten (28)	6.687	.	6.885	.	7.066
- medisch analisten (HBO-niveau) (29)	6.021	.	.	6.567	.
- medisch analisten (MBO-niveau) (30)	2.321	.	.	2.538	.

Bron: NIVEL (1, 8, 9), NZi (2, 4, 10, 19, 20, 28, 29, 30), CBS (21, 22, 23, 24), SGRC (3), NMT (5, 6), KNMP (7, 25), NVE (11), NVLF (12), NVD (13), NVM (14), VBC (15), NVOM (16), NVvO (17), NVvP (18).

\* Specialisten met een contract met een ziekenfonds (bron: Beekmans e.a., 1994/VNZ).

Tabel 6.: Totaal aantal personen in opleiding per 31 december

	1990	1991	1992	1993	1994	% mutatie '94 t.o.v. '90
<b>Medische opleidingen</b>						
- geneeskunde (1)	11.006	10.817	10.717	10.983	11.311	+ 2,8%
- tandheekunde (2)	819	788	861	915	981	+ 19,7%
- farmacie (apotheker) (3)	1.237	1.332	1.304	1.385	1.564	+ 26,4%
- verloskunde (4)	197	211	230	255	285	+ 44,7%
<b>Totaal</b>						
<b>Paramedische opleidingen</b>						
- fysiotherapie (5)	5.317	4.928	4.715	4.765	4.714	- 11,3%
- ergotherapie (6)	630	587	575	623	801	+ 27,1%
- logopedie (7)	1.669	1.473	1.361	1.297	1.267	- 24,1%
- diëtetiek (8)	1.042	1.020	1.036	1.085	1.186	+ 13,7%
- mondhygiëne (9)	205	224	251	266	374	+ 82,4%
- oefentherapie-Cesar (10)	206	208	213	211	211	+ 2,4%
- oefentherapie-Mensendieck (11)	215	196	200	209	215	-
- orthoptiek (12)	32	41	52	65	72	+ 125%
- podotherapie (13)	83	86	98	104	97	+ 16,9%
- radiologische laborant (14)						
<b>Subtotaal</b>						
<b>Verplegende beroepen</b>						
- verpleegkundige-A (15)	12.941	11.907	11.339	10.731		
- verpleegkundige-B (16)	2.608	2.766	2.612	2.546		
- verpleegkundige-Z (17)	4.566	4.117	4.150	4.214		
- ziekenverzorgenden (18)	8.427	8.203	8.112	7.676		
<b>Totaal in-service</b>						
	27.872	26.993	26.213	25.167		
<b>HBO-V (voltijd) (19)</b>						
	8.177	8.210	7.971	8.024	8.265	+ 1,1%
<b>MDGO-VP (20)</b>						
	2.793	3.487	3.735	4.102	4.168	+ 49,2%
<b>Totaal dagonderwijs</b>						
	10.970	11.697	11.706	12.126	12.433	
<b>Totaal</b>						
	38.842	38.690	37.519	37.293		
<b>Verzorgende beroepen</b>						
<b>OVDB</b>						
- bejaardenverzorgenden (21)	2.295	2.651	2.734	2.493	2.150	- 6,3%
- bejaardenhelpenden (22)	908	774	674	572	600	- 33,9%
- gezinsverzorgenden (23)	1.760	1.928	1.915	1.830	1.216	- 30,9%
- gezinshelpenden (24)	731	634	546	330	254	- 65,3%
- kraamverzorgenden (25)	126	272	228	168	132	- 4,8%
- verzorgingsassistenten (26)	2.008	1.601	1.298	992	262	- 87,0%
<b>Totaal leerlingstelsel</b>						
	7.828	7.860	7.395	6.385	4.614	- 41,1%
<b>MDGO-Vz lang (27)</b>						
	12.309	12.096	11.665	11.115	10.814	- 12,1%
<b>MDGO-Vz kort (28)</b>						
	1.861	2.782	3.287	4.001	4.402	+ 36,5%
<b>Totaal</b>						
	21.998	22.738	22.347	21.501	19.830	- 9,8%

Bron: CBS (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8), KNMP (3), VWS (9), Opleidingsinstituten (10, 11, 12, 13), NZi/VWS/OCW (15, 16, 17, 18, 19, 20), OVDB/CBS (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

Tabel 7.: *Werkende personen zorgberoepen\* en op de Nederlandse arbeidsmarkt naar geslacht, vanaf 1990, jaargemiddelden*

	1990	1991	1992	1993	1994
	x 1000				
<b>Medische beroepen</b>					
Mannen	25	29	31	28	29
Vrouwen	11	10	7	15	13
Totaal	36	39	38	43	42
<b>Paramedische beroepen</b>					
Mannen	13	11	11	14	14
Vrouwen	33	37	30	30	29
Totaal	46	48	41	44	43
<b>Verplegende en verzorgende beroepen</b>					
Mannen	33	40	37	40	40
Vrouwen	266	296	271	275	271
Totaal	299	336	309	315	311
<b>Assisterende beroepen</b>					
Mannen					
Vrouwen	33	29	33	32	34
Totaal	35	30	34	32	35
<b>Totaal zorgberoepen</b>					
Mannen**	71	80	79	82	83
Vrouwen	343	373	342	352	347
Totaal	416	454	422	434	431
<b>Nederland</b>					
Mannen	3.686	3.732	3.781	3.771	3.747
Vrouwen	1.958	2.057	2.105	2.154	2.172
Totaal	5.644	5.789	5.886	5.925	5.919

\* Werkenden in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.

\*\* Onderschatting van maximaal 5 doordat gegevens van mannelijke assistenten ontbreken.

< 5.

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.

Tabel 8.: *Werkende personen in de zorgberoepen\* en op de Nederlandse arbeidsmarkt naar etniciteit, vanaf 1990, jaargemiddelden*

	1990	1991	1992	1993	1994
	x 1000				
<b>Zorgberoepen</b>					
Autochtoon	392	426	393	408	401
Allochtoon	25	28	28	26	30
<b>Totaal</b>	<b>417</b>	<b>454</b>	<b>421</b>	<b>434</b>	<b>431</b>
<b>Waarvan vrouwen:</b>					
Autochtoon	323	350	323	334	326
Allochtoon	20	23	20	18	21
<b>Totaal</b>	<b>343</b>	<b>373</b>	<b>343</b>	<b>352</b>	<b>347</b>
<b>Nederland</b>					
Autochtoon	5.233	5.360	5.438	5.452	5.435
Allochtoon	411	430	448	473	484
<b>Totaal</b>	<b>5.644</b>	<b>5.790</b>	<b>5.886</b>	<b>5.925</b>	<b>5.920</b>

\* Werkenden in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.  
Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.

Tabel 9.: *Werkende personen in de zorgberoepen\* en op de Nederlandse arbeidsmarkt naar etniciteit, vanaf 1990, jaargemiddelden*

	1990	1991	1992	1993	1994
	x 1000				
<b>Verplegende en verzorgende beroepen</b>					
Autochtoon	283	315	289	298	290
Allochtoon	16	21	20	17	21
<b>Totaal</b>	<b>299</b>	<b>336</b>	<b>309</b>	<b>315</b>	<b>311</b>
<b>Totaal zorgberoepen</b>					
Autochtoon	392	426	393	408	401
Allochtoon	25	28	28	26	30
<b>Totaal</b>	<b>417</b>	<b>454</b>	<b>421</b>	<b>434</b>	<b>431</b>
<b>Nederland</b>					
Autochtoon	5.233	5.360	5.438	5.452	5.435
Allochtoon	411	430	448	473	484
<b>Totaal</b>	<b>5.644</b>	<b>5.790</b>	<b>5.886</b>	<b>5.925</b>	<b>5.920</b>

\* Werkenden in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.  
Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.



Tabel 10.: *Werkende personen in de zorgberoepen\* en op de Nederlandse arbeidsmarkt naar leeftijd, vanaf 1990, jaargemiddelden*

Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
	x 1000				
<b>Medische beroepen</b>					
15-24 jaar	.	.	.	.	.
25-34 jaar	12	14	10	11	10
35-44 jaar	16	15	16	17	16
45-54 jaar	6	7	9	11	12
55-64 jaar	.	.	.	.	.
Totaal	36	39	38	43	42
<b>Paramedische beroepen</b>					
15-24 jaar	6	8	5	.	.
25-34 jaar	20	23	16	19	18
35-44 jaar	14	13	13	15	16
45-54 jaar	6	.	7	6	.
55-64 jaar	↓	.	↓	.	.
Totaal	46	48	41	44	43
<b>Verplegende en verzorgende beroepen</b>					
15-24 jaar	67	72	58	54	48
25-34 jaar	120	135	120	117	112
35-44 jaar	71	86	88	91	95
45-54 jaar	34	36	36	45	46
55-64 jaar	8	7	7	8	10
Totaal	300	336	309	315	311
<b>Assisterende beroepen</b>					
15-24 jaar	11	8	8	9	9
25-34 jaar	13	12	12	12	13
35-44 jaar	5	7	8	7	7
45-54 jaar	5	.	6	.	.
55-64 jaar	↓	.	↓	.	.
Totaal	34	30	34	32	35
<b>Nederland</b>					
15-24 jaar	973	950	927	871	819
25-34 jaar	1.773	1.835	1.877	1.903	1.877
35-44 jaar	1.561	1.606	1.601	1.598	1.609
45-54 jaar	978	1.054	1.129	1.208	1.255
55-64 jaar	359	345	352	345	360
Totaal	5.644	5.790	5.885	5.925	5.920

↓ Het cijfer dat hierboven staat is het totaal van de categorieën 45-54 jaar en 55-64 jaar.

\* Werkenden in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.

. < 5.

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.

Tabel 11.: *Werkende personen in de zorgberoepen\* en op de Nederlandse arbeidsmarkt naar arbeidsduur, vanaf 1990, jaargemiddelden*

Arbeidsduur	1990	1991	1992	1993	1994
	x 1000				
<b>Zorgberoepen</b>					
12-34 uur	210	242	235	244	247
>35 uur (35-44 uur+onbekend, voor medici)	199	203	185	191	186
<b>Totaal</b>	<b>409</b>	<b>445</b>	<b>420</b>	<b>434</b>	<b>431</b>
<b>Nederland</b>					
12-34 uur	1.365	1.465	1.435	1.498	1.569
>35 uur	4.279	4.324	4.451	4.428	4.351
<b>Totaal</b>	<b>5.644</b>	<b>5.790</b>	<b>5.885</b>	<b>5.925</b>	<b>5.920</b>

\* Werkenden in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.  
Bron: CBS, Vacature-enquête.

Tabel 12.: *Werkende personen in de zorgberoepen\* en op de Nederlandse arbeidsmarkt naar arbeidsduur, vanaf 1990, jaargemiddelden*

Arbeidsduur	1990	1991	1992	1993	1994
	x 1000				
<b>Medische beroepen</b>					
20-34 uur	6	7	6	11	8
35-44 uur + onbekend** of >35 uur	30	32	32	32	34
<b>Totaal</b>	<b>36</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>43</b>	<b>42</b>
<b>Paramedische beroepen</b>					
12-34 uur	22	26	26	23	22
>35 uur	20	18	15	21	22
<b>Totaal</b>	<b>42</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>44</b>	<b>43</b>
<b>Verplegende en verzorgende beroepen</b>					
12-34 uur	165	193	186	191	196
>35 uur	132	140	121	124	116
<b>Totaal</b>	<b>297</b>	<b>333</b>	<b>307</b>	<b>315</b>	<b>311</b>
<b>Assisterende beroepen</b>					
12-34 uur	17	16	17	19	21
>35 uur	17	13	17	14	14
<b>Totaal</b>	<b>34</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>35</b>
<b>Totaal zorgberoepen</b>					
12-34 uur	210	242	235	244	247
>35 uur (35-44 uur+onbekend, voor medici)	199	203	185	191	186
<b>Totaal</b>	<b>409</b>	<b>445</b>	<b>420</b>	<b>434</b>	<b>431</b>
<b>Nederland</b>					
12-34 uur	1.365	1.465	1.435	1.498	1.569
35-44 uur	4.279	4.324	4.451	4.428	4.351
<b>Totaal</b>	<b>5.644</b>	<b>5.790</b>	<b>5.885</b>	<b>5.925</b>	<b>5.920</b>

\* Werkenden in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.

\*\* Vanaf 1993 zijn de categorieën veranderd. Uit die gegevens blijkt dat de onbekenden in 1990 tot en met 1992 waarschijnlijk de medici zijn die meer dan 44 uur per week werken.

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.

Tabel 13.: Vacaturegegevens verplegende en verzorgende beroepen, vanaf 1990, jaargemiddelden

	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Verplegende en verzorgende beroepen</b>					
Aantal vacatures	6.100	5.100	3.900	2.200	2.400
waarvan:					
Vacature $\geq$ 20 uur	4.600	3.900	3.000	1.400	1.800
Moeilijk vervulbaar	3.400	2.300	1.500	300	300
<b>Nederland</b>					
Aantal vacatures	104.700	86.500	58.200	33.500	39.400
waarvan:					
Vacature $\geq$ 20 uur	86.100	69.500	45.300	25.000	30.600
Moeilijk vervulbaar	49.300	36.900	20.500	6.100	7.900

Bron: CBS, Vacature enquête.

Tabel 14.: Vacaturegraad\* verplegende en verzorgende beroepen vergeleken met de Nederlandse arbeidsmarkt

	1992	1993	1994
<b>Verplegende en verzorgende beroepen</b>			
Aantal vacatures	3.900	2.200	2.400
Aantal werkzamen	309.000	315.000	311.000
Vacaturegraad	1,3%	0,7%	0,8%
<b>Nederland**</b>			
Aantal vacatures	58.200	33.500	39.400
Aantal werkzamen	4.996.000	5.006.000	5.005.000
Vacaturegraad	1,2%	0,7%	0,8%

\* Aantal vacatures in een sector gedeeld door het aantal werkzamen in de sector vermenigvuldigd met 100%.

\*\* Exclusief overheid en onderwijs.

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking en vacature-enquête.

