

## BRANCHERAPPORT CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

Waarin opgenomen:

D. de Bakker, F. Kok, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. De Jonge:  
Productie in de huisartspraktijk 1995/1996. LINH (samenwerkingsverband van: LHV, NHG, NIVEL, WOK)



NIVEL/NZi  
September 1996

**NIVEL:**  
D.M.J. Delnoij  
R. Schuller  
C.M. van Heugten

Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN UTRECHT  
Tel. 030-2319946  
Fax 030-2319290

**NZi:**  
A.J.J. van der Kwartel  
R.L.C. Smit  
L.J.R. Vandermeulen

Oudlaan 4  
Postbus 9697  
3506 GR Utrecht  
Tel. 030-2739700  
Fax 030-2739560

ISBN 90-6905-301-2  
Tekstverwerking/lay-out  
Omslag

Ria Karamat Ali, Bernadette Kamphuys  
Mieke Cornelius

## INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING EN SAMENVATTING	7
1.1	Relevante algemene ontwikkelingen in de somatisch curatieve zorg	7
1.2	Doel en achtergronden van de studie	9
1.3	Methode	10
1.4	Opbouw van het rapport	11
2	MEDISCHE EN TANDHEELKUNDIGE ZORG	12
2.1	De huisarts	12
2.1.1	Regulering, financiering en verzekering	12
2.1.2	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	13
2.1.3	Aanbod van zorg in cijfers	15
2.1.4	Afstemming van het aanbod op de vraag	17
2.1.5	Kosten van zorg in cijfers	17
2.1.6	Ontwikkelingen en signaleringen	18
2.2	De medisch specialist	21
2.2.1	Regulering, financiering en verzekering	21
2.2.2	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	22
2.2.3	Aanbod van zorg	29
2.2.4	Afstemming van het aanbod op de vraag	32
2.2.5	Kosten van zorg in cijfers	34
2.2.6	Ontwikkelingen en signaleringen	36
2.3	Het ziekenhuis	37
2.3.1	Regulering, financiering en verzekering	37
2.3.2	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	38
2.3.3	Aanbod van zorg in cijfers	43
2.3.4	Afstemming van het aanbod op de vraag	49
2.3.5	Kosten van zorg in cijfers	57
2.3.6	Ontwikkelingen en signaleringen	58
2.4	De tandarts	61
2.5	Ziekenvervoer	63
2.6	Onderlinge relaties in de medische sector	66
2.6.1	Relatie huisarts-specialist	66
2.6.2	De relatie medisch specialist - ziekenhuis	75
2.6.3	De relatie verpleging - ziekenhuis	78
2.6.4	Relatie huisarts - ziekenhuis	78
3.	VERLOSKUNDIGE ZORG	80
3.1	Verloskundige zorg verleend door verloskundigen, huisartsen en obstetrici	80
3.1.1	Regulering, financiering en verzekering	80
3.1.2	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	81
3.1.3	Aanbod van zorg in cijfers	84
3.1.4	Afstemming van het aanbod op de vraag	86
3.1.5	Kosten van zorg in cijfers	87
3.1.6	Ontwikkelingen en signaleringen	87

3.2	Kraamzorg	89
3.2.1	Regulering, financiering en verzekering	89
3.2.2	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	89
3.2.3	Aanbod van zorg in cijfers	90
3.2.4	Afstemming van het aanbod op de vraag	90
3.2.5	Kosten van zorg in cijfers	91
3.2.6	Ontwikkelingen en signaleringen	92
3.3	Onderlinge relaties binnen de verloskundige zorg	92
3.3.1	Inleiding	92
3.3.2	Relaties binnen de eerste lijn	93
3.3.3	Relatie eerste-tweedelijnsverloskunde	94
4	THUISZORG	98
4.1	Regulering, financiering en verzekering	98
4.2	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	100
4.3	Aanbod van zorg in cijfers	103
4.4	Afstemming van het aanbod op de vraag	105
4.5	Kosten van zorg in cijfers	106
4.6	Ontwikkelingen en signaleringen	107
4.7	Onderlinge relaties in sector Verpleging & Verzorging	115
5	PARAMEDISCHE ZORG	117
5.1	Paramedische beroepen: wettelijk en financieel kader	117
5.1.1	Regulering, financiering en verzekering	117
5.2	De fysiotherapeut	123
5.2.1	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	123
5.2.2	Aanbod van zorg in cijfers	124
5.2.3	Afstemming van het aanbod op de vraag	126
5.3	De ergotherapeut	127
5.3.1	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	127
5.3.2	Aanbod van zorg in cijfers	127
5.3.3	Afstemming van het aanbod op de vraag	129
5.4	De logopedist	129
5.4.1	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	129
5.4.2	Aanbod van zorg in cijfers	130
5.4.3	Afstemming van het aanbod op de vraag	131
5.5	De oefentherapeut	131
5.5.1	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	131
5.5.2	Aanbod van zorg in cijfers	132
5.5.3	Afstemming van het aanbod op de vraag	134
5.6	De diëtist	134
5.6.1	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	134
5.6.2	Aanbod van zorg in cijfers	134
5.6.3	Afstemming van het aanbod op de vraag	135
5.7	Overige paramedische beroepen	135
5.7.1	Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers	135
5.7.2	Aanbod van zorg in cijfers	136
5.7.3	Afstemming van het aanbod op de vraag	138

5.8	Paramedische beroepen: kosten, ontwikkelingen, signaleringen	139
5.8.1	Kosten van zorg in cijfers	139
5.8.2	Ontwikkelingen en signaleringen	141
5.9	Onderlinge relaties in de paramedische sector	145
6	SAMENHANG EN SAMENWERKING	147
6.1	Relaties tussen de medische sector en V&V	147
6.1.1	Inleiding	147
6.2	Relaties tussen de medische en paramedische sector	148
6.3	Relaties tussen Verpleging en Verzorging en de paramedische sector	148
6.4	Transmurale zorg	159
7	RELATIES MET ZORGVERZEKERAARS	163
7.1	De relatie huisarts-verzekeraar	163
7.2	De relatie specialist/ziekenhuis en verzekeraar	165
7.3	De relatie verloskundige-verzekeraar	171
7.4	De relatie thuiszorg-verzekeraar	173
7.5	De relatie ziekenhuis-verzekeraar	174
7.6	De relaties paramedici-verzekeraar	175
8	CONCLUSIE	177
8.1	Inleiding	177
8.2	Een kwantitatief overzicht	177
8.3	Integratie, concurrentie en financieringsschotten	179
8.4	Informatievoorziening	183
	LITERATUUR EN BRONNEN	189
	LIJST VAN AFKORTINGEN	198
	BIJLAGE: Productie in de huisartspraktijk 1995/1996	201



# 1 INLEIDING

## 1.1 Relevante algemene ontwikkelingen in de somatisch curatieve zorg

Dit brancherapport geeft een zo volledig mogelijk overzicht van de somatisch curatieve zorg. Het is niet eenvoudig om een eenduidige definitie te geven van welke zorg tot de somatisch-curatieve behoort. Zo kan bijvoorbeeld de thuiszorg deels tot het terrein van de ouderenzorg worden gerekend en deels tot het terrein van de somatisch curatieve zorg. In dit rapport wordt bedoeld met somatisch curatieve zorg die zorgvormen die onder de directie Curatieve Somatische Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport vallen. Het brancherapport dekt daarmee de zorgclusters medische zorg (huisartsen, tandartsen, specialisten, ziekenhuizen en ziekenvervoer); verloskundige zorg (verloskundigen, huisartsen, gynaecologen/obstetici, kraamzorg); thuiszorg (wijkverpleging en gezinsverzorging); en paramedische zorg (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten, diëtisten en overige paramedici, intramuraal en extramuraal).

De ontwikkelingen in de somatisch curatieve zorg spelen zich uiteraard niet in het luchtledige af. Een aantal meer algemene ontwikkelingen is van invloed op wat er in de curatieve somatische zorg gebeurt. In de eerste plaats 'grenst' de sector aan de GGZ en aan de ouderenzorg. Met name de ontwikkelingen in de ouderenzorg kunnen hun weerslag hebben op de somatisch curatieve sector. Zo kunnen bijvoorbeeld capaciteitsproblemen in de verpleeghuizen en bejaardenoorden leiden tot verkeerde problematiek en een groter beroep op de thuiszorg. Belangrijke ontwikkelingen in de ouderenzorg zijn gebaseerd op de aanbevelingen van de Commissie modernisering ouderenzorg. In dat kader worden per 1 januari 1997 de bejaardenoorden integraal ondergebracht in de AWBZ, waarbij de financiering in eerste instantie op basis van een subsidieregeling gaat plaatsvinden (Tweede Kamer, 1994-1995a). De financieringsschotten tussen thuiszorg, bejaardenoorden en verpleeghuizen komen daarmee te vervallen. Het schot tussen verpleeghuis en ziekenhuis blijft echter overeind.

In de tweede plaats wordt de somatisch curatieve zorg beïnvloed door de maatregelen die ten aanzien van het verzekeringssysteem worden genomen. In de nota 'Zorg in het regeerakkoord' (Tweede Kamer, 1994-1995b) wordt voor het verzekeringsstelsel een ordening in drie compartimenten aangekondigd. Het eerste compartiment moet langdurige zorg en particulier onverzekerbare risico's gaan omvatten en zal gefinancierd worden via de AWBZ. Het tweede compartiment betreft een door de overheid vastgesteld pakket aan zorgaanspraken uitgaande van het ZFW/WTZ-pakket. Het derde compartiment bevat alle zorg die niet tot compartiment 1 of 2 behoort. Het gaat daarbij om puur private aangelegenheden. Verzekeraars mogen hiervoor verzekeringen aanbieden, maar zijn vrij in het bepalen van de premiehoogte en overige verzekeringsnormen.

De financiële sturing van het tweede compartiment zal geschieden door middel van verzekeraarsbudgettering. Deze budgettering betreft het variabele deel van het budget ziekenhuisverpleging (op de vaste kosten hebben verzekeraars nauwelijks invloed) en overige verstrekkingen. De budgettering zal stapsgewijs zijn beslag krijgen en dient in 1998 voltooid te zijn door het vereveningspercentage tot nul terug te brengen. Een andere instrument ten behoeve van het sturen van de zorg wordt verzekeraars in handen gegeven via de voorgenomen flexibilisering van de Ziekenfondswet, waardoor

verzekeraars binnen bepaalde grenzen geld van de ene verstrekking mogen gaan overhevelen naar een andere verstrekking.

In de derde plaats heeft zich een aantal belangrijke ontwikkelingen voltrokken op het gebied van de wetgeving. Het gaat daarbij om de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

De WGBO regelt de betrekkingen tussen hulpverlener en patiënt. De wet omvat bepalingen met betrekking tot de toestemming van patiënten tot het uitvoeren van verrichtingen, het recht op inzage in het medisch dossier en dergelijke. Een vrij sterke nadruk ligt bovendien op de informatieplicht van de hulpverlener. Artikel 448, lid 1 luidt: De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De hulpverlener licht een patiënt die de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt op zodanige wijze in als past bij zijn bevattingsvermogen.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt met name eisen aan de organisatie van de zorg. De instelling dient verantwoorde zorg aan te bieden, dat wil volgens Artikel 2 van de wet zeggen: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. De instelling dient de zorgverlening in kwalitatief en kwantitatief opzicht op een zodanige manier te organiseren, dat dit resulteert in verantwoorde zorg. Zo verplicht Artikel 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen de instelling bijvoorbeeld tot systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Ook de Wet BIG is een kwaliteitswet. Haar regels hebben als gemeenschappelijke doelstelling de bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en de bescherming van de patiënt tegen ondeskundig handelen van beroepsbeoefenaren (Bersee & Pluimakers, 1993). De wet richt zich vooral op de individuele gezondheidszorg, dat wil zeggen de zorg die rechtstreeks is gericht op een persoon, en regelt geen onderwerpen zoals de tarieven en arbeidsrechtelijke voorwaarden, die al dan niet voor bepaalde verrichtingen zijn opgenomen in het ziekenfondspakket. De Wet BIG komt in plaats van alle bestaande wettelijke beroepsregelingen.

Met de invoering van de Wet BIG wordt niet het verrichten van alle geneeskundige handelingen voorbehouden aan bepaalde beroepsbeoefenaren, maar gaat het erom dat het voeren van bepaalde titels wordt voorbehouden aan die beroepsbeoefenaren die daadwerkelijk deskundig zijn op het terrein waarop de titel betrekking heeft. Het stelsel van beroepsbescherming vervalt; wel wordt dus voor een beperkt aantal beroepen een systeem van titelbescherming ingevoerd.

De beroepen in de individuele gezondheidszorg kunnen volgens de Wet BIG op twee verschillende manieren worden geregeld. Ten eerste is er een regeling bij wet, de artikel 3-regeling. Ten tweede is er een regeling bij Algemene Maatregel van Bestuur, de artikel 34-regeling. Voor de beroepen die onder artikel 3 gaan vallen - dus bij wet worden geregeld - zijn andere wettelijke instrumenten van toepassing dan bij de beroepen die onder artikel 34 worden geregeld.

De Wet BIG kan gezien de complexiteit ervan niet in een keer worden ingevoerd. Voor de inwerkingtreding moeten er veel uitvoeringsregelingen getroffen worden, zoals de registratie van alle onder de wet vallende beroepsbeoefenaren. De invoering zal stapsgewijs plaatsvinden en zal vanaf 1994 bijna vier jaar in beslag nemen. Dit betekent in de praktijk dat de wet niet voor alle beroepsgroepen op hetzelfde moment in werking zal treden. Bij het in werking treden van de Wet BIG is sprake van een overgangperiode.



In de vierde plaats kan worden geconstateerd dat de overheid zich enigszins wil terugtrekken uit het veld. Steeds meer worden zaken overgelaten aan partijen in het veld, die op regionaal of lokaal niveau tot afspraken komen. De zogeheten lokale initiatieven' van ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars zijn daarvan een goed voorbeeld (zie hoofdstuk 2).

## 1.2 Doel en achtergronden van de studie

Het terugtreden van de overheid neemt niet weg dat de overheid een monitorende functie blijft behouden ten aanzien van de zorg. Om de ontwikkelingen in de zorg te volgen en waar nodig bij te sturen is informatie nodig. In de Nota Gezond en Wel en de daarop aansluitende brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Tweede Kamer (VWS, 23 oktober 1995) worden de hoofdlijnen geschetst van het toekomstig informatiebeleid van het ministerie. In Gezond en Wel (Tweede Kamer, 1994-1995c) geven de Minister en Staatssecretaris van VWS aan te streven naar drie pijlers voor de informatievoorziening:

- (1) de Volksgezondheid Toekomst Verkenning, waarin een beschrijving wordt gegeven van de staat van de volksgezondheid;
- (2) de Staat van de Gezondheidszorg, waarin informatie moet worden opgenomen over de kwaliteit van de geleverde zorg en de factoren die daarop van invloed zijn;
- (3) een vernieuwd Financieel Overzicht Zorg (FOZ) waarin overzichtsinformatie wordt verschaft over de omvang van het zorggebruik en de werking van het zorgsysteem. Dit vernieuwde FOZ moet tevens een instrument voor beleidsevaluatie zijn. In dat kader moet het FOZ worden omgevormd tot een Jaaroverzicht Zorg (JOZ), met behulp waarvan verantwoording kan worden afgelegd over het gevoerde beleid en waarmee nieuw beleid kan worden onderbouwd. Het JOZ moet op termijn drie functies vervullen: een **beschrijving** van het verleden (aan de hand van cijfers over kosten, financiering, instellingen en beroepsbeoefenaren), een **analyse** van de werking van het zorgstelsel (voor wat betreft de relatie tussen zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten) en een **evaluatie** van beleidsmaatregelen (VWS, 23 oktober 1995).

Binnen het ministerie van VWS wordt dit jaar voor het eerst gewerkt aan de totstandkoming van een JOZ 1997. Het ministerie heeft daartoe bij wijze van pilot gekozen voor het beleidsterrein van de curatieve, somatische zorg en de geneesmiddelenvoorziening. Dit brancherapport dient ter ondersteuning en als achtergrondstudie van de pilot curatieve, somatische zorg. Het rapport beoogt globaal een beschrijving en waar mogelijk een prognose te geven van feiten, ontwikkelingen en knelpunten in de curatieve somatische zorg. De beroepsgroepen of zorgclusters die in het rapport worden behandeld, zijn die groepen die onder de Directie curatieve somatische zorg van het Ministerie van VWS vallen. Met 'feiten' wordt bedoeld een beschrijving van regelgeving en financiering en een overzicht van cijfers over kosten, financiering, instellingen en beroepsbeoefenaren. Tevens wordt aandacht besteed aan de vraag naar en het gebruik van zorg. In het kader van de analyse van de werking van het zorgstelsel, wordt in het brancherapport onder meer ingegaan op de relaties tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en verzekeraars. Ook wordt expliciet aandacht besteed aan knelpunten in de zorg.

Door cijfers over een aantal jaren te presenteren kunnen ontwikkelingen in kaart worden gebracht aan de hand waarvan een globale evaluatie van beleidsmaatregelen mogelijk is. De evaluatie van specifieke beleidsmaatregelen vraagt om aanvullende gegevensverzameling in speciaal daartoe opgezette onderzoeksprojecten. Het uitvoeren van dergelijke evaluaties valt buiten het bestek van dit rapport.

Tandheelkundige zorg en ziekenvervoer vielen in eerste instantie ook buiten het bestek van het brancherapport. In een later stadium is besloten terwille van de volledigheid ook informatie over deze onderdelen van de curatieve somatische zorg in het rapport op te nemen. De gegevens over ziekenvervoer zijn -wellicht arbitrair- als paragraaf weergegeven in hoofdstuk 2 (Medische en tandheelkundige zorg), omdat het in de meeste gevallen vervoer van en naar het ziekenhuis betreft. Financieel en organisatorisch staat het ziekenvervoer echter los van de ziekenhuiszorg.

### 1.3 Methode

Voor het in kaart brengen van de feiten is gebruik gemaakt van bestaande registratiegegevens en inzichten uit onderzoek. Informatiebronnen zijn gegevens van NIVEL en NZi zelf, het CBS, de LVT, SIG Zorginformatie, VWS en dergelijke.

Waar mogelijk zijn cijfers over meerdere jaren gepresenteerd zodat trends zichtbaar worden. Standaard worden (indien beschikbaar) cijfers weergegeven voor de jaren 1992, 1993 en 1994. In deze tijdreeks kunnen recente ontwikkelingen zichtbaar worden gemaakt. Cijfers over het jaar 1995 waren maar in enkele gevallen beschikbaar. Voor de periode 1992-1994 wordt tevens de procentuele en indien relevant ook de absolute groei in kaart gebracht. Voor zover cijfers over 1995 bekend zijn, worden deze in de tabellen vermeld. In verband met de eenduidigheid van de tabellen en om verwarring te voorkomen is ook in de gevallen dat een cijfer voor 1995 beschikbaar is de groei tussen 1992 en 1994 weergegeven.

Door het rapport heen is zoveel mogelijk eenvormigheid betracht in de gepresenteerde gegevens en groeicijfers, om de vergelijkbaarheid van cijfers tussen sectoren te bevorderen.

Voor elke sector worden cijfers gepresenteerd over de vraag naar zorg, het aanbod van zorg, de verhouding tussen vraag en aanbod en de kosten van zorg. Cijfers over de vraag naar zorg betreffen feitelijk het gebruik van zorg, bijvoorbeeld in termen van aantallen contacten of uren hulpverlening. Op basis van cijfers over het gebruik naar leeftijdscategorie zal waar mogelijk een demografische raming worden gegeven van het verwachte gebruik in 1997. Hiervoor zijn gebruikcijfers over 1994 (bijvoorbeeld het aantal cliënten in zorg) gedeeld door bevolkingcijfers van 1994 in verschillende leeftijdscategorieën. Dit cijfer is vervolgens vermenigvuldigd met de prognose van de bevolking per leeftijdscategorie in 1997. Op deze manier is het gebruik van zorg voor 1997 berekend. Bedacht moet worden dat deze berekening enkel is gebaseerd op demografische voorspellingen. De invloed van andere factoren is niet in de berekening meegenomen. Cijfers over het aanbod hebben betrekking op aantallen beroepsbeoefenaren en (indien van toepassing) aantallen instellingen. De gegevens over de beroepsbeoefenaren zijn grotendeels ontleend aan de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ), die eveneens ten behoeve van het JOZ wordt vervaardigd door NZi, NIVEL en OSA. De gegevens die in RAZ zijn opgenomen zijn uiteraard gedetailleerder dan de hier gepresenteerde.

De aansluiting van het aanbod op de vraag wordt voor zover mogelijk op drie manieren in kaart gebracht. Ten eerste wordt het aantal inwoners berekend per FTE beroepsbeoefenaren. Daarbij wordt uitgegaan van hetzij de gehele Nederlandse bevolking, dan

wel van relevante categorieën zoals het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (voor verloskunde) of het aantal inwoners boven de 65 jaar (voor thuiszorg). In de tweede plaats wordt informatie gegeven over het bestaan van eventuele wachtlijsten. Tenslotte kunnen oordelen van gebruikers over het functioneren van zorgvoorzieningen enig inzicht bieden in de mate waarin volgens het oordeel van de patiënten de geboden zorg aan hun verwachtingen voldoet.

In het kader van dit brancherapport wordt geen nieuw, aanvullend onderzoek uitgevoerd, met één uitzondering: interviews onder koepelorganisaties. Het beschrijven van ontwikkelingen en knelpunten vraagt in de eerste plaats om een gedegen analyse van beleidsnota's. De gehouden interviews dienen als aanvulling op de informatie die uit beleidsnota's kan worden gedestilleerd. Interviews hebben in dit kader plaats gehad met: de NVZ, het LCVV, de LVT, de LSV, de LHV, de NOV, de NVOG, en ZN. Deze organisaties kunnen worden aangemerkt als de belangrijkste koepels van de in het brancherapport beschreven zorgclusters/beroepsgroepen. Daarnaast is een interview gehouden met de NPCF. Voor particuliere thuiszorgorganisaties en de gezamenlijke paramedische beroepsgroepen functioneert geen koepelorganisatie. Omdat de tijd ontbrak om alle afzonderlijke particuliere thuiszorgbureaus en paramedische beroepsgroepen te interviewen, zijn voor deze sectoren interviews gehouden met het NPI (dat een overzicht heeft van belangrijke ontwikkelingen in de paramedische zorg) en met NTN, als de grootste particuliere thuiszorgaanbieder. In de interviews is gevraagd naar de mening van de geïnterviewde over de belangrijkste ontwikkelingen in de somatisch, curatieve zorg zijn en over welke knelpunten men ervaart. Tevens is aandacht besteed aan de relatie met andere zorgaanbieders (voor zover van toepassing) en aan de relatie met verzekeraars. Indien informatie afkomstig is uit de interviews wordt dit in de tekst aangegeven door middel van bijvoorbeeld de vermelding 'bron: interview LHV'. Het pas in een later stadium toevoegen van tandheeskundige zorg en ziekenvervoer houdt in dat voor deze onderdelen geen interviews zijn gehouden en geen ontwikkelingen en signaleringen zijn beschreven.

## **1.4 Opbouw van het rapport**

Dit brancherapport bestaat uit acht hoofdstukken. In de hoofdstukken 2 tot en met 5 wordt een beschrijving gegeven van achtereenvolgens de medische en tandheeskundige zorg, de verloskundige zorg, de thuiszorg en de paramedische zorg. Daarna worden in hoofdstuk 6 de onderlinge relaties en in hoofdstuk 7 de relaties met verzekeraars beschreven. Hoofdstuk 8 bevat conclusies en aanbevelingen.

In de hoofdstukken 2 tot met 5 wordt per onderdeel ingegaan op regulering, financiering en verzekering; vraag naar en gebruik van zorg; aanbod van zorg; de afstemming van het aanbod op de vraag; en ontwikkelingen en signaleringen.

## 2 MEDISCHE EN TANDHEELKUNDIGE ZORG

### 2.1 De huisarts

#### 2.1.1 Regulering, financiering en verzekering

De huisarts vormt in vele opzichten de spil in de Nederlandse gezondheidszorg. Hij is verantwoordelijk voor de algemene medische zorg en vormt voor de meeste klachten en aandoeningen het eerste aanspreekpunt van patiënten in de gezondheidszorg. De taken van de huisarts zijn neergelegd in het Basistakenpakket (LHV, 1987). De huisarts treedt op als de belangrijkste verwijzer voor veel andere aanbieders van zorg, waaronder specialisten en paramedici. Daarnaast verzorgen apotheehoudende huisartsen, zij het in steeds mindere mate, de geneesmiddelenvoorziening in plattelandsgebieden waar geen apothekers gevestigd zijn en beoefenen sommigen de verloskunde.

De beroepsopleiding tot huisarts kan worden gevolgd na het artsexamen en duurt drie jaar. De opleiding tot huisarts wordt gefinancierd door de Ziekenfondsraad via de Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts (SBOH). De kosten daarvan bedroegen in 1994 ruim fl. 62 mln (Ziekenfondsraad, 1995a). De beroepsopleiding wordt verzorgd door acht Universitaire Huisarts Instituten. Na het voltooien van de beroepsopleiding vindt registratie als huisarts plaats in het Register van Erkende Huisartsen en Verpleeghuisartsen van de KNMG. De herregistratie vindt plaats na vijf jaar mits men kan aantonen in de tussentijd als huisarts te hebben gewerkt.

Deze registratie regeling was tot voor kort gebaseerd op de Wet Uitoefening Geneeskunst en de Wet, houdende regeling der voorwaarden tot het verkrijgen van de bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, verloskundige en apothekersbediende. Inmiddels is de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg in werking getreden, op basis waarvan ook voor huisartsen het systeem van registratie en titelbescherming zal worden ingevoerd (Van der Kwartel e.a., 1993, Hingstman & Harmsen, 1994). De huisarts die de beroepsopleiding heeft gevolgd is sinds 1 januari 1992 vrij om zich te vestigen als huisarts. Tussen 1986 en 1992 gold een wettelijk vestigingsbeleid.

Huisartsenzorg is verzekerd via het ziekenfonds en ook de meeste particulier verzekerden hebben inmiddels een verzekering voor de huisarts. Bij een groot aantal particuliere verzekeraars is het sinds eind jaren tachtig, begin jaren negentig niet langer mogelijk een verzekering af te sluiten waarin de huisarts niet tot het pakket behoort. Het betalingsverkeer tussen huisarts en ziekenfonds verloopt echter wezenlijk anders dan het betalingsverkeer tussen huisarts en particuliere verzekeraar (zie ook paragraaf 7.1). Voor ziekenfondsverzekerden geldt een verplichte inschrijving op naam bij een huisartspraktijk. Huisartsen ontvangen een abonnementshonorarium van fl. 123,44 per patiënt per jaar voor de eerste 1600 in de praktijk ingeschreven ziekenfondspatiënten. Dit bedrag bestaat uit een honorariumdeel en een vergoeding voor praktijkkosten. Praktijkkosten worden alleen vergoed voor de eerste 1600 patiënten. Daarboven omvat het abonnementsbedrag alleen het honorariumdeel (fl. 70,47). Deze regeling staat bekend als de kostenknik. Particulier verzekerden betalen de huisarts zelf per consult (fl. 35) of per visite (fl. 70) en worden daarna vergoed door de verzekering afhankelijk van hun gekozen pakket en eigen risico of eigen bijdrage.

### 2.1.2 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

Ongeveer driekwart van de Nederlandse bevolking heeft op jaarbasis tenminste één keer contact met de huisarts (inclusief telefonische contacten). Dat blijkt zowel uit de CBS-cijfers die in tabel 2.1 worden gepresenteerd als uit cijfers van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (Friele e.a., 1996a). Dit percentage nam tussen 1992 en 1994 toe met 0,9%, namelijk van 75,4% van de bevolking naar 76,3%, zoals te zien is in tabel 2.1a. Het lijkt erop dat in 1994 een piek bereikt is, want in 1995 is het percentage personen met contact weer licht gedaald tot 75,2%. De cijfers van het CBS zijn gebaseerd op steekproeven. Het is niet duidelijk in hoeverre geconstateerde verschillen tussen jaren significant zijn.

Tabel 2.1a Contact met de huisarts in 1 jaar naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie

	Tot.	Geslacht		Ziekenf.	Partic.	0-19	20-44	45-64	65+
		Mannen	Vrouwen						
<b>Percentage personen met contact</b>									
1992	75,4	68,5	82,2	77,9	72,0	68,8	75,3	76,7	86,5
1993	75,6	69,4	81,7	77,7	72,5	69,1	76,1	76,4	85,1
1994	76,3	70,3	82,2	78,3	73,4	68,2	76,1	79,1	87,0
1995	75,2	68,1	81,5	76,6	73,0	69,1	74,2	76,7	86,7
<b>Abs. groei</b>	<b>0,9</b>	<b>1,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>	<b>1,4</b>	<b>-0,6</b>	<b>0,8</b>	<b>2,4</b>	<b>0,5</b>
<b>92-94</b>									
<b>Aantal contacten per persoon</b>									
1992	4,0	3,3	4,7	4,4	3,4	3,3	3,9	4,1	5,5
1993	3,9	3,3	4,5	4,5	3,0	2,8	3,6	4,3	6,0
1994	3,8	3,1	4,4	4,3	3,1	3,2	3,5	4,0	5,7
1995	3,8	2,9	4,6	4,0	3,5	2,9	3,4	4,1	6,0
<b>Abs. groei</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,2</b>
<b>92-94</b>									
<b>Procent.</b>	<b>-5,0</b>	<b>-6,1</b>	<b>-6,4</b>	<b>-2,3</b>	<b>-8,8</b>	<b>-3</b>	<b>-10,3</b>	<b>-2,4</b>	<b>3,6</b>
<b>groei 92-94</b>									
<b>Aantal contacten per persoon met contact</b>									
1992	5,3	4,8	5,7	5,7	4,7	4,8	5,1	5,3	6,4
1993	5,1	4,7	5,5	5,8	4,1	4,1	4,7	5,7	7,1
1994	5,0	4,5	5,4	5,5	4,2	4,6	4,5	5,0	6,5
1995	5,0	4,3	5,7	5,2	4,8	4,1	4,6	5,3	6,9
<b>Abs. groei</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,3</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,1</b>
<b>92-94</b>									
<b>Procent.</b>	<b>-5,7</b>	<b>-6,3</b>	<b>-5,3</b>	<b>-3,5</b>	<b>-10,6</b>	<b>-4,2</b>	<b>-11,7</b>	<b>-5,7</b>	<b>1,6</b>
<b>groei 92-94</b>									

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 96/5

Het percentage personen met contact met de huisarts schommelt sinds 1990 rond de 75%, daarvoor lag het lager: onder de 70% in 1980 en op 71,9% in 1985 (CBS, Maandbericht Gezondheid, 95/5). Zowel het aantal personen dat contact heeft gehad met de huisarts, als het aantal contacten per persoon zijn licht gedaald. Hadden personen met contact in 1992 gemiddeld nog 5,3 contacten per jaar met de huisarts, in 1994 en 1995 is dit gemiddelde 5,0. Overigens kan hierin op lange termijn geen duidelijke trend worden vastgesteld, want het gemiddeld aantal contacten per persoon met contact fluctueerde gedurende de jaren tachtig tussen de 4,8 en 5,2. In 1985 bedroeg het gemiddeld aantal contacten per persoon met contact bijvoorbeeld evenals in 1995 5,0. Ook geldt hiervoor weer dat cijfers gebaseerd zijn op steekproeven. Tussen 1992 en 1994 treedt een verschuiving op in het aantal contacten per leeftijds-

categorie. Het gemiddeld aantal contacten van personen met contact tussen de 20 en 44 jaar oud daalde met 11,7% van 5,1 in 1992 naar 4,5 in 1994. Het gemiddeld aantal contacten van 65-plussers met contact stijgt licht, van 6,4 in 1992 naar 6,5 in 1994 en 6,9 in 1995.

Gegevens over contactfrequenties gebaseerd op registratie in de huisartspraktijk zijn beschikbaar uit het Landelijk Informatieproject Huisartsenzorg (LINH) van 1995/96 en de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van 1987/88.

Het aantal contacten met de huisartspraktijk (dus van huisarts en assistente samen) blijkt volgens LINH (zie Bijlage 1, tabel 2) op 4,9 te liggen, iets hoger dan in 1987/1988 (toen ging het om 4,6 contacten). De toename wordt veroorzaakt door de ziekenfondsverzekerden. Bij de particulier verzekerden is er sprake van een lichte afname. Contactfrequenties als berekend door het CBS liggen aanmerkelijk lager dan in LINH en de Nationale Studie omdat contacten met de praktijkassistente niet consequent worden meegeteld.

Het patroon van contactfrequenties naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH in vergelijking tot de Nationale Studie blijkt erg stabiel te zijn. Vrijwel geen enkele cel laat een verschuiving van meer dan een 0,5 contact zien (Bijlage 1, tabel 2). Alleen bij de oudere particulier verzekerden zijn wat grotere verschuivingen te zien. De contactfrequentie van particulier verzekerde 75-plussers is afgenomen, terwijl hetzelfde cijfer bij de particulier verzekerde mannen in de leeftijd 65 tot en met 74 jaar is toegenomen. Mogelijk is een en ander het gevolg van de verschuiving van particulier verzekerden naar het ziekenfonds in 1993 (het 'Van Otterloo-effect').

De redenen voor contact met de huisarts variëren sterk. De top tien van redenen voor contact weerspiegelt het generalistische karakter van de huisartsenzorg. Het vaakst wordt de huisarts geconsulteerd in verband met huidziekten (6,9% van het aantal contacten); gevolgd door hoge bloeddruk (6,5%); verkoudheid en griep (6,2%); rugklachten (4,4%); klachten van been of voet (3,7%); oorpijn, oorontsteking en oorafwijking (3,6%); controles (exclusief bloeddrukmeting en pil- of zwangerschapscontrole) (3,5%); nervositeit, zenuwen (3,3%); darmklachten, constipatie, diarree, buikklachten (3,1%); en hoesten, bronchitis (2,6%) (CBS, Vademecum gezondheidsstatistiek 1995).

Uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk bleek dat huisartsen in ongeveer 65% van de contacten een geneesmiddel voorschreven, in ruim 5% van de contacten externe diagnostiek aanvroegen en een 6% van de contacten verwezen naar de tweede lijn (Groenewegen e.a., 1992).

Meer recente productiecijfers van huisartsen uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg zijn opgenomen in Bijlage 1 van dit Brancherapport. Uit tabel 3 van deze Bijlage 1 blijkt dat het aantal voorschriften per patiënt per jaar in 1995-1996 4,7 bedraagt. Dat is ruimschoots meer dan de 3,7 per patiënt per jaar in de Nationale Studie (1987/1988).

Ook door het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) werd over de periode 1989 tot en met 1994 een groei van het aantal voorschriften per (ziekenfonds)verzekerde geconstateerd (GIP, 1995). Het CBS constateert dat sinds 1984 het percentage personen met een uitgeschreven recept in de voorbije 14 dagen constant is gebleven, maar tegelijkertijd wordt een groei van het percentage personen dat in de voorbije 14 dagen geneesmiddelen gebruikt met 0,4 procentpunt per jaar gevonden. Verschillende bronnen wijzen dus op een groei van het aantal voorschriften.

Dezelfde tabel in Bijlage 1 laat zien dat de groei sterker is bij ziekenfondsverzekerden

dan bij particulier verzekerden, sterker bij vrouwen dan bij mannen en sterker bij ouderen dan bij jongeren. Zo krijgt een ziekenfondsverzekerde vrouw van 75 jaar of ouder gemiddeld 18 voorschriften per jaar; in 1987/88 lag dit aantal nog op 12,5.

Bij vrijwel alle geneesmiddelengroepen is sprake van groei (zie Bijlage 1, tabel 4). Absoluut gezien de grootste groeier (een kwart van de totale groei) zijn middelen gericht op het centraal zenuwstelsel, waarbinnen psycholeptica en analgetica de grootste subgroepen zijn. Relatief gezien de grootste groeier vormen middelen uit hoofdgroep B 'Bloed en bloedvormende organen'. Andere grote groeiers zijn dermatologica, middelen voor het urogenitale stelsel en geslachtshormonen (w.o. de anticonceptiepil) en systemische hormoonpreparaten exclusief geslachtshormonen. Het aantal voorschriften gericht op het ademhalingsstelsel en de systemische antimicrobiële middelen (waaronder antibiotica) groeide nauwelijks.

Tabel 2.1b Prognose van het totaal aantal contacten bij de huisarts per 1 januari 1997 (x 1000, afgerond)

	1994	1997	Abs.groei 94-97	Procent.groei 94-97
0-19 jaar	12.004	12.096	92	0,8
20-44	21.550	21.227	-323	-1,5
45-64	13.701	14.560	859	6,3
65+	11.446	11.913	467	4,1
Mannen	23.516	23.884	368	1,6
Vrouwen	34.125	34.630	505	1,5
Totaal	58.298	59.185	887	1,5

Tabel 2.1b geeft een prognose van het aantal contacten bij de huisarts per 1 januari 1997 (zie paragraaf 1.3 methoden in hoofdstuk 1). Het aantal contacten van personen in de leeftijdscategorieën 45 tot 64 jaar en 65 jaar en ouder neemt, door de sterke groei van deze leeftijdscategorieën, het meest toe. Opvallend is de daling van het aantal contacten van personen tussen de 20 en 44 jaar. De relatieve groei van het aantal contacten vertoont geen verschillen tussen mannen en vrouwen, al is het aantal contacten van vrouwen absoluut gezien fors hoger. In totaal stijgt het aantal contacten bij de huisarts in 1997 met 1,5%.

### 2.1.3 Aanbod van zorg in cijfers

Per 31 december 1995 waren er 6814 zelfstandig gevestigde huisartsen, waarvan 16,9% vrouw. Het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen is tussen 1992 en 1994 met 2,4% gegroeid van 6595 naar 6753 (zie tabel 2.2). Het aantal vrouwelijke huisartsen nam aanzienlijk sneller toe dan het aantal mannelijke huisartsen, namelijk met 12,8% tegen 0,6%. Deze ontwikkeling is van invloed op het aantal uur dat per huisarts gemiddeld gewerkt wordt. De Vaste Commissie Beroepskrachtenplanning van de LHV verwacht dat in het jaar 2005 circa 50% van de huisartsen 75% of minder van een volledige werkweek zal werken. Het argument hiervoor is dat het vooral vrouwelijke huisartsen zijn die parttime willen werken. In 1992 is op basis van cijfers uit 1991 een raming gemaakt van het benodigde aantal huisartsen in het jaar 2005, rekening houdend met demografische factoren en met het aandeel huisartsen dat parttime wil gaan werken. De berekening kwam uit op 8216 benodigde huisartsen in 2005. Op 1 januari 1996 waren er 7166 zelfstandig gevestigde huisartsen en assistent-huisartsen (RAZ, 1996). Dit betekent een verschil van 14,6% ten opzichte van het geraamde aantal in 2005 (Hingstman & Pool, 1992). Van de zelfstandig gevestigde huisartsen

werkte in 1994 49,2% in een solopraktijk, 31,0% in een duo-praktijk, 10,4% in een groepspraktijk en 9,4% in een gezondheidscentrum. Het percentage solisten daalt slechts langzaam: in 1990 werkte nog 53,6% van de huisartsen in een solopraktijk (RAZ, 1995).

Tabel 2.2 Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen naar geslacht per 31 december

	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Procent. groei 92-94
Mannen	5.623	5.631	5.657	5.663	34	0,6
Vrouwen	972	1.018	1.096	1.151	124	12,8
Totaal	6.595	6.649	6.753	6.814	158	2,4

Bron: RAZ 1995 (NIVEL 1995, 1996)

In tabel 2.3 is de leeftijdsverdeling van de zelfstandig gevestigde huisartsen weergegeven. De groep 45 tot 49-jarigen is het grootst met 24,9% van het totaal aantal huisartsen. Ongeveer 10% van de huisartsen is ouder dan 55 jaar en zal dus in de komende jaren het werk gaan neerleggen. In absolute aantallen naderden in 1994 232 huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd; 31 huisartsen waren de 65 reeds gepasseerd. Deze uitstroom uit het beroep moet worden opgevangen door instroom vanuit de beroepsopleiding. In 1994 kwamen in totaal 299 huisartsen nieuw op de arbeidsmarkt (zie tabel 2.4). Van deze nieuw opgeleide huisartsen was 49% vrouw.

Tabel 2.3 Leeftijdsverdeling van zelfstandig gevestigde huisartsen naar geslacht, per 31 december 1994

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
< 30	5	0,1	5	0,5	10	0,1
30-34	194	3,4	138	12,6	332	4,9
35-39	1.011	17,9	387	35,3	1.398	20,7
40-44	1.494	26,4	339	30,9	1.833	27,1
45-49	1.525	27,0	157	14,3	1.682	24,9
50-54	761	13,5	47	4,3	808	12,0
55-59	411	7,3	16	1,5	427	6,3
60-64	225	4,0	7	0,6	232	3,4
65-69	29	0,5	-	-	29	0,4
> 69	2	-	-	-	2	-
Totaal	5.567	100,0	1.096	100,0	6.753	100,0

Bron: RAZ 1995 (NIVEL 1995)

Tabel 2.4 Aantal huisartsen die de opleiding voltooid hebben

Totale kosten	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent. groei 92-94
Totaal	273	277	299	26	9,5
waarvan % vrouw	41	45	49	-	-

Bron: RAZ 1995 (SBOH 1990-1994/ NIVEL 1995)



#### 2.1.4 Afstemming van het aanbod op de vraag

Uit tabel 2.5 blijkt dat het aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts afneemt. In 1992 telde Nederland 2310 inwoners per huisarts, in 1994 nog 2284. Dat betekent een daling van -1,1%. Een mogelijk gebrekkige aansluiting tussen vraag en aanbod uit zich in de huisartsenwereld niet in de vorm van wachtlijsten. Verdere aanwijzingen voor de mate waarin het aanbod voldoet aan de vraag kunnen daarom slechts uit tevredenheidsscores van patiënten worden gehaald.

Uit cijfers van de CBS-gezondheidsenquête blijkt dat gemiddeld 92,9% van de Nederlanders een positief oordeel over de huisarts heeft (CBS Maandbericht Gezondheid, 95/11). Tevredenheidsonderzoek dat meer toegespitst is op toegankelijkheid van de voorziening huisartsgeneeskunde, is er niet. Uit een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt wel dat 60% van de ondervraagden (een aselechte steekproef uit de Nederlandse bevolking) vindt dat de huisarts voldoende tijd en aandacht voor ze heeft (Verhaak e.a., 1995).

Tabel 2.5 Het aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts in Nederland, per 31 december

1992	1993	1994	Absolute groei 92-94	Procent.groei 92-94
2.310	2.307	2.284	-26	-1,1

Bron: RAZ 1995, CBS

Tabel 2.6 Totale kosten huisartsenhulp ten laste van ZFW (mln. gld)

Totale kosten	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent. groei 92-94
Abonnement niet apoth.huisartsen	914,1	944,9	974,4	60,3	6,6
Abonnement apoth.- houdende huisartsen	119,4	117,1	118,7	-0,7	-0,6
Overige betalingen	37,5	45,9	63,2	25,7	68,5
Goodwillfonds huisartsen	36,8	36,8	36,8	0	0
Totaal huisartsen- hulp	1.107,8	1.144,7	1.193,2	85,4	7,7
Honoraria huisartsen verlosk. zorg	9,5	9,7	9,3	-0,2	-2,1

Bron: Ziekenfondsraad 1995a

#### 2.1.5 Kosten van zorg in cijfers

In tabel 2.6 zijn de kosten voor huisartsenhulp op basis van de Ziekenfondswet weergegeven. De grootste kostenpost vormen de abonnementshonoraria. De totale kosten voor de ziekenfondsverzekerden zijn met 7,7% gestegen van 1.107,8 mln in 1992 naar 1.193,2 mln in 1994. In tabel 2.7 zijn de totale kosten voor huisartsenzorg weergegeven, dat wil zeggen ten laste van de Ziekenfondswet, particuliere verzekeringen en eigen betalingen. De ziekenfondsuitgaven zoals die in het FOZ zijn weergegeven voor huisartsenzorg, liggen jaarlijks bijna 10 mln hoger dan de uitgaven vermeld in het financieel jaarverslag van de Ziekenfondsraad, omdat in het FOZ de huisartsenhonoraria voor verloskundige zorg worden meegeteld. Deze schommelen rond de 9,5 mln op jaarbasis (zie tabel 2.6). De totale uitgaven voor huisartsenzorg zijn met 5,5%

gestegen, waarbij opvalt dat de eigen betalingen van particulieren gedaald zijn van 462 mln in 1992 naar 453 mln in 1994 (tabel 2.7). Procentueel gezien daalde het aandeel van eigen betalingen in de totale uitgaven van 21,8% in 1992 naar 20,2% in 1994 (niet in tabel).

De cijfers in het FOZ wat betreft particuliere verzekeringen zijn schattingen van het CBS. Uit recent onderzoek van het accountantskantoor Deloitte & Touche is gebleken dat de inkomsten van huisartsen voor particulier verzekerden tussen 1993 en 1994 zijn gedaald. Op macroniveau zouden de FOZ cijfers vergeleken met de cijfers uit het onderzoek van Deloitte & Touche 300 miljoen gulden hoger liggen (Seegers, 1996).

Tabel 2.7 Financiering(-sbronnen) huisartsen (mln.gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Ziekenfonds	1.118,0	1.155,0	1.203,0	85	7,6
Particuliere verzekering	543,0	578,1	583,0	40	7,4
Overige ontvangsten: - eigen betaling particulieren	462,0	469,9	453,0	-9	-1,9
Totaal	2.123,0	2.203,0	2.239,0	116	5,5

Bron: FOZ 1996

## 2.1.6 Ontwikkelingen en signaleringen

### *Ontwikkelingen*

De poortwachtersfunctie die de huisarts met name voor ziekenfondspatiënten al sinds jaar en dag vervult, vormt een van de speerpunten in de voorstellen van de Commissie Biesheuvel, naast de integratie van specialisten in het ziekenhuis en het idee van een zorgcontinuum tussen generalistische en specialistische curatieve zorg. De poortwachtersfunctie wordt vaak uiteengelegd in twee aspecten: de huisarts als 'bewaker' die bepaalt welke patiënten wel en welke niet gebruik mogen maken van de tweede lijn, geneesmiddelen, fysiotherapie enzovoort, en de huisarts als 'gids' die ervoor zorgt dat patiënten bij de juiste specialist of paramedicus terecht komt. Op het verwijzen van huisartsen naar specialisten zal in paragraaf 2.6 worden ingegaan.

Het poortwachter zijn betekent in de eerste plaats dat de huisarts probeert om zoveel mogelijk patiënten zelf te behandelen en pas te verwijzen op het moment dat hij zelf niet weet wat er met de patiënt aan de hand is en/of niet in staat is om met de hem beschikbare middelen de patiënt te behandelen. Van elke 100 contacten tussen huisarts en patiënt blijkt de huisarts er 92 zelf af te handelen (Meijboom-De Jong, 1994). Dat kan uiteraard alleen als huisartsen beschikken over voldoende kennis, vaardigheden en hulpbronnen in materiële zin (zoals instrumenten). In dat kader is de vakinhoudelijke versterking van de huisartsgeneeskunde van belang, die de afgelopen jaren haar beslag heeft gekregen door onder meer de recente verlenging van de beroepsopleiding van twee naar drie jaar. Daarnaast kan worden genoemd de verdere ontwikkeling van de standaarden van het NHG die met grote regelmaat verschijnen en waarin rond veel voorkomende aandoeningen en rond specifieke aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen (bijvoorbeeld het schrijven van een verwijsbrief naar de specialist) richtlijnen zijn neergelegd.

Belangrijke ontwikkelingen zijn ook in gang gezet in de randvoorwaardelijke sfeer. Met het verschijnen van het rapport van de Commissie Biesheuvel werd het vraagstuk van de honorering van huisartsen weer actueel, nadat de voorstellen voor een aparte honorering van medisch-technische verrichtingen -zoals die eind jaren tachtig op tafel lagen in de vorm van een overeenkomst tussen de LHV en de toenmalige VNZ- begin jaren negentig een natuurlijke dood waren gestorven. Overeenstemming over de toekomstige honorering werd bereikt binnen de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH). De PWH werd gevormd door vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS en van de LHV. Op verzoek van deze beide partijen namen ook de zorgverzekeraars (ZN en KPZ) zitting in de werkgroep.

De PWH onderscheidt vier onderdelen binnen de huisartsenzorg:

- (1) Het basisaanbod, dat gefinancierd dient te worden uit Compartment II en bestaat uit generalistische-medische zorg tijdens werkdagen en kantooruren plus een systeem van bereikbaarheid en beschikbaarheid.
- (2) Aanvullend transmuraal aanbod, ter vervanging van intramurale zorg, dat afhankelijk van het type intramurale zorg waarvoor het substitueert, gefinancierd moet worden uit Compartment I of Compartment II.
- (3) Programmatische preventie vanuit de huisartspraktijk, die gefinancierd zou moeten worden uit Compartment I.
- (4) Overige huisartsenzorg, die uit elk van de Compartimenten gefinancierd moet worden, afhankelijk van het type zorg.

De honoreringsstructuur die de PWH voorstelt zou leiden tot een zekere convergentie tussen particuliere en ziekenfondsverzekering. Voor de betaling van het basisaanbod wordt voorgesteld een naar leeftijd van de patiënt gedifferentieerd abonnement, zoals dat ook al door de Commissie Biesheuvel werd bepleit, met aanvullende modules (of consulten voor particuliere patiënten). De PWH onderscheidt input-modules (zoals die nu al worden gebruikt bijvoorbeeld voor automatisering en FTO) en output-modules, die gekoppeld zijn aan bepaalde zorginhoudelijke prestaties. Het aanvullend/transmuraal aanbod zou eveneens via modules moeten worden gehonoreerd. Voor programmatische preventie stelt de PWH een lumpsum-vergoeding voor. De PWH bepleit verder de afschaffing van de kostenknik. Hoewel zorgverzekeraars namelijk landelijke zijn gaan werken, wikkelen huisartsen knikverrekeningen vaak alleen af met hun regionale zorgverzekeraar. Dit werkt in het voordeel van de 'eigen' ziekenfondsen en leidt dus tot concurrentievervalsing. Bovendien leidt de kostenknik op het niveau van individuele huisartspraktijken tot onrechtvaardigheid, omdat praktijken met een onevenredig hoog percentage ziekenfondsverzekerden soms hun normomzet niet halen (PWH, 1995, p. 27).

Het abonnementssysteem vraagt om de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts(praktijk). De NPCF gaf aan in beginsel geen bezwaar te hebben tegen het abonnementssysteem en het inschrijven van patiënten op naam in de huisartsenpraktijk. Dit stimuleert het opbouwen van een duurzame relatie tussen arts en patiënt. Flexibiliteit is echter wel belangrijk. Patiënten moeten van huisarts kunnen veranderen als zij dit willen (bron: interview NPCF).

Het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat zich als doel stelt het vertalen van wetenschappelijke inzichten naar de huisartsenpraktijk, geeft in zijn beleidsplan 1994-1998 'Werkbare wetenschap' hoge prioriteit aan de relatie huisarts-specialist. De belangrijkste redenen hiervoor zijn het uitdragen van het terughoudende beleid van de huisarts en het maken van werkafspraken met specialisten. De relatie huisarts-specialist komt nog aan de orde in paragraaf 2.6. Verder ziet het NHG het als zijn taak

een 'Kwaliteitssysteem Huisartsgeneeskunde' te ontwikkelen. Dit houdt in het structuren en in samenhang brengen van methodieken en maatregelen. De eerder genoemde NHG-standaarden voor in de praktijk, die al langer worden uitgegeven, vormen hiervan een onderdeel.

### *Signaleringen*

Voor wie zich een beeld wenst te vormen van de knelpunten die zich momenteel voordoen binnen de beroepsgroep huisartsen, vormt de recente discussienota van de LHV 'De wereld verandert en de huisarts verandert mee' (LHV, 1995) een interessant beginpunt. Concrete knelpunten waarvan de nota gewag maakt, zijn: het uit de pas lopen van werkdruk en beloning; zorg buiten kantooruren en in het weekend; erosie van het takenpakket; en landelijk werkende zorgverzekeraars. Op deze punten zal kort worden ingegaan.

Het gemiddeld aantal contacten per patiënt met de huisarts schommelt en lijkt, na een stijging sinds het midden van de jaren tachtig, voorlopig zijn hoogtepunt te hebben gekend in 1992 (vergelijk tabel 2.1a). Werkdruk kan echter niet alleen worden uitgedrukt in aantallen contacten; ook de duur en inhoud van die contacten speelt een rol. Recente cijfers daarover zijn niet op landelijke schaal beschikbaar. Mogelijk zijn consulten in de afgelopen jaren langer gaan duren, bijvoorbeeld omdat patiënten meer dan vroeger vragen om uitleg en met de huisarts in discussie treden over de voorgestelde behandeling. De werkdruk kan volgens de LHV de toekomstige capaciteit beïnvloeden. Gekoppeld aan de afnemende mogelijkheden om in de functie van huisarts 'door te groeien' kan dit resulteren in problemen met de motivatie van huisartsen. Voor de LHV is dat een belangrijk aandachtspunt. Getracht wordt om in LHV-verband functies te creëren die zowel zorginhoudelijke als beheersmatige aspecten in zich dragen (bron: interview LHV).

Daarnaast is er volgens de LHV sprake van een gebrek aan opleidingsplaatsen, zeker gezien het grote aantal artsen dat parttime wil werken. Zelfs als alle huisartsen die nu worden opgeleid fulltime gaan werken, is er al sprake van een tekort. Veel huisartsen willen echter parttime werken (bron: interview LHV). Dit hangt deels samen met de toenemend aantal vrouwen in het beroep. In paragraaf 2.1.3 bleek dat momenteel 16,9% van de gevestigde huisartsen vrouw is. Van de huisartsen die de opleiding verlaten is inmiddels 49% vrouw.

Een deel van de heersende onvrede over de toenemende werkdruk lijkt te focussen op de hulp buiten kantooruren. Veel huisartsen vinden diensten belastend en ervaren meer oneigenlijke hulpvragen, hoewel de LHV-nota terecht aangeeft dat dit moeilijk te definiëren (en overigens ook te kwantificeren) valt. De problemen komen vooral naar voren in achterstandswijken in de grote steden. Zo blijkt 80% van de Rotterdamse huisartsen de diensten als belastend te ervaren (Schuller e.a., 1996).

De huisartsenzorg in achterstandswijken vormt één van problemen waarop in het rapport 'Poortwachter in praktijk' van de PWH wordt ingegaan. De problemen in deze wijken zijn divers van aard. Om te beginnen wonen er relatief veel mensen met potentieel meer gezondheidsproblemen, waaronder veel psychiatrische problematiek. Praktijken hebben te maken met een hoge in- en uitstroom van patiënten. Door hogere percentages allochtonen spelen bovendien taalproblemen en een specifieke gezondheidsbeleving onder allochtonen. Afgezien daarvan zijn de huisvestingskosten er hoog, zijn er parkeer- en vervoersproblemen, en hebben huisartsen te maken met een tekort op de kostenvergoedingen, mede door hoge percentages ziekenfondsverzekerden (soms tot 90-95%) en een gebrek aan vrije tijd. Het moge duidelijk zijn dat de animo van pas afgestudeerde huisartsen om zich in deze wijken te vestigen niet groot is.

Daardoor wordt de huisartsgeneeskundige verzorging in deze gebieden bedreigd. De PWH pleit daarom onder meer voor meer ondersteuningsfaciliteiten op het lokale/regionale niveau (bijvoorbeeld de inzet van tolken, extra assistentie e.d.) en voor het aanpassen van de honoreringsstructuur zodat deze tegemoet komt aan de problemen in achterstandswijken (PWH, 1995, p. 15).

De huisartsgeneeskunde heeft raakvlakken met de medisch specialistische zorg, maar ook met de jeugdgezondheidszorg, de verloskunde, het werk van apothekers, de thuiszorg, bedrijfsartsen etcetera. Volgens de LHV-nota (1995, p. 17-18) wordt het takenpakket van de huisarts van verschillende kanten getrokken, met name daar waar het werkterrein niet helemaal duidelijk is. Behalve de reeds van oudsher bekende voorbeelden van de jeugdgezondheidszorg, de verloskunde en de EHBO, die steeds minder door huisartsen wordt uitgeoefend, zijn er volgens de discussienota nieuwe kapers op de kust, met name apothekers, die zich op gaan werpen als inhoudelijke zorgverleners en bedrijfsartsen.

Wat de veranderende positie van zorgverzekeraars betreft is de LHV van mening dat concurrentie tussen zorgverzekeraars leidt tot handelen dat in bepaalde opzichten haaks staat op de uitgangspunten waarop de huisartsgeneeskunde is gebaseerd. Vanuit concurrentie-overwegingen bieden zorgverzekeraars hun verzekerden extra behandeling of preventieve onderzoeken aan, waarvan het nut niet bewezen is. Dit is in tegenspraak met de terughoudendheid die de huisarts in zijn spreekkamer predikt (LHV, 1995, p. 25). De veranderde positie van de verzekeraars leidt ook tot praktische problemen, waarop terug gekomen zal worden in paragraaf 7.1.

In dit kader kunnen ook de ontwikkelingen rond privatisering van de ziektewet worden genoemd. Die leidt tot een verandering van de positie van bedrijfsartsen. Het bestaan van bedrijvenpoli's draagt het risico in zich dat de regiefunctie van huisartsen in het gedrang komt. Om dit te voorkomen moeten huisartsen zich meer gaan bezighouden met ziekteverzuim van hun patiënten; zonder daarbij overigens te vervallen in een coördinerende of controlerende rol (bron: interview LHV).

Om aan de eisen van de nieuwe tijd tegemoet te komen pleit de LHV-discussienota ervoor huisartsenzorg te organiseren als een voorziening met de huisartsengroep als het laagste niveau daarvan. Huisartsen zouden bovendien meer ondersteuning moeten krijgen, zodat zij populatiegericht kunnen gaan werken en patiëntengroepen actief kunnen benaderen. Bovendien wordt het wenselijk geacht dat de samenwerking tussen huisartsen resulteert in 'huisartspraktijken onder een dak' (HOED), zodat de voorziening huisartsgeneeskunde ook daadwerkelijk als een voorziening oogt. Om tenslotte tegemoet te komen aan de ervaren problemen op het terrein van de werkbelasting wordt in de LHV-nota voorzichtig een balletje opgegooid over praktijkverkleining; het verlagen van de rekennorm van de huidige 2350 patiënten naar 2000 (LHV, 1995, p. 57).

## **2.2 De medisch specialist**

### **2.2.1 Regulering, financiering en verzekering**

Ten aanzien van de sector medisch specialistische zorg is er sinds het uitkomen van het rapport van de Commissie Biesheuvel in wettelijke zin niet veel veranderd. De werkelijk interessante ontwikkelingen spelen zich juist af binnen experimentele kaders,

waarin de vigerende wet- en regelgeving voor de duur van de experimenten gedeeltelijk buiten werking is gesteld. Deze ontwikkelingen, getypeerd met de term 'lokale/regionale initiatieven' worden beschreven in paragraaf 7.2.

Waar het gaat om de relatie hulpverlener-cliënt zijn er in de afgelopen jaren wel belangrijke wettelijke regelingen totstandgekomen. Deze worden kort beschreven in paragraaf 2.3.1

### 2.2.2 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

In dit gedeelte van het rapport wordt kwantitatieve informatie verschaft over de vraag naar en het gebruik van zorg, zoals aangeboden door medisch specialisten. Dit gebruik wordt in het jargon veelal aangegeven met de term 'produktie'. In de tabellen op de volgende bladzijden wordt de produktie door medisch specialisten weergegeven aan de hand van respectievelijk:

- Aantal ontslagen en overleden patiënten per fte-specialist
- Aantal verpleegdagen per fte-specialist
- Aantal 1e polikliniekbezoeken per fte-specialist
- Totaal aantal polikliniekbezoeken per fte-specialist
- Ontwikkeling herhalingsfactor polikliniekbezoeken per fte specialist

Vooraf moet bij de bespreking van deze tabellen worden opgemerkt, dat er in een aantal gevallen sprake is van extreme procentuele veranderingen in de periode 1992-1994. Veelal zijn deze gebaseerd op (zeer) kleine absolute aantallen en daarom niet of nauwelijks te interpreteren. In de korte toelichting, die bij de tabellen wordt gegeven, zal niet expliciet op deze situaties worden ingegaan, tenzij een valide verklaring voor handen is. Opvallende cijfers zijn bijvoorbeeld te zien voor het specialisme 'zenuw- en zielsziekten'. Dat is een specialisme, dat qua omvang steeds kleiner wordt. (In 1994 nog slechts 13 FTE's).

Een korte toelichting bij de tabellen op de volgende bladzijden:

#### Tabel 2.8

Over het geheel genomen is er over de periode 1992-1994 een lichte stijging (1,6%) te zien in de produktie per specialist in termen van aantallen ontslagen patiënten. Voor wat betreft de groeicijfers vallen in deze tabel op: cardiologie (9,1%), klinische geriatrie (15,8%) en oogheelkunde (9,6%).

Voor wat betreft de afname valt met name de radiotherapie op (-17,6%). Hier is sprake van een verschuiving naar dagbehandeling.

#### Tabel 2.9

Over het geheel genomen neemt het gemiddeld aantal verpleegdagen per FTE-specialist af met ruim 4%. In dit perspectief vallen groeicijfers vanzelf al op. Daarbij zijn de grootste toenames te zien bij: klinische geriatrie (7,1%) en revalidatie (38,8%).

De sterkste afname in het gemiddeld aantal verpleegdagen is te zien bij: reumatologie en gastro-enterologie, urologie, plastische chirurgie, neurochirurgie en oogheelkunde. Voor deze specialismen neemt het aantal verpleegdagen per FTE af met tussen de 10 en 12%.

De specialismen die per FTE de meeste verpleegdagen produceren zijn chirurgie,

---

\* Vanaf 1995 komen tevens de cijfers beschikbaar over het aantal dagopnamen per fte-specialist, zodat in de komende jaren de relatie klinische opnamen en dagbehandeling in kaart kan worden gebracht.

klinische geriatrie en neurologie, met allen rond de 4.000 verpleegdagen per FTE-specialist.

Tabel 2.10

Het totaal aantal 1e polikliniekbezoeken per FTE-specialist vertoont over de beschouwde periode een aanzienlijke stijging van 8,7%. Het enige specialisme, dat een (lichte) daling te zien geeft is revalidatie (-2,3%). In absolute aantallen zijn de specialismen met het grootste aantal 1e polikliniekbezoeken oogheelkunde (2.500), dermatologie en gespecialiseerde tandartsen (rond de 2.000) en chirurgie, orthopedie en KNO-heelkunde (rond de 1.500).

De specialismen, waarbij het aantal 1e polikliniekbezoeken het snelst stijgt, zijn (voor zover het omvangrijke specialismen betreft) cardiologie (22,4%), kindergeneeskunde (15,3%), gastro-enterologie (13,9%), inwendige specialismen (13,3%), urologie (11,7%) en neurologie en verloskunde/gynaecologie (met beiden 11,4%).

Tabel 2.11

De specialismen met de grootste produktie aan polikliniekbezoeken per FTE zijn dermatologie (ruim 8.000), gevolgd door allergologie, oogheelkunde en KNO-heelkunde met tussen de zes- en zeventuizend polikliniekbezoeken per jaar. Tussen de vier- en vijfduizend polikliniekbezoeken per FTE worden geproduceerd door reumatologie, chirurgie, orthopedie, urologie en gespecialiseerde tandartsen.

De ontwikkeling van het totaal aantal polikliniekbezoeken geeft over de periode 1992-1994 een wisselend beeld te zien. Er zijn enkele -relatief- sterke groeiers: allergologie (14,9%) en gespecialiseerde tandartsen (12,6%). Er zijn er ook enkele die relatief sterk afnemen, zoals: psychiatrie en revalidatie. Het merendeel van de groei bevindt zich tussen de 1 en 6 procent.

Het totaal aantal polikliniekbezoeken per FTE-specialist neemt in de beschouwde periode eveneens toe, maar aanzienlijk minder dan het aantal 1e polikliniekbezoeken (2,5% tegenover 8,7%). Dit betekent, dat de herhalingsfactor (het aantal malen, dat een patiënt terugkomt na het eerste polikliniekbezoek) moet zijn afgenomen. Uit de volgende tabel blijkt dit ook inderdaad het geval te zijn.

Tabel 2.12

Het blijkt, dat de ontwikkeling van de herhalingsfactor voor het polikliniekbezoek per specialisme sterk verschilt, hoewel de grote lijn toch een duidelijke afname van deze factor laat zien. Dat wisselende patroon uit zich al, wanneer we ons beperken tot de hiervoor genoemde groep specialismen die het grootste aantal polikliniekbezoeken produceren. Voor dermatologie daalt de herhalingsfactor met ruim 7%. Voor allergologie stijgt deze met meer dan 5,5%, terwijl hij voor oogheelkunde vrijwel niet verandert.

Tabel 2.8 Klinische produktie per specialist; (1992, 1993 en 1994), algemene ziekenhuizen  
Aantal ontslagen patiënten per fte-specialist

Specialisme	Aantal ontslagen en overleden patiënten per fte-specialist			Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
	1992	1993	1994		
Inwendige	259,9	265,1	265,9	6,0	2,3
Longziekten en tuberculose	234,5	245,6	243,3	8,8	3,7
Cardiologie	377,2	390,5	411,7	34,5	9,1
Reumatologie	65,3	64,1	65,3	0,0	0,0
Gastro-enterologie	145,7	115,2	145,6	-0,1	-0,1
Allergologie	3,8	1,8	0,4	-3,4	-89,5
Kindergeneesk.	298,3	305,6	309,5	11,2	3,8
Klinische geriatrie	86,1	107,9	99,7	13,6	15,8
Dermatologie en venerologie	21,1	20,4	20,2	-0,9	-4,5
Totaal interne	248,8	256,2	260,7	11,9	4,8
Chirurgie	418,5	416,0	429,2	10,7	2,5
Orthopaedie	342,2	325,9	329,6	-12,6	-3,7
Urologie	313,7	306,0	299,7	-14,0	-4,5
Plastische chirurgie	280,2	259,7	264,5	-15,7	-5,6
Neurochirurgie	387,4	356,0	364,0	-23,4	-6,0
Cardiopulmonale chirurgie	151,3	127,1	150,2	-1,1	-0,8
Verlosk/gynoc	483,2	465,6	471,7	-11,6	-2,4
Oogheekunde	147,1	154,9	161,3	14,2	9,6
KNO-heelkunde	203,0	199,4	203,7	0,8	0,4
Totaal heelkunde	345,3	334,6	341,7	-3,6	-1,0
Neurologie	278,3	267,5	270,0	-8,3	-3,0
Psychiatrie	93,4	86,7	91,5	-1,8	-2,0
Zenuw- en zielsziekten	75,9	118,2	84,0	8,1	10,7
Totaal zenuw- en zielsziekten	206,1	203,3	205,4	-0,7	-0,4
Anaesthesiologie	5,5	5,4	6,1	0,6	11,1
Revalidatie	3,9	,6	4,2	0,3	7,9
Radiodiagnostiek	1,5	0,9	0,6	-0,9	-57,7
Radiotherapie	42,5	37,7	35,0	-7,5	-17,6
Radiologie	0,0	0,1	-	0,0	
Nucleaire geneeskunde	-	6,8	-	0	
Pathologische anatomie	-	-	-	0	
Medische micro-biologie	-	-	-	0	
Klinische genetica	-	-	-	0	
Overige special.					
Totaal	223,1	222,0	226,1	3,0	1,3
tandarts	-	-	-	0	
tandarts spec. mond-/kaakchir.	51,1	50,4	49,9	-1,2	-2,3
huisartsen	-	-	-	0	
verloskundigen	-	-	-	0	
overigen	-	-	-		
Totaal	219,4	218,7	222,9	3,5	1,6

Bron: NZi



Tabel 2.9 Productie per specialist; (1992, 1993 en 1994), Algemene ziekenhuizen:  
Aantal verpleegdagen per fte-specialist

Specialisme	Aantal verpleegdagen per fte-specialist			Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
	1992	1993	1994		
Inwendige	3.613,7	3.552,3	3.428,5	-185,3	-5,1
Longziekten en tuberculose	3.508,6	3.635,4	3.545,3	36,6	1,0
Cardiologie	3.226,8	3.248,7	3.292,7	65,9	2,0
Reumatologie	1.478,3	1.382,4	1.331,0	-147,2	-10,0
Gastro-enterologie	2.069,9	1.476,5	1.854,1	-215,8	-10,4
Allergologie	8,0	3,6	1,0	-7,0	-87,5
Kindergeneesk.	2.698,0	2.566,3	2.515,2	-182,8	-6,8
Klinische geriatrie	3.717,1	4.732,0	3.980,2	263,0	7,1
Dermatologie en venerologie	517,8	480,7	442,2	-75,6	-14,6
<b>Totaal interne</b>	<b>2.954,7</b>	<b>2.922,8</b>	<b>2.854,8</b>	<b>-99,8</b>	<b>-3,4</b>
Chirurgie	4.281,0	4.144,1	4.121,1	-159,9	-3,7
Orthopaedie	3.732,0	3.599,2	3.564,1	-167,8	-4,5
Urologie	2.621,9	2.416,6	2.313,3	-308,6	-11,8
Plastische chirurgie	1.548,7	1.391,0	1.389,4	-159,4	-10,3
Neurochirurgie	4.311,7	3.869,9	3.847,5	-159,4	-10,3
Cardiopulmonale chirurgie	2.201,3	1.648,1	1.875,7	-325,7	-14,8
Verlosk/gynoc	2.657,7	2.527,8	2.484,1	-173,6	-6,5
Oogheekunde	584,7	555,1	520,2	-64,6	-11,0
KNO-heelkunde	814,3	762,5	744,5	-69,8	-8,6
<b>Totaal heelkunde</b>	<b>2.699,3</b>	<b>2.574,3</b>	<b>2.547,7</b>	<b>-151,5</b>	<b>-5,6</b>
Neurologie	4.003,5	3.774,9	3.808,8	-194,8	-4,9
Psychiatrie	3.333,7	3.103,6	3.150,2	-183,5	-5,5
Zenuw- en zielsziekten	1.415,6	2.180,1	1.791,1	375,5	26,5
<b>Totaal zenuw- en zielsziekten</b>	<b>3.637,2</b>	<b>3.510,5</b>	<b>3.536,2</b>	<b>-101,0</b>	<b>-2,8</b>
Anaesthesiologie	37,8	37,1	42,5	4,7	12,4
Revalidatie	215,1	343,8	298,5	83,4	38,8
Radiodiagnostiek	3,6	1,9	1,2	-2,4	-66,6
Radiotherapie	293,8	236,5	199,0	-94,8	-32,3
Radiologie		2,1			
Nucleaire geneeskunde		24,8			
Pathologische anatomie					
Medische micro-biologie					
Klinische genetica	-				
Overige special					
	2.240,1	2.174,8	2.144,6	-95,6	-4,3
<b>Totaal</b>					
tandarts					
tandarts spec. mond-/kaakchir.	231,0	213,5	199,8	-31,2	-13,5
huisartsen	-	-	-		
verloskundigen	-	-	-		
overigen	-	-	-		
<b>TOTAAL</b>	<b>203,8</b>	<b>2.142,9</b>	<b>2.112,3</b>	<b>-91,6</b>	<b>-4,2</b>

Bron: NZi

Tabel 2.10 Productie per specialist; (1992, 1993 en 1994), algemene ziekenhuizen:  
Aantal 1e polikliniekbezoeken per fte-specialist

Specialisme	Aantal 1e polibezoeken per fte-specialist			Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
	1992	1993	1994		
Inwendige	605,6	626,5	685,9	80,3	13,3
Longziekten en tuberculose	461,0	480,3	506,6	45,7	9,9
Cardiologie	575,4	604,8	704,2	128,8	22,4
Reumatologie	543,1	558,4	591,1	48,0	8,8
Gastro-enterologie	562,0	498,3	640,2	78,2	13,9
Allergologie	651,4	728,4	713,0	61,6	9,5
Kindergeneesk.	550,7	589,7	635,2	84,5	15,3
Klinische geriatrie	95,8	116,1	130,3	34,5	36,0
Dermatologie en venerologie	1.866,1	1.870,9	1.956,0	89,9	4,8
<b>Totaal interne</b>	<b>696,9</b>	<b>718,3</b>	<b>780,7</b>	<b>83,8</b>	<b>12,0</b>
Chirurgie	1.352,7	1.376,2	1.451,9	99,2	7,3
Orthopaedie	1.298,4	1.320,3	1.380,2	81,8	6,3
Urologie	830,3	860,5	927,4	97,1	11,7
Plastische chirurgie	946,7	945,9	953,0	6,3	0,7
Neurochirurgie	499,9	511,3	548,3	48,5	9,7
Cardiopulmonale chirurgie	95,4	117,0	128,3	32,8	34,4
Verlosk/gynoc	823,9	873,4	917,9	94,0	11,4
Oogheelkunde	2.437,6	2.319,4	2.500,2	62,6	2,6
KNO-heelkunde	1.548,4	1.593,8	1.670,7	122,3	7,9
<b>Totaal heelkunde</b>	<b>1.319,1</b>	<b>1.326,9</b>	<b>1.403,1</b>	<b>84,0</b>	<b>6,4</b>
Neurologie	870,2	872,1	969,6	99,4	11,4
Psychiatrie	160,9	156,7	163,4	2,5	1,5
Zenuw- en zielsziekten	114,4	259,1	200,6	86,2	75,3
<b>Totaal zenuw- en zielsziekten</b>	<b>594,7</b>	<b>617,7</b>	<b>679,5</b>	<b>84,9</b>	<b>14,3</b>
Anaesthesiologie	37,4	43,6	60,8	23,4	62,7
Revalidatie	454,1	447,9	443,8	-10,3	-2,3
Radiodiagnostiek					
Radiotherapie	176,7	206,0	179,3	2,5	1,4
Radiologie					
Nucleaire geneeskunde					
Pathologische anatomie					
Medische micro-biologie					
Klinische genetica					
Overige special.					
<b>Totaal</b>	<b>766,4</b>	<b>777,3</b>	<b>830,9</b>	<b>64,4</b>	<b>8,4</b>
tandarts	65,8	113,6	147,9	82,1	124,7
tandarts spec. mond-/kaakchir.	1.998,1	2.137,0	2.288,4	290,4	14,5
huisartsen	-	-	-	-	-
verloskundigen	-	-	-	-	-
overigen	-	-	-	-	-
<b>TOTAAL</b>	<b>791,0</b>	<b>804,3</b>	<b>860,2</b>	<b>69,2</b>	<b>8,7</b>

Bron: NZi

Tabel 2.11 Productie per specialist; (1992, 1993 en 1994), algemene ziekenhuizen:  
Totaal aantal polikliniekbezoeken per fte-specialist

Specialisme	Totaal aantal polibezoeken per fte-specialist			Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
	1992	1993	1994		
Inwendige	3.275,9	3.254,1	3.317,8	41,9	1,3
Longziekten en tuberculose	2.914,4	2.985,5	3.012,7	98,3	3,4
Cardiologie	2.905,6	2.902,7	3.077,3	171,6	5,9
Reumatologie	4.564,7	4.658,6	4.792,6	227,9	5,0
Gastro-enterologie	2.913,8	2.349,6	2.755,4	-158,4	-5,4
Allergologie	5.474,4	6.619,8	6.289,4	815,0	14,9
Kindergeneesk.	2.115,2	2.202,9	2.252,7	137,5	6,5
Klinische geriatrie	271,1	335,9	391,1	120,0	44,3
Dermatologie en venerologie	8.326,7	8.181,2	8.235,5	-91,2	-1,1
<b>Totaal interne</b>	<b>3.517,5</b>	<b>3.506,2</b>	<b>3.586,9</b>	<b>69,5</b>	<b>2,0</b>
Chirurgie	4.816,3	4.763,5	4.895,6	79,3	1,6
Orthopaedie	4.503,7	4.357,3	4.459,1	-44,6	-1,0
Urologie	4.026,4	3.975,1	4.148,8	122,4	3,0
Plastische chirurgie	3.638,9	3.506,5	3.723,8	85,0	2,3
Neurochirurgie	1.360,3	1.370,1	1.423,8	63,5	4,7
Cardiopulmonale chirurgie	224,0	181,0	195,7	-28,3	-12,6
Verlosk/gynoc	3.878,2	3.863,8	3.960,0	81,8	2,1
Oogheelkunde	6.569,5	6.479,3	6.774,6	205,0	3,1
KNO-heelkunde	5.990,7	6.075,0	6.246,1	255,5	4,3
<b>Totaal heekunde</b>	<b>4.755,8</b>	<b>4.694,6</b>	<b>4.846,6</b>	<b>90,7</b>	<b>1,9</b>
Neurologie	3.060,6	2.878,9	3.050,1	-10,5	-0,3
Psychiatrie	1.490,9	1.409,1	1.324,5	-166,5	-11,2
Zenuw- en zielsziekten	542,5	1.177,5	917,4	374,9	69,1
<b>Totaal zenuw- en zielsziekten</b>	<b>2.402,9</b>	<b>2.345,1</b>	<b>2.416,8</b>	<b>13,9</b>	<b>0,6</b>
Anaesthesiologie	182,1	214,5	159,8	-22,3	-12,3
Revalidatie	1.806,4	1.860,5	1.602,0	-204,4	-11,3
Radiodiagnostiek					
Radiotherapie	843,2	1.063,3	982,4	139,2	16,5
Radiologie					
Nucleaire geneeskunde					
Pathologische anatomie					
Medische micro-biologie					
Klinische genetica					
Overige special.					
<b>Totaal</b>	<b>3.103,3</b>	<b>3.075,2</b>	<b>3.166,8</b>	<b>63,5</b>	<b>2,0</b>
tandarts	711,6	1.455,8	1.849,5	1.137,9	159,9
tandarts spec. mond-/kaakchir.	4.180,4	4.380,1	4.707,5	527,1	12,6
huisartsen	-	-	-		
verloskundigen	-	-	-		
overigen	-	-	-		
<b>TOTAAL</b>	<b>3.124,4</b>	<b>3.102,8</b>	<b>3.202,0</b>	<b>77,5</b>	<b>2,5</b>

Bron: NZi

Tabel 2.12 Ontwikkeling herhalingsfactor polikliniekbezoek per fte specialist, 1992-1994

Specialisme	Herhalingsfactor				
	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Inwendige	4,41	4,19	3,84	-0,57	-12,93
Longziekten en tuberculose	5,32	5,22	4,95	-0,37	-6,95
Cardiologie	4,05	3,80	3,37	-0,68	-16,79
Reumatologie	7,40	7,34	7,11	-0,29	-3,92
Gastro-enterologie	4,18	3,72	3,30	0,88	-21,05
Allergologie	7,40	8,09	7,82	0,42	5,68
Kindergeneesk.	2,84	2,74	2,55	-0,29	-10,21
Klinische geriatrie	1,83	1,89	2,00	0,17	9,29
Dermatologie en venerologie	3,46	3,37	3,21	-0,25	-7,23
<b>Totaal interne</b>	<b>4,05</b>	<b>3,88</b>	<b>3,59</b>	<b>-0,46</b>	<b>-11,36</b>
Chirurgie	2,56	2,46	2,37	-0,19	-7,42
Orthopaedie	2,47	2,30	2,23	-0,24	-9,72
Urologie	3,85	3,62	3,47	-0,38	-9,87
Plastische chirurgie	2,84	2,71	2,91	0,07	2,46
Neurochirurgie	1,72	1,68	1,60	-0,12	-6,98
Cardiopulmonale chirurgie	1,35	0,55	0,53	-0,82	-60,74
Verlosk/gynoc	3,71	3,42	3,31	-0,4	-10,78
Oogheelkunde	1,70	1,79	1,71	0,01	0,59
KNO-heelkunde	2,87	2,81	2,74	-0,13	-4,53
<b>Totaal heelkunde</b>	<b>2,61</b>	<b>2,54</b>	<b>2,45</b>	<b>-0,16</b>	<b>-6,13</b>
Neurologie	2,52	2,30	2,15	-0,37	-14,68
Psychiatrie	8,27	7,99	7,11	-1,16	-14,03
Zenuw- en zielsziekten	3,74	3,54	3,57	-0,17	-4,55
<b>Totaal zenuw- en zielsziekten</b>	<b>3,04</b>	<b>2,80</b>	<b>2,56</b>	<b>-0,48</b>	<b>-15,79</b>
Anaesthesiologie	3,87	3,92	1,63	-2,24	-57,88
Revalidatie	2,98	3,15	2,61	-0,37	-12,42
Radiodiagnostiek					
Radiotherapie	3,77	4,16	4,48	0,71	18,83
Radiologie					
Nucleaire geneeskunde					
Pathologische anatomie					
Medische micro-biologie					
Klinische genetica					
Overige special.					
<b>Totaal</b>	<b>3,05</b>	<b>2,96</b>	<b>2,81</b>	<b>-0,24</b>	<b>-7,87</b>
tandarts	9,81	11,82	11,51	1,7	17,33
tandarts spec. mond-/kaakchir.	1,09	1,05	1,06	-0,03	-2,75
huisartsen					
verloskundigen					
overigen					
<b>TOTAAL</b>	<b>2,95</b>	<b>2,86</b>	<b>2,72</b>	<b>-0,23</b>	<b>-7,80</b>

Bron: NZi

### 2.2.3 Aanbod van zorg

In deze paragraaf wordt het aanbod aan medisch-specialistische hulp kwantitatief beschreven aan de hand van de volgende overzichten:

- Aantallen erkende specialistenplaatsen (fte)
- Aantal erkende specialistenplaatsen naar type ziekenhuis
- Gemiddeld aantal specialisten per type ziekenhuis
- Aantallen ingeschreven specialisten en AGIO's
- Aantallen AGNIO's in algemene en academische ziekenhuizen

Uit tabel 2.13 (zie volgende bladzijde) blijkt, dat het aantal specialisten tussen 1992 en 1994 licht is toegenomen (1,2%). Naar omvang de grootste beroepsgroepen zijn: de inwendige specialismen (678), die qua omvang gelijk bleven, gevolgd door chirurgie (581) en anaesthesiologie (518), waarvan de omvang met 1,5, respectievelijk 1% zijn afgenomen. Relatief sterk in omvang toenemende specialismen zijn: cardiologie (5,5%) en kindergeneeskunde (6,3%).

Tabel 2.13 Aantallen erkende specialistenplaatsen\* (1992, 1993 en 1994) in algemene ziekenhuizen (fte)

Specialisme	Aantal fte			Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
	1992	1993	1994		
Inwendige	678	682	678	0	0,0
Longziekten en tuberculose	206	209	216	10	4,9
Cardiologie	344	359	363	19	5,5
Reumatologie	66	67	69	3	4,5
Gastro-enterologie	26	28	30	4	15,4
Allergologie	5	5	5	0	0,0
Kindergeneesk.	288	301	306	18	6,3
Klinische geriatrie	23	23	26	3	13,0
Dermatologie en venerologie	190	193	196	6	3,2
<b>Totaal interne</b>	<b>1.826</b>	<b>1.867</b>	<b>1.889</b>	<b>63</b>	<b>3,5</b>
Chirurgie	590	584	581	-9	-1,5
Orthopaedie	270	277	282	12	4,4
Urologie	185	186	189	4	2,2
Plastische chirurgie	77	82	81	4	5,2
Neurochirurgie	37	39	39	2	5,4
Cardiopulmonale chirurgie	21	23	20	-1	-4,8
Verlosk/gynoc	449	453	452	3	0,7
Oogheelkunde	284	283	281	-3	-1,1
KNO-heelkunde	286	282	278	-8	-2,8
<b>Totaal heelkunde</b>	<b>2.199</b>	<b>2.209</b>	<b>2.203</b>	<b>4</b>	<b>0,2</b>
Neurologie	315	330	324	9	2,9
Psychiatrie	168	172	170	2	1,2
Zenuw- en zielsziekten	29	13	13	-16	-55,2
<b>Totaal zenuw- en zielsziekten</b>	<b>512</b>	<b>515</b>	<b>507</b>	<b>-5</b>	<b>-1,0</b>
Anaesthesiologie	523	516	518	-5	-1,0
Revalidatie	56	60	65	9	16,1
Radiodiagnostiek	422	429	423	1	0,2
Radiotherapie	35	35	39	4	11,4
Radiologie	106	109	103	-3	-2,8
Nucleaire geneeskunde	19	26	28	9	47,4
Pathologische anatomie	135	130	133	-2	-1,5
Medische micro-biologie	76	82	83	7	9,2
Klinische genetica	-	-	-	-	-
Overige special.	1.372	1.387	5.991	82	1,4
<b>Totaal</b>	<b>5.909</b>	<b>5.978</b>	<b>5.991</b>	<b>82</b>	<b>1,4</b>
tandarts	16	12	10	-6	-37,5
tandarts spec. mond-/kaakchir.	127	125	123	-4	-3,2
huisartsen	-	-	-	-	-
verloskundigen	-	-	-	-	-
overigen	-	-	-	-	-
<b>TOTAAL</b>	<b>6.052</b>	<b>6.115</b>	<b>6.124</b>	<b>72</b>	<b>1,2</b>

\* Op basis van Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen  
Bron: NZi

De hiervoor gegeven aantallen specialisten gelden voor de algemene ziekenhuizen. In tabel 2.14 wordt een overzicht gegeven van het aantal erkende specialistenplaatsen per type ziekenhuis (exclusief de tandheelkundige specialismen).

Tabel 2.14 Aantal erkende specialistenplaatsen naar type ziekenhuis

	1992 totaal	poort	1993 totaal	poort	1994 totaal	poort	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	5.909	4.578	5.978	4.671	5.991	4.672	82	1,39
Categoriaal	346	305	345	280	348	277	2	0,58
Academisch	2.452	880	2.345	882	2.339	880	-113	-4,61
Totaal	8.707	5.763	8.668	5.833	8.678	5.829	-29	-0,33

Bron: FOZ 1994 (tabel 2.8) en FOZ 1996 (Bijlage B3.1); bewerking NZi

De gegevens uit deze tabel kunnen worden omgerekend naar het gemiddeld aantal specialisten (fte) per ziekenhuis naar de verschillende typen ziekenhuizen.

Tabel 2.15 Gemiddeld aantal specialisten per type ziekenhuis

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
Algemeen	52,3	52,9	53,5	1,2	2,3
Categoriaal	10,8	10,8	11,6	0,8	7,3
Academisch	272,4	260,6	259,9	-12,6	-4,6

Bron: FOZ 1996 (Bijlage B3.1), NZi 1996

Gemiddeld nemen de algemene ziekenhuizen iets in omvang toe, terwijl de academische ziekenhuizen gemiddeld in omvang afnemen.

#### Opleiding en registratie

In verband met het aanbod aan medisch specialistische hulp volgen hieronder nog twee tabellen met betrekking tot respectievelijk het aantal ingeschreven specialisten en agio's (aankomend geneeskundige in opleiding) en het aantal agnio's (aankomend geneeskundigen niet in opleiding).

Niet alle ingeschreven specialisten zijn (in Nederland) praktizerend.

Tabel 2.16 Totaal aantal ingeschreven specialisten en aantallen agio's

	aantal specialisten 1-1-1993	aantal specialisten 1-1-1995	aantal agio's 1993	aantal agio's 1995	abs.groei aantal agio's 1993-1995	proc.groei aantal agio's 1993-1995
Totaal	13.238	14.143	2.541	3.054	513	20,2

Bron: SRC

Tabel 2.17 Aantallen AGNIO's in algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen

	1992	1993	1994	Abs.verandering 92-94	Proc. verandering 92-94
<b>aantal werkzame personen</b>					
Algemene zkh	767	911	922	155	20,2
Acad. zkh	650	619	592	-58	-8,9
<b>TOTAAL</b>	<b>1.417</b>	<b>1.530</b>	<b>1.514</b>	<b>97</b>	<b>6,8</b>
<b>Aantal fte</b>					
Algemene zkh	710	844	871	161	22,7
Acad. zkh	617	524	490	-127	-20,6
<b>TOTAAL</b>	<b>1.327</b>	<b>1.368</b>	<b>1.361</b>	<b>34</b>	<b>2,6</b>

Bron: NZi

#### 2.2.4 Afstemming van het aanbod op de vraag

De vraag op welke wijze de afstemming van vraag en aanbod zich tussen 1992 en 1994 heeft ontwikkeld, valt niet gemakkelijk te beantwoorden. In het bijzonder zou naast het gebruik ook de ontwikkeling van de wachtlijsten (en eventueel van overcapaciteit) in kaart gebracht moeten worden. Hierover is echter op dit moment weinig informatie beschikbaar. Op het onderwerp 'wachtlijsten' wordt in paragraaf 2.3.4 nader ingegaan.

Om enige indicatie te geven hoe het aanbod zich ontwikkelt ten opzichte van de potentiële vraag kan worden gekeken naar de ontwikkeling van het aantal medisch specialisten per 100.000 inwoners van Nederland. De volgende twee tabellen geven daarover informatie.



Tabel 2.18 Aantallen erkende specialistenplaatsen in algemene ziekenhuizen (fte) per 100.000 van de bevolking

Specialisme	Aantal per 100.000 van de bevolking			Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
	1992	1993	1994		
Inwendige	4,49	4,49	4,43	-0,06	-1,34
Longziekten en tuberculose	1,36	1,38	1,41	0,05	3,68
Cardiologie	2,28	2,36	2,37	0,09	3,95
Reumatologie	0,44	0,44	0,45	0,01	2,27
Gastro-enterologie	0,17	0,18	0,20	0,03	17,65
Allergologie	0,03	0,03	0,03	0,00	0,00
Kindergeneesk.	1,91	1,98	2,00	0,09	4,71
Klinische geriatrie	0,15	0,15	0,17	0,02	13,33
Dermatologie en venerologie	1,26	1,27	1,28	0,02	1,59
<b>Totaal interne</b>	<b>12,09</b>	<b>12,28</b>	<b>12,35</b>	<b>0,26</b>	<b>2,15</b>
Chirurgie	3,91	3,84	3,80	-0,11	-2,81
Orthopaedie	1,79	1,82	1,84	0,05	2,79
Urologie	1,23	1,22	1,24	0,01	0,81
Plastische chirurgie	0,51	0,54	0,53	0,02	3,92
Neurochirurgie	0,25	0,26	0,25	0,00	0,00
Cardiopulmonale chirurgie	0,14	0,15	0,13	-0,01	-7,14
Verlosk/gynoc	2,97	2,98	2,95	-0,02	-0,67
Oogheelkunde	1,88	1,86	1,84	-0,04	-2,13
KNO-heelkunde	1,89	1,86	1,82	-0,07	-3,70
<b>Totaal heelkunde</b>	<b>14,56</b>	<b>14,53</b>	<b>14,40</b>	<b>-0,16</b>	<b>-1,10</b>
Neurologie	2,09	2,17	2,12	0,03	1,44
Psychiatrie	1,11	1,13	1,11	0,00	0,00
Zenuw- en zielsziekten	0,19	0,09	0,09	-0,11	-57,89
<b>Totaal zenuw- en zielsziekten</b>	<b>3,39</b>	<b>3,39</b>	<b>3,31</b>	<b>-0,08</b>	<b>-2,36</b>
Anaesthesiologie	3,46	3,39	3,39	-0,07	-2,02
Revalidatie	0,37	0,39	0,42	0,05	13,51
Radiodiagnostiek	2,79	2,82	2,76	-0,03	-1,08
Radiotherapie	0,23	0,23	0,25	0,02	8,70
Radiologie	0,70	0,72	0,67	-0,03	-4,29
Nucleaire geneeskunde	0,13	0,17	0,18	0,05	38,46
Pathologische anatomie	0,89	0,86	0,87	-0,02	-2,25
Medische micro-biologie	0,50	0,54	0,54	0,04	8,00
Klinische genetica					
Overige special.	9,09	9,13	9,10	0,01	0,11
<b>Totaal</b>	<b>39,13</b>	<b>39,33</b>	<b>39,16</b>	<b>0,03</b>	<b>0,08</b>
tandarts	0,11	0,08	0,07	-0,04	-36,36
tandarts spec. mond/ kaakchir.	0,84	0,82	0,80	-0,04	-4,76
huisartsen					
<b>TOTAAL</b>	<b>40,08</b>	<b>40,23</b>	<b>40,03</b>	<b>-0,05</b>	<b>-0,12</b>

Bron: NZi

Uit tabel 2.18 blijkt, dat het aantal specialistenplaatsen voor de algemene ziekenhuizen in totaal vrijwel constant blijft op zo'n 40 per 100.000 van de bevolking. Tussen 1992 en 1994 is het aantal plaatsen voor interne geneeskunde per 100.000 inwoners gestegen met 0,26 terwijl het aantal plaatsen voor heelkunde afnam met 0,16. Bovenstaande tabel betreft uitsluitend de medisch specialisten in algemene ziekenhuizen. In de volgende tabel wordt dezelfde informatie gegeven voor alle medisch specialisten, onderverdeeld naar de verschillende typen ziekenhuizen:

Tabel 2.19 Aantal erkende specialistenplaatsen naar type ziekenhuis per 100.000 inwoners

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	39,13	39,33	39,16	0,03	0,08
Categoriaal	2,29	2,27	2,27	-0,02	-0,87
Academisch	16,24	15,43	15,29	-0,95	-5,85
Totaal	57,66	57,03	56,72	-0,94	-1,63

Bron: FOZ 1994 (tabel 2.8) en FOZ 1996 (Bijlage B3.1); bewerking NZi

Het totaal aantal specialistenplaatsen per 100.000 inwoners blijkt rond de 57 te liggen. Opvallend is de relatief grote daling aan specialistenplaatsen in academische ziekenhuizen.

### 2.2.5 Kosten van zorg in cijfers

In tabel 2.20 is de financiering van de uitgaven van medisch-specialistische hulp in kaart gebracht in relatie tot de financieringsbron.

Tabel 2.20 Financiering(-bronnen) medisch en tandheelkundig specialisten (ex- en inclusief AWBZ-psychiaters)  
(In miljoenen gulden)

Bron	1992		1993		1994		1995*		Abs. groei 92-94	Proc. groei 92-94
	med. spec.	totaal	med. spec.	totaal	med. spec.	totaal	med. spec.	totaal		
Ziekenfonds	1.120,0	1.263,0	1.039,0	1.195,0	1.107,0	1.282,0	1.228,7	153,9	19,0	1,50
Particulier	1.145,0	1.294,0	1.034,0	1.200,5	975,4	1.136,5	882,5	50,3	-157,5	-12,17
Overig	92,0	118,0	97,0	120,5	109,6	136,5	110,7	16,0	18,5	15,68
Totaal	2.357,0	2.675,0	2.170,0	2.516,0	2.192,0	2.555,0	2.221,9	220,2	2.442,1	-4,49
(excl. psych)										
AWBZ ..		152,0		149,0		130,0			92,0	-14,47
Totaal		2.827,0		2.665,0		2.685,0			2.534,1	-5,02
incl.psych										

\* De bedragen voor wat betreft de particuliere en overige financieringsbronnen zijn overeenkomstig de ramingen uit het FOZ 1996. De bedragen voor het Ziekenfonds en de AWBZ betreffen de uitgaven, zoals deze naar verwachting in 1996 zullen worden vastgesteld.

.. In het FOZ 1996 zijn de psychiaters overgeheveld naar een ander hoofdstuk, i.v.m. de overheveling naar de AWBZ. Vandaar dat ze ook hier apart staan vermeld.

Bron: CBS

## 2.2.6 Ontwikkelingen en signaleringen

Voor de medisch-specialistische zorg in Nederland zijn in het bijzonder de volgende ontwikkelingen belangrijk:

### *Bevordering van kwaliteit en doelmatigheid in de zorg.*

Vanuit het oogpunt van de medisch-specialistische zorgverlener is het zinvol om deze twee begrippen -die vrijwel altijd in één adem worden genoemd- uit elkaar te halen.

Op het gebied van het kwaliteitsbeleid kennen de medisch-specialisten twee speerpunten van beleid: protocolontwikkeling en visitaties.

Protocollering is belangrijk voor een vergroting van de mogelijkheden tot toetsing van het medisch handelen. Daarnaast vormt het de basis voor de afstemming van het medisch specialistisch handelen met enerzijds de protocollen van de huisartsen en anderzijds met de rest van het ziekenhuisbedrijf. In dit verband kan onder meer de ontwikkeling in het kader van PACE worden genoemd. Binnen PACE streven een aantal ziekenhuizen naar kwaliteitsnormen voor medisch specialistische en ziekenhuisproducten.

Visitaties vonden in het verleden altijd al plaats in opleidingsziekenhuizen om de kwaliteit van de opleiding tot medisch specialist te toetsen. Sinds 1995 worden bij wijze van proef ook maatschappen in niet-opleidingsziekenhuizen gevisiteerd. In totaal hebben 74 visitaties plaatsgevonden. In 1996 zal een meer volledig programma worden ontwikkeld. Het gaat dan om zo'n 350 visitaties. Het streven is erop gericht om de toetsing uiteindelijk niet te beperken tot maatschappen, maar uit te breiden tot ziekenhuizen als geheel.

De LSV ziet onder meer de volgende knelpunten bij deze ontwikkeling:

- De subsidie voor met name de visitaties is beperkt. Voor een volledig visitatieprogramma alleen al zou een bedrag van 20,5 miljoen gulden nodig zijn.
- Er is afstemming nodig met de protocolontwikkeling, zoals die bij de huisartsen gaande is en met de ziekenhuizen. Huisartsen zijn ook zelf bezig met protocolontwikkeling.
- Door de overheid worden kwaliteitsbeleid en doelmatigheidsbeleid te veel aan elkaar gekoppeld. Doelmatigheidsbevordering onder handhaving of zelfs verhoging van de kwaliteit vraagt dikwijls om investeringen. Die ruimte is er vaak niet. Sterker nog: zaken als efficiëntie-kortingen demotiveren het plegen van investeringen (bron: interview LSV).

### *Toenemende spanning tussen vraag en aanbod*

Drie factoren maken, dat de zorgvraag verder blijft stijgen: demografische ontwikkelingen (vergrijzing), technologische ontwikkelingen die steeds meer mogelijk maken en de toenemende mondigheid van de patiënt, die steeds meer vraagt om bepaalde onderzoeken en behandelingen. Het aanbod wordt begrensd door de toegestane maximale groei van 1,3%. Dat leidt tot een zorgkloof tussen zorgvraag en -aanbod, waarvoor wachtlijsten in de zorg een indicatie kunnen zijn. Wachtlijst omzeilende initiatieven door de wijziging van de sociale zekerheidswetgeving zijn al zichtbaar aan het worden: bedrijven, die capaciteit van ziekenhuizen inhuren en allerlei privé-initiatieven. (Zie ook paragraaf 2.3.6 en de opmerkingen bij paragraaf 8.4)

### *Kostenbeheersing en integratie*

Een derde belangrijke ontwikkeling is die van het gezamenlijke streven naar kostenbeheersing en gelijkgerichtheid van het medisch-specialistisch handelen met het ziekenhuisbeleid. De lokale/regionale initiatieven zijn voorbeelden van initiatieven om tot deze beide doelstellingen te komen. Deze ontwikkeling moet gezien worden als een

overgangstraject. Voor de mutaties van jaar op jaar wordt gewerkt met een beperkt aantal parameters uit de functiegerichte budgettering en men kan zich afvragen of die voldoende zijn om het medisch-specialistisch handelen volledig te beschrijven. Daarnaast gaan de initiatieven uit van een bepaald startjaar. Het is duidelijk, dat bij jaarlijks voortschrijdende mutaties dit vaste startpunt steeds meer problemen zal gaan geven. De historisch bepaalde verschillen in honorarium-omzet tussen maatschappen binnen het ziekenhuis en tussen ziekenhuizen zullen zonder een goede onderbouwing ervan een sterke impuls geven aan de ontwikkeling van een honoreringssysteem, dat meer recht doet aan de inspanning en verantwoordelijkheid van de medisch specialisten. In Alkmaar (MCA, een experiment van het eerste uur) heeft dit reeds geleid tot een gelijke beloning voor alle specialisten, met toeslagen voor inconveniënten. Overigens kan in dit verband worden opgemerkt, dat de LSV voorstander is van een ontwikkeling naar een systeem van produkttypering in combinatie met een uurvergoedingensysteem. De ziekenhuizen en de zorgverzekeraars zijn geen voorstander van een uurvergoedingensysteem.

## 2.3 Het ziekenhuis

### 2.3.1 Regulering, financiering en verzekering

Sinds het verschijnen van het branche-rapport "Curatieve Zorg in Nederland" in 1993 hebben zich in de sector ziekenhuizen vele ontwikkelingen voorgedaan. Veel van die ontwikkelingen zijn echter zorginhoudelijk van karakter (zoals bijvoorbeeld de transmuralisering) of hebben, waar het gaat om wet- en regelgeving en financiering een experimenteel karakter (denk bijvoorbeeld aan de lokale/regionale initiatieven en aan de flexibilisering van de ziekenfondswet.)

Waar het gaat om feitelijk gerealiseerde veranderingen in de wetgeving, kunnen de volgende zaken worden genoemd:

- Op 9 april 1993 is door de Eerste Kamer de Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg aangenomen. Deze wet regelt de beroepen en de wijze van beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Beroepsbeoefenaren mogen zich arts, verpleegkundige, enz. noemen, wanneer zij als zodanig zijn geregistreerd. De registratie van verpleegkundigen is begonnen in december 1995 en zal zijn afgerond in december 1997. Tot die datum verandert er nog niets.
- De Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst is op 1 april 1995 in werking getreden.
- Op 1 augustus 1995 is de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector in werking getreden. Deze wet heeft tot doel het cliënten gemakkelijker te maken om eventuele klachten aan de orde te kunnen stellen.
- Per 1 januari 1996 is de Wet Ziekenhuis Voorzieningen gedereguleerd. Deze deregulering houdt in, dat tot een veel hoger bedrag dan voorheen kan worden volstaan met een zogenaamde melding. Kosten van instandhoudingsinvesteringen zijn nu -middels een stelsel van normeringen- onder het regime van de WTG gebracht en maken derhalve deel uit van het instellingsbudget.
- Per 31 december 1995 is de specificatie van erkenningen naar aantallen bedden en aantallen specialistenplaatsen bevroren. Er is nu nog uitsluitend sprake van een erkenning als ziekenhuis.
- Ook met ingang van 1 januari 1996 is de COTG-richtlijn rentenormering/protocollering voor instellingen ingevoerd. In het verleden werd rente op leningen voor 100% nagecalculeerd. Daardoor ontbrak op dit onderdeel voor de instellingen een financiële prikkel voor een efficiënt beleid. Met de nieuwe regeling wordt een dergelijke

prikkel wel ingebouwd.

- Per 1 april 1996 is de Kwaliteitswet Zorginstellingen in werking getreden. Per diezelfde datum is het besluit erkenningseisen ex ZFW vervallen. De kwaliteitswet heeft tot doel de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg meer nadrukkelijk bij de zorgaanbieder te leggen.
- Op 1 juni 1996 is de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen in werking getreden. Deze wet heeft tot doel gebruikers van zorginstellingen meer invloed te geven op het beleid van zorginstellingen. De wet voorziet onder meer in de oprichting van cliëntenraden en geeft de gebruikers invloed op de samenstelling van het bestuur van de instelling.

### 2.3.2 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

Onderstaand wordt een aantal tabellen gepresenteerd met betrekking tot de productie van algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Het gaat om de volgende overzichten:

- Aantal opnamen;
- Aantal opnamen per bed;
- Aantal verpleegdagen;
- Gemiddelde verpleegduur;
- Bedbezettingspercentage;
- Aantal dagverpleegdagen;
- Aantal eerste polikliniekbezoeken;
- Totaal aantal polikliniekbezoeken.

Tabel 2.21 Productiegegevens: Aantal opnamen (x1.000)

Aantal opnamen (x1000)	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	1.327	1.338	1.364	1.353	37	2,8
Categoriaal	36	37	37	39	1	2,8
Academisch	198	200	200	202	2	1,0
Totaal	1.561	1.575	1.601	1.594	40	2,6

Bron: NZi

Geconstateerd kan worden, dat de ontwikkeling in het aantal opnamen in algemene en categorale ziekenhuizen gelijk oploopt (een stijging van 2,8%) en dat de ontwikkeling van het aantal opnamen in academische ziekenhuizen daarbij wat achter blijft (tabel 2.21).

Tabel 2.22 Productiegegevens: Aantal opnamen per bed

Aantal(x1000)	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	25,8	26,5	27,3	27,8	1,5	5,8
Categoriaal	8,5	7,8	9,3	10,0	0,8	9,4
Academisch	26	26,3	26,2	26,4	0,2	0,8

Bron: NZi

Uit tabel 2.22 blijkt, dat het aantal opnamen per bed tussen 1992 en 1994 is gestegen, het sterkst in de categorale ziekenhuizen. Dit is een gevolg van een nog steeds

voortgaande daling van de gemiddelde verpleegduur en een dalend aantal bedden (zie paragraaf 2.4.3).

Tabel 2.23 Productiegegevens: Aantal verpleegdagen

Aantal verpleeg- dagen (x1000)	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	13.338	13.104	12.935	12.619	-403	-3,0
Categoriaal	1.223	1.207	1.145	1.129	-78	-6,4
Academisch	2.118	2.105	2.061	2.054	-57	-2,7
Totaal	16.679	16.416	16.141	15.802	-538	-3,2

Bron: NZi

Ondanks een toenemend aantal opnamen, daalt het totaal aantal verpleegdagen met gemiddeld ruim 3% (tabel 2.23). Deze twee ontwikkelingen kunnen alleen maar plaatsvinden bij een daling van de gemiddelde verpleegduur. Tabel 2.24 illustreert deze ontwikkeling.

Tabel 2.24 Productiegegevens: Gemiddelde verpleegduur

Aantal dagen	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	10,1	9,8	9,5	9,3	-0,6	-5,7
Categoriaal	34,0	32,6	30,9	-	-3,0	-8,9
Academisch	10,7	10,5	10,3	10,2	-0,4	-3,7

Bron: NZi

De afname van de gemiddelde verpleegduur kan aanzienlijk worden genoemd. In 1994 lag een patiënt gemiddeld nog maar 9,5 dag in een algemeen ziekenhuis. Hierbij moet worden opgemerkt, dat deze duur berekend wordt met uitsluiting van de ééndagsopnamen (zie tabel 2.26).

Tabel 2.25 Productiegegevens: Bedbezettingspercentage

%	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	70,9	71,0	71,3	71,0	0,4	0,6
Categoriaal	75,3	77,4	78,6	-	3,3	4,4
Academisch	76,2	75,7	74,2	73,6	-2,0	-2,6

Bron: NZi

Uit tabel 2.25 blijkt, dat over het geheel genomen het bedbezettingspercentage langzaam stijgt. De academische ziekenhuizen wijken wat van dat beeld af. Overigens bestaat de sterke indruk, dat het werkelijke aantal bedden lager ligt dan het aantal erkende bedden. De gemiddelde bedbezetting ligt in de praktijk dan ook duidelijk hoger dan de hier vermelde percentages. Ook zouden de dagverplegingsdagen (zie tabel 2.26) bij de verpleegdagen gerekend moeten worden. De bezettingsgraad valt daardoor zo'n 2,5% hoger uit.

Tabel 2.26 Productiegegevens: Aantal dagverpleegdagen (M-10)

Aantal (x1000)	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	468	491	538	568	70	15,0
Categoriaal	6	6	7	8	1	16,7
Academisch	49	46	48	53	-1	-2,0
Totaal	523	543	593	629	70	13,4

Bron: NZi

Het aantal dagverplegingsdagen neemt zowel bij de algemene als bij de categorale ziekenhuizen sterk toe. Ook hier wijkt het beeld van de academische ziekenhuizen af.

Tabel 2.27 Productiegegevens: Aantal eerste polikliniekbezoeken

Aantal (x1000)	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	4.787	4.918	5.268	5.464	481	10,0
Categoriaal	109	100	95	90	-14	-12,8
Academisch	578	592	604	634	26	4,5
Totaal	5.471	5.610	5.967	6.188	496	9,1

Bron: NZi

Voor het aantal eerste polikliniekbezoeken geldt een genuanceerd beeld. In de algemene en academische ziekenhuizen stijgt het aantal eerste polikliniekbezoeken (respectievelijk 10 en 4,5%), terwijl het in de categorale ziekenhuizen juist sterk afneemt (tabel 2.27). Ongeveer hetzelfde patroon is zichtbaar voor het totaal aantal polikliniekbezoeken, zoals uit tabel 2.28 blijkt.

Tabel 2.28 Productiegegevens: Totaal aantal polikliniekbezoeken

Aantal (x1000)	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	18.909	18.973	19.609	19.586	700	3,7
Categoriaal	410	373	367	360	-43	-10,5
Academisch	2.742	2.746	2.721	2.927	-21	-0,8
Totaal	22.061	22.092	22.697	22.873	636	2,9

Bron: NZi

Ten slotte volgen hierna nog twee tabellen met productiecijfers van algemene ziekenhuizen. De eerste (tabel 2.29) betreft de klinische productie, de tweede (tabel 2.30) betreft de poliklinische productie.



Tabel 2.29 De klinische productie in algemene ziekenhuizen

	1992	1993	1994	Abs.groei	Proc.groei
Operaties	994.136	995.018	1.008.426	14.290	1,44
Röntgenverrichtingen	1.723.864	1.758.581	1.771.037	47.173	2,74
Laboratoriumpunten	177.981.944	184.366.016	183.951.984	5.970.040	3,35
Functie-onderzoeken	1.206.125	1.247.019	1.374.255	168.130	13,94
Fysiotherapiebehandelingen	3.669.882	3.464.191	3.298.434	-371.448	-10,12
Verlossingen	71.136	71.432	72.981	1.845	2,59
Isotopenonderzoeken:					
- in vitro	269.053	254.562	253.916	-15.137	-5,63
- in vivo	36.897	34.712	36.187	-710	-1,92
Computertomografie	110.568	118.141	125.030	14.462	13,08

Bron: NZi

In tabel 2.29 zijn opvallend de sterke toename van het aantal functie-onderzoeken en de computertomografie met 14, respectievelijk 13 procent en de sterke afname van het aantal fysiotherapiebehandelingen met ruim 10%

Tabel 2.30 De poliklinische productie in algemene ziekenhuizen

	1992	1993	1994	Abs.groei '92-'94	Proc.groei '92-'94
Operaties*	1.549.988	1.578.262	1.973.132	423.144	27,30
Röntgenverrichtingen	5.379.261	5.392.861	5.499.863	120.602	2,24
waarvan voor huisartsen	1.827.601	1.885.403	1.960.012	132.411	7,25
Laboratoriumpunten**	231.127.532	241.696.192	255.805.440	24.677.908	10,68
waarvan voor huisartsen	46.840.167	49.751.784	54.636.472	7.796.305	16,64
Functie-onderzoeken	3.552.366	3.778.255	4.278.445	726.079	20,44
Fysiotherapiebehandelingen	1.218.419	1.195.000	1.221.154	2.735	0,22
Verlossingen	43.417	42.424	40.354	-3.063	-7,05
Isotopenonderzoeken:					
- in vitro	1.840.410	1.882.725	1.899.020	58.610	3,18
- in vivo	99.756	104.517	113.701	13.945	13,98
Computertomografie	223.415	224.230	246.559	23.144	10,36

\* De aanzienlijke toename van het aantal poliklinische operaties in 1994 ten opzichte van 1993 wordt veroorzaakt door een definitieve wijziging in de COTG tarievenlijst voor nevenverrichtingen.

\*\* Inclusief voor derden

Bron: NZi

De ontwikkelingen in de poliklinische productie (zie tabel 2.30) vertonen in bepaalde opzichten een wat afwijkend patroon ten opzichte van de klinische productie. Zo is het opvallend, dat hier het aantal fysiotherapiebehandelingen vrijwel constant blijft. Klinische fysiotherapie wordt kennelijk niet gesubstitueerd door poliklinische. Het aantal poliklinische verlossingen daalt met 7%, terwijl het aantal klinische verlossingen met 2,5% stijgt. Het aantal poliklinische functie-onderzoeken stijgt met ruim 20%. Ten slotte is opvallend de sterke stijging van het aantal laboratoriumpunten (bijna 17%) en van het aantal röntgenverrichtingen (7,25%) ten behoeve van huisartsen. In beide gevallen is deze stijging sterker dan die van het totaal. Het aandeel productie ten behoeve van huisartsen bij röntgenverrichtingen neemt toe van 34 naar 36 procent en bij de laboratoriumpunten van 20 naar 21 procent.

### *Een demografische prognose van enkele produktiefactoren*

Voor enkele kerngegevens van de ziekenhuisproductie kan een prognose worden gegeven op basis van de te verwachten demografische ontwikkelingen. Achtereenvolgens worden tabellen gepresenteerd met betrekking tot:

- het aantal dagverplegingsopnamen;
- het aantal klinische opnamen;
- het aantal klinische verpleegdagen.

Met nadruk moet bij deze cijfers worden opgemerkt, dat het een puur demografisch prognose is. Er is bijvoorbeeld geen rekening gehouden met:

- de verkorting van de verpleegduur en of, en in welke mate, deze zich voort zal zetten;
- technologische ontwikkelingen, waardoor klinische opnamen kunnen worden gesubstitueerd door dagverplegingsopnamen;
- het financieel beleid van de overheid.

De basis van de prognose is een vergelijking van (de samenstelling van) de bevolking per 1 januari 1994 (Bron: CBS) met de meest recente bevolkingsprognose van het CBS voor 1 januari 1997. Per leeftijdsgroep is een omrekeningsfactor berekend. Deze is vervolgens toegepast op de produktiecijfers 1994, zoals deze door de SIG zijn geregistreerd. Voor de leeftijdsindeling van de bevolking is aangesloten bij de door de SIG gehanteerde indeling.

Tabel 2.31 Demografische prognose: Aantal dagverplegingsopnamen

	1994	Bevolkingsgroei	Prognose 1997	Vershil
0-jarigen	6.991	0,995	6.956	-35
1-14	158.608	1,016	161.146	2.538
15-44	197.201	0,985	194.243	-2.958
45-64	140.945	1,063	149.825	8.880
65-74	58.070	1,023	59.406	1.336
75+	33.651	1,092	36.747	3.096
Totaal	595.466		608.322	12.856

Bron: SIG, CBS

Het werkelijke aantal dagopnamen (tabel 2.31) zal naar alle waarschijnlijkheid sterker groeien dan de prognose op basis van demografie. De ontwikkeling kent een weliswaar afnemende, maar toch nog duidelijk positieve trendmatige ontwikkeling.

Tabel 2.32 Demografische prognose: Aantal klinische opnamen

	1994	Bevolkingsgroei	Prognose 1997	Vershil
0-jarigen	136.825	0,995	136.141	-684
1-14	90.143	1,016	91.585	1.442
15-44	469.451	0,985	462.409	-7.042
45-64	375.863	1,063	399.542	23.679
65-74	266.703	1,023	272.837	6.134
75+	254.594	1,092	278.017	23.423
Totaal	1.593.579		1.640.532	46.953

Bron: SIG, CBS

Tabel 2.33 Demografische prognose: Aantal klinische verpleegdagen

	1994	Bevolkingsgroei	Prognose 1997	Vershil
0-jarigen	920.871	0,995	916.267	-4.604
1-14	593.429	1,016	602.924	9.495
15-44	3.400.668	0,985	3.349.658	-51.010
45-64	3.567.103	1,063	3.791.830	224.727
65-74	3.213.639	1,023	3.287.553	73.914
75+	3.821.306	1,092	4.172.866	351.560
Totaal	15.517.016		16.121.098	604.082

Bron: SIG, CBS

Tabel 2.33 illustreert hoe riskant het is een puur demografische raming op te stellen voor zorgtypen waarbij zich ook belangrijke trendmatige ontwikkelingen voordoen. De feitelijke trendmatige ontwikkeling van de gemiddelde verpleegduur is zodanig, dat per saldo een daling van het aantal klinische verpleegdagen mag worden verwacht. Uit tabel 2.23 blijkt tussen 1992 en 1994 in algemene ziekenhuizen een daling te zijn geweest van 3%. Informatie over 1995 geeft aan dat deze daling zich voortzet. Volgens de hier gegeven demografische prognose zou er echter een stijging van bijna 4% naar 1997 moeten volgen. Dit lijkt zeer onwaarschijnlijk.

### 2.3.3 Aanbod van zorg in cijfers

In deze paragraaf wordt het aanbod van zorg in de ziekenhuissector geschetst. De paragraaf bestaat uit drie delen:

- Capaciteiten, uitgedrukt in instellingen en bedden
- Personeel
- Opleidingen

#### Capaciteiten

Twee tabellen met capaciteitsgegevens worden gepresenteerd:

- Aantallen ziekenhuizen
- Aantallen erkende bedden per type ziekenhuis

Tabel 2.34 Kerngegevens ziekenhuizen: Aantallen ziekenhuizen

	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	113	113	112	109	-1	-0,9
Categoriaal	32	32	30	28	-2	-6,3
Academisch	9	9	9	9	0	0,0
Totaal	154	154	151	146	-3	-1,9

\* Dit aantal is inclusief het Wilhelmina Kinder Ziekenhuis (WKZ) in Utrecht.

Bron: NZi

Tabel 2.35 Kerngegevens ziekenhuizen: Totaal gemiddeld aantal erkende bedden per type ziekenhuis

	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	51.381	50.585	49.735	48.663	-1646	-3,2
Categoriaal	4.436	4.272	3.994	3.721	-442	-10,0
Academisch	7.599	7.613	7.616	7.644	17	0,2
Totaal	63.416	62.470	61.345	60.028	-2071	-3,3

Bron: NZi

De daling van het aantal bedden in algemene en categorale ziekenhuizen zet zich nog steeds voort. Uit paragraaf 2.3.4 blijkt, dat hiermee het aantal bedden per duizend inwoners in algemene ziekenhuizen is gedaald van 3,4 naar 3,2. In dit verband kan worden opgemerkt, dat de nieuwe streefwaarde voor dit promillage is gesteld op 2,8.

#### *Personeel*

Voor de capaciteit van het zorgaanbod in de algemene, categorale en academische ziekenhuizen is de ontwikkeling en samenstelling van het personeelsbestand een uiterst belangrijke factor. Hieronder volgt een aantal tabellen met kerninformatie met betrekking tot personeel in ziekenhuizen. Het betreft achtereenvolgens tabellen over:

- aantallen arbeidsplaatsen en aantallen werknemers in respectievelijk algemene, academische en categorale ziekenhuizen;
- het percentage part-timers in algemene en categorale ziekenhuizen;
- de verdeling van het personeel naar geslacht;
- de leeftijdsverdeling van het personeel in algemene en categorale ziekenhuizen in 1994.

Tabel 2.36 Aantal arbeidsplaatsen in algemene ziekenhuizen

personeelscategorie	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
algemene en administratieve functies	14.938	15.299	14.986	15.047	48	0,3
hotelfuncties	14.288	14.172	13.659	13.627	-629	-4,4
patiëntgebonden functies	57.811	59.101	59.127	59.520	1.316	2,3
leerling verpl., verz., opv. personeel	10.453	9.898	9.139	7.967	-1.314	-12,6
terrein- en gebouwengebonden functies	2.076	2.072	2.018	1.967	-58	-2,8
stagiaires	147	213	192	186	45	30,6
personeel niet in loondienst	2.417	1.765	1.391	1.427	-1.026	-42,4
TOTAAL PERSONEEL	102.130	102.520	100.512	99.741	-1.618	-1,6

Bron: NZi

Tabel 2.37 Aantal werknemers in algemene ziekenhuizen

personeelscategorie	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
algemene en administratieve functies	20.417	21.217	21.279	-	862	4,2
hotelfuncties	23.924	24.189	24.159	-	235	1,0
patiëntgebonden functies	77.847	80.606	82.227	-	4.380	5,6
leerling verpl., verz., opv. personeel	10.458	9.911	9.153	-	-1.305	-12,5
terrein- en gebouwengebonden functies	2.146	2.146	2.109	-	-37	-1,7
stagiaires	216	316	273	-	57	26,4
personeel niet in loondienst	3.369	2.622	1.962	-	-1.407	-41,8
<b>TOTAAL PERSONEEL</b>	<b>138.377</b>	<b>141.007</b>	<b>141.162</b>	<b>-</b>	<b>2.785</b>	<b>2,0</b>

Bron: NZi

De tabellen 2.36 en 2.37 suggereren een zekere uitwisseling tussen het inservice-opleidingensysteem en het dagonderwijs voor de verplegende en verzorgende beroepen. (zie paragraaf 2.3.6). De categorie leerlingverpleegkundigen neemt sterk af. Verder is opvallend, dat het aantal arbeidsplaatsen afneemt met 1,6%, terwijl het aantal werknemers in algemene ziekenhuizen met 2% stijgt. Het aantal part-time-werkenden stijgt derhalve nog steeds sterk (zie ook tabel 2.42).

Tabel 2.38 Aantal arbeidsplaatsen in academische ziekenhuizen

personeelscategorie	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
algemene en administratieve functies	5.202	5.434	5.452	5.506	250	4,8
hotelfuncties	3.104	3.121	3.017	2.998	-87	-2,8
patiëntgebonden functies	18.369	18.692	18.942	19.046	573	3,1
leerling verpl., verz., opv. personeel	1.260	1.184	1.066	1.008	-194	-15,4
terrein- en gebouwengebonden functies	613	631	602	599	-11	-1,8
personeel niet in loondienst en stagiaires	1.117	981	878	904	-239	-21,4
<b>TOTAAL PERSONEEL</b>	<b>29.666</b>	<b>30.043</b>	<b>29.957</b>	<b>30.061</b>	<b>291</b>	<b>1,0</b>

Bron: NZi

Tabel 2.39 Aantal werknemers in academische ziekenhuizen

personeelscategorie	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
algemene en administratieve functies	6.591	6.737	6.933	-	342	5,2
hotelfuncties	4.304	4.165	4.107	-	-197	-4,6
patiëntgebonden functies	21.743	22.426	23.328	-	1.585	7,3
leerling verpl., verz., opv. personeel	1.261	1.186	1.066	-	-195	-15,5
terrein- en gebouwengebonden functies	682	647	617	-	-65	-9,5
personeel niet in loondienst en stagiaires	1.112	1.158	1.143	-	31	2,8
<b>TOTAAL PERSONEEL</b>	<b>35.693</b>	<b>36.319</b>	<b>37.194</b>	<b>-</b>	<b>1.501</b>	<b>4,2</b>

Bron: NZi

In vergelijking met de algemene ziekenhuizen geven academische ziekenhuizen een vergelijkbaar beeld te zien, met dien verstande, dat de groei per personeelscategorie ongeveer 2% hoger uitvalt dan in algemene ziekenhuizen. Ook hier neemt de omvang van de categorie leerling-verpleegkundigen sterk af.

Het aantal arbeidsplaatsen in academische ziekenhuizen groeit met 1%, maar ook hier zien we een sterkere stijging van het aantal werknemers (4,2%).

Tabel 2.40 Aantal arbeidsplaatsen in categorale ziekenhuizen

personeelscategorie	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
algemene en administratieve functies	1.335	1.314	1.279	1.276	-56	-4,2
hotelfuncties	1.077	1.023	958	951	-119	-11,0
patiëntgebonden functies	5.763	5.683	5.456	5.355	-307	-5,3
leerling verpl., verz., opv. personeel	257	176	74	117	-183	-71,2
terrein- en gebouwengebonden functies	254	235	202	189	-52	-20,5
stagiaires	42	10	9	32	-33	-78,6
personeel niet in loondienst	152	156	192	111	40	26,3
<b>TOTAAL PERSONEEL</b>	<b>8.880</b>	<b>8.597</b>	<b>8.170</b>	<b>8.030</b>	<b>-710</b>	<b>-8,0</b>

Bron: NZi

Tabel 2.41 Aantal werknemers in categorale ziekenhuizen

personeelscategorie	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
algemene en administratieve functies	1.703	1.772	1.742	-	39	2,3
hotelfuncties	1.562	1.715	1.658	-	96	6,1
patiëntgebonden functies	7.694	7.745	7.570	-	-124	-1,6
leerling verpl., verz., opv. personeel	257	176	74	-	-183	-71,2
terrein- en gebouwegebonden functies	268	270	236	-	-32	-11,9
stagiaires	44	11	10	-	-34	-77,3
personeel niet in loondienst	257	251	280	-	23	8,9
<b>TOTAAL PERSONEEL</b>	<b>11.785</b>	<b>11.940</b>	<b>11.570</b>	-	<b>-215</b>	<b>-1,8</b>

Bron: NZi

Voor de categorale ziekenhuizen valt op, dat het totaal aantal personeel terugloopt met 8%, terwijl het aantal werknemers slechts met 1,8% afneemt (tabel 2.40 en 2.41). Ook hier is sprake van een toenemend aandeel part-time werkenden.

Overigens moet de afname van het totaal personeel worden gerelateerd aan het feit, dat het aantal categorale ziekenhuizen tussen 1992 en 1994 is gedaald van 32 naar 30.

Tabel 2.42 Aantal part-timers per 31 december naar mannen en vrouwen in procenten van het totaal aantal mannelijke en vrouwelijke personeelsleden

	1992	1993	1994	verandering over 1992 - 1994
algemene ziekenhuizen				
- mannen	14,5	16,0	16,8	2,3
- vrouwen	59,9	62,7	66,3	6,4
categorale ziekenhuizen				
- mannen	23,9	28,9	31,3	7,4
- vrouwen	69,9	75,6	78,3	8,4

Bron: NZi

Zowel voor mannen als voor vrouwen is er sprake van een vrij sterke stijging van de aandelen part-time werkenden in algemene en categorale ziekenhuizen (voor de academische ziekenhuizen is hierover geen informatie beschikbaar). Onder de vrouwelijke werknemers komt part-time werken aanzienlijk meer voor dan onder de mannelijke werknemers. Als we dan ook nog constateren, dat vrouwen 2/3 tot 3/4 van het totale personeelsbestand in de ziekenhuizen uitmaken (zie onderstaande tabel), dan mag worden geconcludeerd, dat meer dan de helft van de medewerkers in de ziekenhuissector part-time werken.

Tabel 2.43 Procentuele verdeling per 31 december van het aantal medewerkers (in FTE) naar mannen en vrouwen

	1992	1993	1994	verandering over 1992 - 1994
algemene ziekenhuizen				
- mannen	26	26	27	1
- vrouwen	74	74	73	-1
academische ziekenhuizen				
- mannen	38	38	38	0
- vrouwen	62	62	62	0
categorale ziekenhuizen				
- mannen	34	34	33	-1
- vrouwen	66	66	67	1

Bron: NZi

De procentuele verdeling van mannen en vrouwen binnen het personeelsbestand van de ziekenhuizen is de laatste jaren vrijwel constant gebleven (tabel 2.43).

Ten slotte wordt in tabel 2.44 met betrekking tot het personeel in algemene en categorale ziekenhuizen de leeftijdsverdeling van het personeel gepresenteerd. (Deze gegevens zijn niet beschikbaar voor de academische ziekenhuizen.)

Tabel 2.44 Procentuele verdeling van het personeel naar leeftijdsklasse, 1994

	<= 20 jr	21 - 24 jr	25 - 29 jr	30 - 39 jr	40 - 49 jr	50 - 59 jr	>= 60 jr	Totaal
algemene ziekenhuizen	4,6	10,7	18,4	34,2	22,8	8,8	0,5	100
categorale ziekenhuizen	1,1	6,5	16,2	37,7	27,3	10,5	0,7	100

Bron: NZi

### Opleidingen

In de volgende overzichten (tabellen 2.45 tot en met 2.48) wordt kwantitatieve informatie verschaft met betrekking tot de opleidingen voor verplegend personeel.

- aantal in-service leerlingen;
- instroom eerstejaars leerlingen in het in-service onderwijs;
- instroom eerstejaars leerlingen in het hoger en middelbaar beroepsonderwijs;
- de procentuele verhouding gediplomeerd/leerling verpleegkundigen.

Tabel 2.45 Opleidingen: Aantal in-service leerlingen (arbeidsplaatsen) in ziekenhuizen

Aantal inservice leerlingen:	1992	1993	1994	abs.groei 92-94	proc.groei 92-94
Algemeen	10.453	9.898	9.139	-1.314	-12,6
Categoriaal	257	176	74	-183	-71,2
Academisch	1.260	1.184	1.036	-224	-17,8
Totaal	11.970	11.258	10.249	-1.721	-14,4

Bron: NZi



Tabel 2.46 Opleidingen: Instroom eerstejaars leerlingen in het in-service onderwijs

	1992	1993	1994	abs.groei 92-94	proc.groei 92-94
Verpleegk. A	4.181	3.980	3.318	-863	-20,6

Bron: NZi

Tabel 2.47 Opleidingen: Instroom eerstejaars leerlingen in het hoger en middelbaar beroeps-onderwijs

	1992	1993	1994	abs.groei. 92-94	proc. groei 92-94
HBO-V	10.039	10.364	10.035	-4	-0,0
MBO-V	3.735	4.102	4.168	433	11,6

Bron: NZi

De tabellen 2.46 en 2.47 illustreren de eerder gesignaleerde verschuiving tussen het in-service onderwijs en het hoger en middelbaar beroeps (dag)onderwijs. De instroom in het in-service onderwijs neemt tussen 1992 en 1994 met bijna 21% af, terwijl het MBO-V in dezelfde periode groeit met bijna 12%.

Dezelfde ontwikkeling uit zich ook in de veranderende verhouding tussen aantallen gediplomeerde en leerling-verpleegkundigen, zoals tabel 2.48 laat zien.

Tabel 2.48 Opleidingen: Verhouding gediplomeerd/leerling verpleegkundigen (in procenten)

	1992	1993	1994
Algemeen	77/23	78/22	80/20
Categoriaal	92/8	94/6	97/3
Academisch	88/12	89/11	90/10
Totaal	80/20	81/19	82/18

Bron: NZi

### 2.3.4 Afstemming van het aanbod op de vraag

Aan de relatie tussen zorgvraag en zorgaanbod zijn meerdere aspecten te onderkennen. In deze paragraaf willen we bij drie aspecten stilstaan. Om te beginnen wordt de beschikbare capaciteit in beeld gebracht ten opzichte van de bevolking. Hoeveel ziekenhuiszorg is beschikbaar? Een gebruikelijke maat hiervoor is het aantal bedden per 1.000 inwoners.

Vervolgens staan we stil bij het verschijnsel wachtlijsten. Deze geven immers een indicatie in hoeverre de beschikbare capaciteit ook tegemoet komt aan de kennelijk gebleken behoefte. Wachtlijsten beschrijven de knelpunten aan de 'voor deur' van het ziekenhuis. Er zijn ook problemen aan de 'achter deur' van het ziekenhuis: patiënten, die wel in een ziekenhuis zijn opgenomen, maar medisch gezien uitbehandeld zijn en wachten op plaatsing in een andere zorgsituatie: thuis, in een bejaardenoord of in een verpleeghuis. Deze problematiek wordt meestal aangegeven met de term 'verkeerde bed'-problematiek.

### Bedden per 1.000 inwoners

Tabel 2.49 Kerngegevens ziekenhuizen: Gemiddeld aantal erkende bedden\* per type ziekenhuis en per 1.000 inwoners

Aantal erkende bedden per ziekenhuis:	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	454,7	447,7	444,1	446,4	-10,6	-2,3
Categoriaal	138,6	133,5	133,1	139,6	-5,5	-4,0
Academisch	844,3	845,9	846,2	849,3	1,9	0,2

Aantal bedden per 1000 inwoners	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	3,4	3,3	3,2	3,2	-0,2	-5,9
Categoriaal	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0
Academisch	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0

\* Exclusief PAAZ-bedden en wiegen.

Bron: NZi, 1996

Ook bij tabel 2.49 willen wij de eerder gemaakte opmerking herhalen, dat het aantal feitelijk gebruikte bedden vermoedelijk aanzienlijk lager ligt dan het aantal erkende bedden, dat in deze tabel is gebruikt.

### Wachtlijsten

Wachtlijsten kunnen een indicatie zijn voor de schaarste van een bepaald product. Wanneer de vraag het aanbod overschrijdt zullen er wachtlijsten ontstaan. In 1993 beschreef de Commissie Van der Zwan in het eerste 'Gezondheidszorg in Tel'-rapport dat het bestaan van wachtlijsten in de zorg helpt de capaciteit planmatig en dus optimaal te benutten. Hiermee werd aangegeven dat het begrip wachtlijsten niet alleen maar die negatieve lading zou moeten hebben, die het in het algemeen heeft bij het publiek en de politiek. Echter, zo onderschrijft de commissie, moeten er oplossingen worden gevonden voor die voorzieningen, waar zich reële knelpunten voordoen.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft samen met het College van Ziekenhuisvoorzieningen in 1994 een advies uitgebracht aan het ministerie van VWS. Het begrip 'wachtlijsten' is in dit advies verhelderd. Onderscheid is gemaakt tussen planningslijsten en problematische wachtlijsten. "Een planningslijst wordt door zorgverlener of instelling gebruikt om het zorgproces in goede banen te leiden. Deze wachtlijst geeft op enig moment het aantal mensen weer dat geïndiceerd is voor, en wacht op, een bepaalde behandeling. Een planningslijst wordt een problematische wachtlijst wanneer een aanvaardbare tijd wordt overschreden of als wachten gezondheidsschade oplevert".

### Omvang van de wachtlijstproblematiek

Een eenduidig antwoord op de vraag hoe groot de wachtlijsten in de curatieve zorg zijn is tot op heden niet te geven. In de ziekenhuizen zijn er wel per huis aparte registraties, maar ieder op een verschillende manier vormgegeven. Hierdoor ontbreekt een totaaloverzicht, omdat ze niet onderling vergelijkbaar zijn. Er wordt niet op een uniforme wijze geregistreerd (enkele uitzonderingen daar gelaten, zoals cardiochirurgie). Op dit moment worden wel initiatieven ontplooid om tot uniforme registratie van wachtlijsten te komen. Het NZi voert hiertoe in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen een onderzoek uit, waarvan naar verwachting in dit

najaar de eerste resultaten zijn te verwachten.

Het NIVEL heeft begin 1994 samen met de Consumentenbond een onderzoek verricht onder patiënten naar wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg. Hieruit kwam naar voren dat de wachttijd voor een poliklinisch bezoek gemiddeld 3,8 weken duurt. De wachttijd is de tijd tussen het maken van de afspraak en het bezoek zelf. In 53% van alle afspraken kunnen de bezoeken niet binnen twee weken worden afgelegd. In tabel 2.50 wordt de aanwezigheid van wachtlijsten voor polikliniekbezoeken per specialismen weergegeven. De cijfers verschillen overigens sterk per regio.

Tabel 2.50 Gemiddelde wachttijd voor polikliniekbezoek per specialisme

Specialisme	Gemiddeld aantal weken
hartspecialisme	6,0
internist	5,5
oogheekunde	5,0
kaakchirurgie	4,9
KNO	4,2
neurologie	3,8
orthopedische chirurgie	3,7
huidarts	3,2
gynaecologie	2,6
uroloog	2,1
algemene chirurgie	1,2

Bron: Kerssens en Andela, 1994

In hetzelfde onderzoek werd ook de wachttijd voor klinische opname onderzocht. Deze is gemiddeld meer dan 4 weken. In de tabel hieronder is de feitelijke wachttijd voor een klinische opname weergegeven.

Tabel 2.51 Wachttijd voor klinische opname

Wachttijd	Procentuele aandeel van totaal aantal opnamen
geen (spoedopname)	31,1
ongeveer een week	8,6
van 1 tot 2 weken	8,6
van 2 tot 4 weken	11,7
van 4 tot 6 weken	11,7
van 6 tot 9 weken	6,1
van 9 weken tot 3 mnd.	7,4
van 3 mnd tot 6 mnd.	5,5
langer dan 6 mnd.	3,1
onbekend	5,5
gemiddelde	4,5 weken

Bron: Kerssens en Andela, 1994

Uit tabel 2.51 blijkt, dat 46% van de patiënten een wachttijd kent van meer dan twee weken.

De bedrijfsvereniging BVG kwam in dit voorjaar met een onderzoek over de totale kosten van wachtlijsten (inclusief niet-curatieve zorg). In 1995 kwamen de totale wachtlijstkosten uit op 45 miljoen gulden. Landelijk zouden de totale wachtlijstkosten

neerkomen op 333 miljoen gulden. Van het totale ziekteverzuim onder de BVG-verzekerden komt 3,6% door de wachtlijsten. In 1994 bedroeg dit nog 2,7%.

#### *Acties gericht op oplossingen*

Vaak worden als eerste reactie op problematische wachtlijsten **vergroting van de capaciteit** genoemd. De overheid schept dan ruimte om wachtlijsten weg te werken. Dat is bijvoorbeeld in het geval van de openhart-operaties van toepassing: wetenschappers van het AMC zijn in een onderzoek (op verzoek van de Nederlandse Hartstichting) tot de conclusie gekomen dat overvolle wachtlijsten voor hartoperaties in 1994 en in 1995 aantoonbaar het leven hebben geëist van 181 hartpatiënten. Mede in reactie daarop mag vanaf 1995 het aantal openhart-operaties bij volwassenen stijgen met 2% per jaar tot 15.200 in het jaar 2000. Daarnaast is er nog een inhaalslag mogelijk van 650 extra operaties in 1995 en 1996. Ook het aantal dotterbehandelingen mag met 2% per jaar toenemen. In dit verband moet overigens worden opgemerkt, dat -mede door het complexe financieringsstelsel van de gezondheidszorg- er een aanzienlijk tijdsverloop kan ontstaan tussen het op macro-niveau scheppen van financiële ruimte en de feitelijke realisering van de uitbreiding van het zorgaanbod. Een variant hierop is capaciteitsuitbreiding buiten de reguliere zorg om. De Amsterdamse zorgverzekeraar ZAO heeft voor oogheelkunde een privékliniek gecontracteerd, om op deze manier wachtlijst voor staaroperaties te verkorten.

Een andere oplossing kan worden gevonden door **samenwerking** buiten de muren van het ziekenhuis en door veranderingen van doorverwijzingen van patiënten door huisartsen. In Almere en nu ook in Nijmegen (het CWZ) worden patiënten die bij de oogarts komen voor oogmeting meteen doorverwezen naar de opticien. Met huisartsen en opticiens wordt nagegaan of dit zonder tussenkomst van de specialist kan. In Almere werd de wachttijd door samenwerking teruggebracht van drie maanden naar minder dan een maand.

Nu ondernemers zelf het eerste jaar van het ziektegeld moeten bekostigen, hebben enkele bedrijven initiatieven ontplooid voor hun (zieke) werknemers om lange wachttijden te verkorten: de **wachtlijst omzeilende initiatieven**. Voor de zorgverleners/instellingen wordt dit opgelost door de vergroting van de capaciteit, die wordt gefinancierd door de betreffende bedrijven. Vergroting wordt in deze gevallen o.a. gevonden door betere benutting/uitbreiding van de werktijden van de hulpverleners. In de bedrijvenpoli van bijvoorbeeld Akzo-Nobel en Rijnstate ziekenhuis kan een operatie binnen een week worden geregeld. Overigens blijkt uit discussies in de Tweede Kamer, dat zowel de Kamer als de Minister van VWS nadrukkelijk tegenstander zijn van initiatieven, waarbij uitsluitend werkenden gebruik kunnen maken van deze (extra) voorzieningen en andere mensen die op een behandeling wachten, niet.

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis wil landelijk de capaciteit beter benutten en zijn klanten onderbrengen in ziekenhuizen waar een overcapaciteit is aan bepaalde voorzieningen. Het NZi gaat in een aantal pilot-studies onderzoeken onder welke condities directe zorg kan worden geleverd, welke kostenbesparingen hierdoor kunnen ontstaan in de sociale zekerheid en welk effect dergelijke initiatieven hebben op de wachtlijsten.

#### *Verkeerde bed problematiek*

Met de uitdrukking 'verkeerde-bed' wordt aangeduid dat een bed bezet wordt gehouden door een patiënt die geen ziekenhuisindicatie meer heeft (Hertogh c.s., 1996, p.868). In de praktijk gaat het doorgaans om oudere patiënten die -na behandeling in een ziekenhuis- langdurige hulp nodig hebben, zoals die bijvoorbeeld wordt geboden in een

verpleeghuis, een verzorgingshuis of vanuit de thuiszorg. Lange wachtlijsten voor o.a. verpleeghuizen leiden ertoe dat deze ziekenhuispatiënten niet direct kunnen worden opgenomen in een verpleeghuis en daarom noodgedwongen in het ziekenhuis blijven liggen. Behalve in ziekenhuizen kan de verkeerde-bedproblematiek zich ook voordoen in verpleeghuizen (Hertogh, 1996, p.869).

Ter financiering van de 'Verkeerde bed'-problematiek bestaat sinds 1988 de Tijdelijke Vergoedingsregeling Ziekenhuisverblijf (TVZ). Deze vergoeding komt ten laste van het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten via het zogenoemde M-15 tarief. De term 'Verkeerde bed'-problematiek geldt in deze regeling ná vier weken verblijf in het ziekenhuis (de frictieperiode), terwijl de ziekenhuisindicatie al is vervallen en de betrokken patiënt bijvoorbeeld een verpleeghuisindicatie heeft gekregen.

In een advies van de NRV/CvZ (1995) zijn de meest wezenlijke oorzaken van verkeerde-bedproblematiek weergegeven (p.9 en 10):

- tekorten in de beschikbare capaciteit aan verpleeghuisbedden in bepaalde regio's, met name voor psychogeriatrische patiënten;
- opname- en ontslagbeleid in het ziekenhuis dat niet altijd voldoende rekening houdt met het eventueel ontstaan van verkeerde-bedproblematiek;
- een opnamebeleid voor somatische patiënten in het verpleeghuis, dat niet altijd voldoende rekening houdt met de te verwachten verblijfsduur van patiënten;
- onvoldoende afstemming en samenwerking tussen ziekenhuis en verpleeghuis met betrekking tot (potentiële) verkeerde-bedpatiënten;
- tekort aan en onvoldoende inzet van alternatieve zorgvormen, i.c. thuiszorg, tijdelijke opvang in verzorgingshuizen, dagbehandeling, verpleeghuiszorg buiten de muren, etc.

Hertogh en Ribbe (1996, p.868) plaatsen enkele kanttekeningen bij de aanbevelingen van de Raad en het College die aansluiten op de door hun genoemde oorzaken. Zo stelt Hertogh c.s. op basis van *het Jaarboek Verpleeghuizen* van de SIG dat de doorstroom in verpleeghuizen sinds 1990 fors is toegenomen: het aantal ontslagen patiënten (exclusief overledenen) is sinds 1990 met 27% gestegen. Daarnaast hanteren veel verpleeghuizen gescheiden wachtlijsten voor reactivering/revalidatie (verkeerde-bedproblematiek) en langdurige opnamen (derde oorzaak), en bestaan op veel plaatsen reeds jaren samenwerkingsafspraken over revalidatie tussen zieken- en verpleeghuizen.

Een andere oorzaak (naast o.a. capaciteitsproblemen) vindt Hertogh de ondoorzichtige indicatiestelling. Heldere indicatiestelling is een noodzakelijke voorwaarde voor een consistent opname- en ontslagbeleid. De criteria die de indicatiecommissie hanteert zijn niet altijd even duidelijk.

Het door verpleeghuis-wachtlijsten noodgedwongen blijven wachten in een ziekenhuis-bed heeft voor alle betrokken partijen nadelen: de patiënt, het ziekenhuis en het verpleeghuis. Daarnaast zijn er ook consequenties voor de zorgverzekeraar.

Ten eerste is het ziekenhuis niet ingesteld op langdurige/chronische verpleging en verzorging (van ouderen), waardoor de patiënt niet de zorg krijgt waaraan behoefte is. In dit verband is met name de ernstige verwardheid bij oudere patiënten na een heupoperatie berucht, met incidenties tussen de 30 en de 50% (Hertogh, 1996, p.870). Ten tweede betekenen verkeerde-bedpatiënten over het algemeen een extra belasting van het verplegend en verzorgend personeel. Daarnaast staan deze patiënten nog onder de verantwoordelijkheid van de specialist, terwijl deze niet de deskundigheid heeft ten aanzien van meer chronische aandoeningen. Een ander punt is de bezetting

van ziekenhuisbedden, waardoor planning (wachlijsten) en bekostiging (op basis van de budgetparameter 'aantal opnamen') niet meer met elkaar sporen. De wachtlijstproblematiek in ziekenhuizen, veroorzaakt door verkeerde-bedproblematiek, valt in de regel nog wel mee (NRV, 1995, p.14). Doorstroomproblemen ontstaan wel bij interne geneeskunde en neurologie.

Ten derde wordt de chronische problematiek ernstiger doordat er geen adequate hulp op wordt gezet. Die hulp wordt uitgesteld. Dit leidt er toe dat, wanneer de verkeerde-bedpatiënt uiteindelijk wordt opgenomen in het verpleeghuis, het verpleeghuis te maken krijgt met patiënten die een zwaardere zorg behoeven.

In het NRV/CvZ advies (1995, p.9) wordt een schatting gegeven van de omvang van de verkeerde-bedproblematiek. Het zou gaan om ruim 1% van het aantal ligdagen in de Nederlandse ziekenhuizen, hetgeen neerkomt op ongeveer 130.000 'verkeerde-bed verpleegdagen' in de algemene ziekenhuizen in 1994. De NRV/CvZ waarschuwt er voor dat de registratie van verkeerde-bedproblematiek een onderschatting is van de ernst en de werkelijke omvang.

In de inleiding wordt de Tijdelijke Vergoedingsregeling Ziekenhuisverblijf (TVZ) al vermeld. In tabel 2.52 worden de uitgaven TVZ over een aantal jaren weergegeven.

Tabel 2.52 Uitgaven Tijdelijke Vergoedingsregeling Ziekenhuisverblijf (TVZ)

(x f 1000,-)	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
TVZ	24.184	33.757	36.618	45.500	39.245	37.725	38.689	34.021

Bron: Jaarverslag Centraal Administratie Kantoor 1995

Meer gespecificeerde cijfers blijken uit de Landelijke Medische Registratie. Schuur en Van Kuijk (1996, p. 7-10) hebben zich gericht op patiënten van 65 jaar en ouder met een bepaalde diagnose van wie er na de ziekenhuisbehandeling veel worden opgenomen in het verpleeghuis. In 1994 bedroeg deze categorie 83.000 patiënten. Hiervan was 18% (14.891 patiënten, zie tabel 2.53) pas na vier weken of langer\* ontslagen uit het ziekenhuis. Van deze 18% (minimaal vier weken verpleging in het ziekenhuis) werd 30 % opgenomen in een verpleeghuis (4.406 patiënten). De gemiddelde verpleegduur in het ziekenhuis van deze patiënten bedroeg in dat jaar 68 dagen.

De patiënten die na vier weken of meer werden ontslagen uit het ziekenhuis en naar eigen huis of verzorgingshuis gingen, hadden gemiddeld 48 dagen in het ziekenhuis gelegen. In het ziekenhuis overleden patiënten hebben gemiddeld 56 dagen ziekenhuisverpleging ontvangen. In beide gevallen had in plaats van het ziekenhuis een verpleeghuis de gepaste zorg kunnen verlenen, te weten reactivering/revalidatie, respectievelijk terminale zorg. Totaal worden in ziekenhuizen ruim 120.000 verpleegdagen geproduceerd, die wellicht ook in een verpleeghuis geproduceerd kunnen worden (zie paragraaf hierna). In de onderstaande tabel wordt het een en ander nog eens samengevat weergegeven.

\* In dit onderzoek wordt verondersteld dat alle oudere patiënten vanaf de vierde week wachten op een vrijkomend bed: vanaf dat moment is er dan sprake van verkeerde-bedproblematiek. De auteurs merken daarbij op dat deze veronderstelling vrij willekeurig is: er zijn patiënten die al na twee weken naar een verpleeghuis ontslagen kunnen worden, maar ook patiënten die in het geheel niet naar een verpleeghuis ontslagen kunnen worden (Schuur en Van Kuijk, 1996, p.9).

Tabel 2.53 Patiënten van 65 jaar of ouder, na vier weken of langer ontslagen uit ziekenhuizen; aantal en gemiddelde ontslagduur onderverdeeld naar ontslagbestemming (LMR 1994)

ontslagen uit ziekenhuis naar	met een verpleegduur van		
	4 weken of langer	9 weken of langer	gemiddelde duur
eigen omgeving / verzorgingshuis	8.218	292	11 weken
verpleeghuis	4.406	2.124	11 weken
overleden	1.529	268	12 weken
andere bestemming	738	-	-
Totaal	14.891	2.684	

Bron: Schuur & Van Kuijk, 1996, p.9

De optimale opnameduur voor heupfracturen wordt in het artikel van Van Vugt en Touw (1994, p.1806) wordt gesteld op 9 dagen, die individueel wordt bijgesteld wanneer zich complicaties voordoen welke een langere medische behandeling noodzakelijk maken. Patiënten die ná deze optimale opnameduur nog steeds zijn opgenomen worden gedefinieerd als 'verkeerde bed'-patiënten. De resultaten van het onderzoek dat is uitgevoerd in het Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL) zijn weergegeven in tabel 2.54.

Tabel 2.54 Opnameduur en verkeerde bed-problematiek; heupfracturen bij bejaarden

Patiënt ontslagen naar:	Gemiddelde opnameduur	waarvan 'verkeerde bed'-problematiek
oude woonsituatie	13,5	4,2
verpleeghuis	23,8	11,6

Bron: Van Vugt & Touw, 1994, p.1806 e.v.

#### *Acties gericht op oplossingen*

Als een van de meest voor de hand liggende oplossingen in het advies van de NRV/CvZ is uitbreiding van de capaciteit van verpleeghuizen (uitbreiding van het aantal bedden). Schuur en Van Kuijk hebben berekeningen uitgevoerd voor de benodigde extra capaciteit. Hierbij is de grens van vier weken aangehouden. Zorg door het ziekenhuis na die tijd is dus verkeerde-bedproblematiek. Uit de tabel blijkt dat uiteindelijk 292 patiënten na een verpleegduur van 9 weken of langer worden ontslagen naar een (verzorgings)huis. Wanneer ze na de vierde week naar een verpleeghuis waren ontslagen voor revalidatie of reactivering, zouden daarvoor zo'n 14.000 verpleegdagen nodig zijn ofwel 40 extra verpleeghuisbedden. Voor de verpleeghuis geïndiceerde patiënten zouden dit 100.000 verpleegdagen zijn, ofwel 275 extra verpleeghuisbedden. Voor terminale zorg is op basis van de berekeningen een extra capaciteit nodig van 15.000 verpleegdagen (= 40 extra verpleeghuisbedden). Totaal zijn er zo'n 130.000 verpleegdagen in ziekenhuizen besteed, die omgezet in verpleeghuiszorg 355 extra verpleeghuisbedden betekenen voor de hier weergegeven verkeerde-bedproblematiek.

Naast capaciteitsuitbreiding wordt in de aanbevelingen van de Raad en het College (NRV/CvZ, 1995) gepleit voor een flexibeler doorstroming (door gescheiden wachtlijsten in verpleeghuizen voor kortdurende en langer durende opname), samenwerkings-

verbanden tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen (door reservering in de verpleeghuizen voor kortdurende revalidatie) en ontwikkeling van alternatieven voor verpleeghuis-capaciteit (door substitutie-verpleeghuiszorg of intensieve thuiszorg).

Van Kemenade en Van den Hoek (1995, p.10 e.v.) reiken een aantal suggesties aan ter oplossing van de verkeerde bedproblematiek in de financiële sfeer. In dit voorstel krijgen de betrokkenen financiële prikkels:

- De patiënt betaalt een eigen bijdrage zodra de ziekenhuisindicatie is vervallen en er een verpleeghuisindicatie voor in de plaats is gekomen. Hiermee wordt de patiënt niet gestimuleerd om in het ziekenhuis te blijven om zo de eigen bijdrage die geldt voor verpleeghuiszorg te omzeilen of uit te stellen.
- De medisch specialist ontvangt een lump-sum bedrag tijdens de frictieperiode (de periode tussen het vervallen van de ziekenhuisindicatie en het ingaan van de Tijdelijke Vergoedingsregeling Ziekenhuisverblijf (TVZ) vier weken later. Hierdoor wordt de specialist beloond voor de verantwoordelijkheid die hij behoudt voor zijn patiënt zolang die in het ziekenhuis ligt, maar door het lump-sum karakter heeft de medisch specialist er baat bij dat de patiënt zo kort mogelijk in het ziekenhuis verblijft.
- Het ziekenhuis neemt de eigen bijdrage over van de patiënt nadat de frictieperiode van vier weken is verstreken. Hierdoor ontstaat voor het ziekenhuis direct belang om de patiënt niet de TVZ-periode in te laten gaan.

In de NZi/NVZ publikatie van Kessels-Buikhuisen en Vissers (maart 1995) wordt de nadruk voornamelijk gelegd op de samenwerking tussen ziekenhuis en verpleeghuis(-arts). Als knelpunt wordt de bedden capaciteit in de verpleeghuizen gezien. De oplossing van dat probleem richt zich dan ook op een virtuele uitbreiding van de verpleeghuis capaciteit. Dit kan door de verpleeghuiszorg thuis of in het verzorgingshuis te realiseren, of door detachering van een verpleeghuisarts als hoofdbehandelaar op de 'verkeerde bed'-afdeling van het ziekenhuis. De meest vergaande stap is de integratie van het ziekenhuis met het verpleeghuis.

#### *Zotels*

Een laatste, apart te vermelden, ontwikkeling met betrekking tot de aansluiting van zorgvraag op zorgaanbod -in dit geval de ontwikkeling van een nieuw (vervangend) zorgaanbod- is het ontstaan van 'zotels'. Het eerste voorbeeld daarvan is gecreëerd in Hengelo, in het Streekziekenhuis Midden-Twente. Een zotel is een hotelfaciliteit, gekoppeld aan een ziekenhuis, waarin patiënten -als dat medisch verantwoord is- de laatste dagen van hun opname kunnen doorbrengen. Zij hebben per dag recht op een -beperkte- hoeveelheid verpleegkundige zorg. Ingeval van calamiteiten zijn de ziekenhuisvoorzieningen toch vlak bij de hand. De kosten van een dag zotel zijn aanzienlijk lager dan de kosten van een dag opname in het ziekenhuis. Het is dus een win-situatie voor alle betrokkenen: de patiënt is weg uit de ziekenhuissfeer en heeft een eigen hotelkamer; de zorgverzekeraar hoeft -voor particuliere patiënten- aanzienlijk minder kosten op te brengen en het ziekenhuis c.q. de medisch specialisten zijn tevreden, omdat er bedden vrijkomen en op die manier een bijdrage wordt geleverd aan het terugdringen van wachtlijsten en wachttijden. Het zotel in Hengelo is tot nu toe uniek, maar de verwachting is, dat meer ziekenhuizen zullen volgen (Steinhoff, 1995)

Een probleem is, dat deze zotels zich buiten het wettelijk kader bevinden, dat de gezondheidszorg in Nederland regelt. In feite worden er bedden toegevoegd aan de capaciteit van het ziekenhuis. Ook is niet helemaal duidelijk hoe de verantwoordelijkheden zijn geregeld ten aanzien van de zorg voor mensen, die hun intrek in het



zotel hebben genomen (Carbo, 1995). Overigens zullen deze bezwaren wellicht in de toekomst niet meer bestaan, omdat het systeem van erkenningen van ziekenhuizen inmiddels is vereenvoudigd en ziekenfondsen op termijn van enkele jaren gebudgetteerd zullen gaan worden.

### 2.3.5 Kosten van zorg in cijfers

De volgende financiële gegevens over de sector ziekenhuizen worden gepresenteerd:

- kosten per sector;
- kosten per kostencategorie;
- totaal budget.

Tabel 2.55 Enkele financiële gegevens; kosten per sector

Kosten (x miljoen):	1992	1993	1994	1995*	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Algemeen	11.279	11.631	11.798		519	4,6
Categoriaal	933	928	924		-9	-1,0
Academisch	3.490	3.671	3.885	4.146	395	11,3
<b>Totaal</b>	<b>15.702</b>	<b>16.230</b>	<b>16.607</b>	<b>17.271</b>	<b>905</b>	<b>5,8</b>

Bron: NZi

\* raming 1995 is gebaseerd op groeipercentages CBS die zijn afgeleid uit de cijfers van het JOZ 1997-rekenmodel.

De kosten voor de ziekenhuizen groeien tussen 1992 en 1994 met bijna 6%. Academische ziekenhuizen met ruim 11%, algemene ziekenhuizen met 4,6%.

Tabel 2.56 Enkele financiële gegevens; kosten per kostencategorie

Kosten (x miljoen):	1992	1993	1994	1995	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Personele en sociale kosten	8.931	9.339	9.462	9.792	531	5,9
Middelen	4.328	4.409	4.613	4.881	285	6,6
Rente en afschrijvingen	2.442	2.483	2.531	2.585	89	3,6
<b>Totaal (bruto)</b>	<b>15.701</b>	<b>16.231</b>	<b>16.606</b>	<b>17.258</b>	<b>905</b>	<b>5,8</b>
Hulpbedrijven	0	0	1		1	-
<b>Totaal (netto)</b>	<b>15.701</b>	<b>16.231</b>	<b>16.607</b>		<b>906</b>	<b>5,8</b>

Bron: NZi

\* raming 1995 is gebaseerd op groeipercentages CBS die zijn afgeleid uit de cijfers van het JOZ 1997-rekenmodel.

Uit tabel 2.56 blijkt, dat het aandeel personeels- en sociale kosten in de ziekenhuiskosten in de beschouwde periode onveranderd op ongeveer 57% is gebleven.

Tabel 2.57 Enkele financiële gegevens; totaal budget, nominale ontwikkeling

(x miljoen):	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Nominaal	15.403	15.861	16.365	962	6,2

Bron: NZi

### 2.3.6 Ontwikkelingen en signaleringen

Belangrijke ontwikkelingen met betrekking tot de ziekenhuissector spelen zich af in de relaties tussen ziekenhuizen met medisch specialisten en met zorgverzekeraars. Deze ontwikkelingen worden dan ook besproken in de hoofdstukken 6 en 7. In deze paragraaf beperken wij ons tot twee ontwikkelingsgebieden: de arbeidsmarkt en de niet-klinische behandelcentra.

#### *De arbeidsmarkt*

Momenteel is de arbeidsmarkt, in termen van vraag naar en aanbod van personeel, noch bij het verplegend en verzorgend, noch bij het (para)medisch personeel een knelpunt. De opleidingscapaciteit, dag- en inservice-onderwijs tezamen, is momenteel echter te laag om op de langere termijn adequaat in de personeelsbehoefte te voorzien.

Waar het vertrek van gediplomeerden gering is, worden weinig inservice-leerlingen opgeleid. Pas als het aantal vacatures toeneemt wordt de opleidingscapaciteit uitgebreid. De korte termijn financiële problematiek botst hier met de wenselijkheid van een lange termijn opleidingsbeleid.

Voor de verpleging en verzorging staat een nieuw onderwijsstelsel op stapel. Mogelijk wordt in dat verband een oplossing gevonden voor de hierboven geschetste problematiek, wanneer het inservice-onderwijs in zijn huidige vorm verdwijnt. Het nieuwe samenhangende stelsel vergt wel een meer planmatige aanpak. De huidige directe sturing van de opleidingscapaciteit verdwijnt bij de instellingen in de zorg. Samen met de onderwijsinstellingen zal men in een regio de personeelsbehoefte in kaart moeten brengen. De onderwijsinstellingen stellen vervolgens de opleidingscapaciteit vast.

De huidige onduidelijkheid omtrent de precieze vormgeving van het nieuwe stelsel zorgt bij veel instellingen voor een wat afwachtende houding, ook ten aanzien van de instroom in het "oude" stelsel. Waar de eerste afstuderenden van het nieuwe stelsel pas na 2000 de arbeidsmarkt betreden, zou dit voor die tijd tot problemen op de arbeidsmarkt kunnen leiden.

Een ander mogelijk knelpunt wordt gevormd door de voorgenomen privatisering van de verpleging in de thuiszorg. Het is de vraag of private instellingen de verantwoordelijkheid zullen nemen om voldoende zorg te dragen voor een bijdrage aan de initiële opleidingen en hoe de krimpende reguliere thuiszorg zich zal opstellen.

In het kader van het nieuwe samenhangende stelsel moeten de instellingen hun personeelsbehoefte ook in kwalitatieve zin expliciet formuleren. Op zichzelf is deze bezinning een goede zaak. De veelheid aan visies en invalshoeken maakt de discussie echter ingewikkeld.

Vanuit arbeidsmarktperspectief geredeneerd doet zich het volgende probleem voor: Veel functies in de verpleging (en dit geldt ook voor de (para)medisch beroepen) vallen voor wat betreft het gewenste opleidingsniveau tussen HBO- en MBO-niveau in. Als

men start komen afstudeerders van beide opleidingen in dezelfde functie terecht. Een MBO-er verdient dan verhoudingsgewijs erg goed, een HBO-er minder, vergeleken met anderen uit onderwijs van hetzelfde niveau. De HBO-er heeft wel een betere kans op doorstroming, maar dat geldt niet voor allen.

Een en ander is het gevolg van de nadrukkelijke scheiding in het onderwijssysteem tussen HBO en MBO, waar vroeger één school bestond met meerdere uitstroomniveaus (bijvoorbeeld de laboratoriumschool).

Niet alleen is de concurrentiepositie ten opzichte van andere HBO-opleidingen ongunstig, bovendien is het niet denkbeeldig dat er op langere termijn, gezien de behoefte in de sector, een overaanbod van HBO-ers en een tekortschietend aanbod op MBO-niveau gaat ontstaan.

Herschikking en herinrichting van functies is dan noodzakelijk, niet op grond van zorginhoudelijke, maar op grond van arbeidsmarktoverwegingen.

Het sterk gedaalde verloop onder het personeel heeft er toe geleid dat de gemiddelde leeftijd in vrij korte tijd sterk is toegenomen: van 32,9 jaar in 1990 tot 35,4 jaar in 1994. Leeftijdsbewust personeelsbeleid en mobiliteitsbevorderend beleid worden hierdoor steeds actueler om een goede uitoefening van functies te waarborgen.

#### *Collectieve arbeidsvoorwaarden (CAO)*

De CAO-ziekenhuiswezen begint een steeds grotere reikwijdte te krijgen, onder meer doordat de gezondheidszorg -en dus ook de belangenorganisaties- zich aan het reorganiseren is naar branches, zoals de curatieve somatische zorg, de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Met een dergelijke ontwikkeling komt er spanning te staan tussen enerzijds de algemene aspecten van zo'n CAO en de steeds groter wordende diversiteit tussen de instituties, waarvoor die CAO geldt. Er is dan ook een ontwikkeling zichtbaar naar een situatie, waarin op landelijk niveau sociale partners met elkaar een raam-CAO opstellen, waarbinnen instituties zelf over allerlei uitvoeringsregelingen kunnen onderhandelen. Eventueel kunnen voor bepaalde onderwerpen tussen deze twee niveaus branche-organisaties ernaar streven om voor bepaalde zaken met sociale partners branche-specifieke afspraken te maken om te voorkomen, dat iedere institutie over alle onderdelen van de CAO individuele afspraken zou moeten maken. Het is derhalve denkbaar, dat er naast een 'Raam-CAO Ziekenhuiswezen' een specifieke 'CAO Ziekenhuizen' gaat komen.

De onderwerpen die op landelijk, al dan niet op branche-niveau geregeld zouden moeten worden, betreffen:

1. De primaire arbeidsvoorwaarden
2. Sociale zekerheid
3. Pensioenregelingen

Overigens kan de ontwikkeling naar een raam-CAO met de mogelijkheid tot branche- en zelfs instellingsspecifieke invullingen ertoe leiden, dat het profiel, van wat nu nog dezelfde beroepsgroep is, tussen twee branches gaat verschillen. Het is bijvoorbeeld denkbaar, dat de verpleegkundige in een verpleeghuis een ander beroepsprofiel krijgt dan de verpleegkundige in het ziekenhuis.

#### *Functiewaardering Gezondheidszorg (FWG)*

Er is momenteel een herijking aan de gang van het systeem van Functiewaardering Gezondheidszorg, zoals dat al sinds 1984 bestaat. Deze herijking zal moeten leiden tot een betere herkenbaarheid van de verschillende functies. Voor sommige (met name verpleegkundige) functies zal dat kunnen leiden tot een hoger waarderingsniveau.

#### *Niet-klinische behandelcentra/privéklinieken*

Halverwege 1993 waren er 32 niet-klinische behandelcentra, waaronder één in oprichting (Van Santen e.a., 1993). Dit cijfer moet met enige terughoudendheid worden beschouwd, omdat niet zeker is, dat alle niet-klinische behandelcentra in het betreffende onderzoek zijn gevonden. In een eerdere publikatie van Den Hartog en Janssen (1993) wordt melding gemaakt van 44 niet-klinische behandelcentra. Jansen (1996) meldt, dat er medio 1995 35 niet-klinische behandelcentra zijn, waarvan twee in oprichting.

In het algemeen wordt de volgende definitie gebruikt (Den Hartog & Janssen, 1993):

- Het gaat om kleinschalige instellingen voor medisch-specialistische zorgverlening.
- Er vinden geen opnamen plaats
- Er is sprake van een zelfstandig behandelcentrum
- Het gaat om specialistische zorg, die concurrerend is ten opzichte van zorgverlening door ziekenhuizen.
- Het betreft geen buitenpoliklinieken en geen thuispraktijken.

Uit onderzoek blijkt, dat de ontwikkeling van het aantal niet-klinische behandelcentra het volgende patroon heeft gekend (zie tabel 2.58):

Tabel 2.58 Oprichtingsjaar van enkele niet-klinische behandelcentra per periode

Periode	Aantal <sup>*</sup> (Landelijk)	Aantal <sup>**</sup> (Zuid-Holland)
Vóór 1980	5	3
1980-1985	5	
1985-1990	13	4
1991 en later	3	1

Bronnen: \* Van Santen e.a., 1993

\*\* De Gouw, 1994

Het blijkt, dat zich tussen 1985 en 1990 een grote groei van de niet-klinische behandelcentra heeft voorgedaan en dat deze groei daarna stagneert. Als redenen voor de groei van het aantal niet-klinische behandelcentra tussen 1985 en 1990 worden onder meer genoemd het gunstige economische klimaat en de invloed van het rapport van de Commissie Dekker, waarmee een impuls werd gegeven aan ondernemerschap in de gezondheidszorg. Na 1990 blijkt die ontwikkeling echter te stagneren. Daarvoor worden de volgende redenen gegeven (De Gouw, 1993):

- vertraging in de besluitvorming rond de stelselwijziging;
  - de gevarieerde opstelling van de zorgverzekeraars;
  - de toenemende concurrentie van algemene ziekenhuizen
- Ziekenhuizen hebben hun dienstverlening verbeterd. Voorbeelden hiervan zijn: poliklinische openstelling in de avonduren, opzetten van buitenpoliklinieken en functionele zorgcentra.
- steeds terughoudender opstelling van financiers bij het verstrekken van investeringsleningen.

Op dit moment vormen de niet-klinische behandelcentra nog maar een marginaal verschijnsel in het geheel van de somatische curatieve zorg. Zo schat De Gouw (1994) voor de provincie Zuid-Holland het aandeel van de niet-klinische behandelcentra in de poliklinische verrichtingen op 1,15% en in de dagverpleging op 1,33%.

Uit het onderzoek van Van Santen e.a. (1993) blijken de volgende aantallen met

betrekking tot de verschillende categorieën personeel (zie tabel 2.59):

Tabel 2.59 Aantallen personeel, werkzaam in niet-klinische behandelcentra

	Snijdende centra	Diagnostische centra	Totaal	FTE
Specialisten	69	72	141	52
Paramedisch personeel	47	109	156	128
Niet-medisch personeel	53	86	139	95

Bron: Van Santen, e.a. (1993)

Hoewel algemeen de verwachting wordt uitgesproken, dat niet-klinische behandelcentra nooit een werkelijk substantieel aandeel in de curatieve somatische zorg zullen verwerven, is het toch niet uitgesloten, dat er zich nieuwe omstandigheden zullen gaan voordoen, waarin er opnieuw een groei van het aantal niet-klinische behandelcentra zal plaatsvinden. Beugeling (1994) geeft aan, dat de volgende ontwikkelingen een nieuwe impuls zullen kunnen gaan geven aan deze ontwikkeling:

- Ontwikkelingen in de zorgvraag (o.a. werkgevers, hogere eisen cliënten, wachtlijsten)
- Technologische ontwikkelingen
- Beleid van de overheid.  
Hierbij valt onder andere te denken aan het erkenningensysteem, de contracteervrijheid van zorgverzekeraars (deze is formeel alleen afgeschaft voor vrije beroepsbeoefenaren en revalidatiecentra), veranderingen in de tariefstructuur (denk aan de experimenten met de honorering van medisch specialisten), ontwikkelingen met betrekking tot de wetgeving, in het bijzonder de WZV.
- Beleid van de zorgverzekeraars. In dit verband kan worden opgemerkt, dat de voormalige koepel van de particuliere ziektekostenverzekeraars (KLOZ) de keuze om contracten te sluiten met niet-klinische behandelcentra volledig overlaat aan de individuele zorgverzekeraar. Ook blijkt, dat 35% van de inkomsten van niet-klinische behandelcentra afkomstig zijn van ziekenfondsen
- Opstelling van het bedrijfsleven. Werkgevers vormen een nieuwe belangrijke partij in verband met de ontwikkelingen op het gebied van de Arbo-wetgeving. Zij hebben er alle belang bij, dat werknemers zo kort mogelijk arbeidsongeschikt blijven. Niet-klinische behandelcentra kunnen daarop inspelen.

Op dit moment voert de overheid nog een soort 'gedoogbeleid' ten aanzien van niet-klinische behandelcentra, waarbij sprake is van drie eisen (De Gouw, 1993):

- gebruikelijke kwaliteitsnormen
- in principe algemeen toegankelijk
- geen overschrijding macro-budget gezondheidszorg

Het ministerie van VWS bereidt overigens een standpunt voor over de niet-klinische behandelcentra. Dit standpunt wordt in het najaar van 1996 verwacht.

## 2.4 De tandarts

In deze paragraaf worden twee aspecten van de tandartsenzorg besproken, namelijk het contact met de tandarts naar verzekeringsvorm in de periode 1992-1994 en enkele van de meest voorkomende verrichtingen in de tandheelkunde (ziekenfondscijfers) in

de periode 1992-1994.

Tabel 2.60 Contact met de tandarts in de periode 1992-1994 naar verzekeringsvorm

	1992	1993	1994	1995
<b>Ziekenfondsverzekering</b>				
- % personen met contact	70,2	71,8	71,2	71,8
- aantal contacten per persoon met contact	2,8	2,7	3,2	2,7
- aantal contacten per persoon	1,9	2,0	2,3	1,9
<b>Particuliere verzekering</b>				
- % personen met contact	77,0	77,4	78,1	79,1
- aantal contacten per persoon met contact	2,7	2,5	2,9	3,1
- aantal contacten per persoon	2,0	1,9	2,3	2,5
<b>Totaal</b>				
- % personen met contact	72,9	74,0	73,9	74,6
- aantal contacten per persoon met contact	2,7	2,6	3,1	2,9
- aantal contacten per persoon	2,0	1,9	2,3	2,1

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 96/5

Uit tabel 2.60 blijkt dat in 1995 zo'n driekwart van de bevolking naar de tandarts is geweest, met gemiddeld 2,1 contacten per persoon per jaar. Het percentage personen met contact is in de periode 1992-1994 voor zowel ziekenfonds als particulier verzekerden licht gestegen. In 1994 lijkt het percentage ziekenfondsverzekerde personen met contact met de tandarts zich te stabiliseren. De cijfers met betrekking tot particulier verzekerden blijven ook in 1995 licht stijgen.

Tabel 2.61 Enkele van de meest voorkomende verrichtingen tandheelkunde ZFW, 1992-1993, per 1000 verzekerden

	Volwassenenzorg		Jeugdzorg	
	1992	1993	1992	1993
<b>Halfjaarlijkse onderzoeken</b>	982	1051		
<b>Periodieke onderzoeken</b>				
- Extracties	98	105	88	99
- Vullingen	707	759	536	576
- Preventie	189	213	1214	1339
- Protheses	9	10		
- Parodontologie	863	972	249	257

Bron: FOZ 1996

Overigens bleek uit een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg dat ongeveer 80% van de ziekenfondsverzekerden een aanvullende verzekering heeft afgesloten, nadat per 1 januari 1995 de aanspraken op tandheelkundige hulp zijn drastisch beperkt. De beperkende maatregel heeft geen invloed gehad op het tandartsenbezoek van deze aanvullend verzekerden. Onder de ziekenfondsverzekerden die zich niet aanvullend hadden verzekerd, is echter sprake geweest van een sterke daling van het tandartsenbezoek na 1 januari 1995. In de periode 1993-1994 bezocht 60% van deze groep twee maal per jaar de tandarts, in de tweede helft van 1995 was dit nog slechts 42% (Friele e.a., 1996b).

Uit tabel 2.61 blijkt dat de verschillende verrichtingen bij zowel de halfjaarlijkse als de periodieke onderzoeken tussen 1992 en 1993 per 1000 verzekerden zijn toegenomen. Dit geldt voor de volwassenen- en de jeugdzorg. De grootste relatieve stijging in de volwassenenzorg vindt plaats bij de verrichtingen preventie en parodontologie (13%). Bij de jeugdzorg is het aantal extracties tussen 1992 en 1993 met 13% gestegen en preventieve verrichtingen met 10%. De groei van de preventieve zorg heeft in de periode 1992-1993 dus niet direct geleid tot een daling van het aantal curatieve verrichtingen.

Tabel 2.62 Ontwikkelingen in tandheelkundige voorzieningen, 1992-1995

	1992	1993	1994	1995
% pers.(16+) met volledig kunstgebit	22,5	21,5	20,7	20,1
% vh meest recente contact voor preventieve behandeling	68,9	67,5	71,2	68,4
% vh meest recente contact voor curatieve behandeling	22,6	22,6	20,8	23,0

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 96/4

In tabel 2.62 staan naast het percentage personen met een kunstgebit ook de percentages preventieve en curatieve behandelingen tijdens het meest recente contact. In ruim tweederde van de meest recente contacten worden preventieve behandelingen uitgevoerd. Dit percentage schommelt de laatste jaren tussen de 67,5% en 71,2%. Het percentage curatieve behandelingen in het meest recente contact is in 1995 weer met 2% toegenomen na een daling van bijna 2% in 1994. Het percentage personen met een kunstgebit neemt nog steeds af, tot 20% in 1995.

## 2.5 Ziekenvervoer

Ziekenvervoer omvat ambulancevervoer (liggend) en zittend ziekenvervoer. De gegevens over de kosten van het ziekenvervoer betreffen de periode 1992 - 1994 met een enkele uitstap naar andere jaren. Naast de in de literatuurlijst genoemde bronnen is gebruik gemaakt van recent CBS-materiaal (gegevens 1994 en raming volumegegevens 1995).

### *Volume*

Het aantal ambulancediensten is in 1995 ten opzichte van 1992 met 31 gedaald tot 137 (raming 1995). Van de 150 ambulancediensten in 1993 waren 36 GGD-diensten en 114 overige diensten (met name veel particuliere diensten, zoals taxi-bedrijven met één of meer ambulances). Elke dienst is aangesloten bij een Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Het aantal ambulances is met 1% afgenomen tot 640 (1995 raming).

Tabel 2.63 Algemene gegevens van ambulancediensten

	1980	1985	1990	1992	1993	1994	1995**
Ambulancediensten	245	229	190	168	150	142	137
Ambulance lokaties	276	290	244	222	217	220	220
Ambulance	754	704	645	647	642	641	640
Ritten (x1.000)	677	604	598	605	622	628	630
Kilometers (x1.000)	17.506	17.200	17.878	18.807	20.061	21.014	21.200

\* Aantal per 31 december

\*\* De gegevens 1995 berusten op een raming

Bron: CBS

Tegenover deze daling staat een toename van het aantal ritten met 4% tot 630.000 en een toename van het aantal verreden kilometers met 7% tot 20,1 miljoen (gemiddeld per ambulance 969 kilometer per jaar en gemiddeld per rit 32 kilometer). Het aantal ritten per ambulance en het aantal kilometers per rit verschilt per provincie. Zo was het aantal ritten per ambulance in 1993 in Utrecht met 1.286 ruim twee maal zoveel als in Friesland met gemiddeld 619 ritten per ambulance.

Het Nederlands Economisch Instituut (NEI) heeft een schatting gemaakt voor de volume-ontwikkeling van het zittend ziekenvervoer. Exacte gegevens over het vervoersvolume in het zittend ziekenvervoer zijn niet beschikbaar. De door het NEI weergegeven indicatie is ontleend aan het aantal verstrekte vrijwaringsbewijzen voor ziekenfondsverzekerden. In de periode 1989-1993 was de gemiddelde stijging van het aantal versterkte vrijwaringsbewijzen 4,2%. In tabel 2.67 is de ontwikkeling van het ziekenvervoer in deze periode weergegeven.

#### Kosten

In het NEI-rapport over de beheersbaarheid van de kosten van het ziekenvervoer (NEI, 1996) wordt aangegeven dat de kosten van het zittend ziekenvervoer slechts geschat kunnen worden aan de hand van de declaraties bij de zorgverzekeraars (VEKTIS). De kosten van ambulancevervoer zijn beter vast te stellen. In tabel 2.64 zijn de kosten van het ziekenvervoer in 1993 volgens verschillende bronnen weergegeven.

Tabel 2.64 Kosten ziekenvervoer, 1993

	CBS	Zorgverzekeraars
Ambulancevervoer	309	279
Zittend ziekenvervoer	269	230
Totaal	578	509

Bron: CBS en NEI, 1996, p.10

De verschillen tussen de CBS-gegevens en de Zorgverzekeraar-gegevens kunnen onder andere worden verklaard door het feit dat het bedrag van de Zorgverzekeraars alleen het bedrag is dat betaald is aan de vervoerders voor de gedeclareerde ambulanceritten. Er kan sprake zijn van een tijdsverschil tussen het feitelijke vervoer en de declaraties. Daarnaast zijn er naast de Zorgverzekeraars nog andere financieringsbronnen, zoals eigen bijdragen of eigen risico (bij zittend ziekenvervoer).

De exploitatiekosten van het ambulancevervoer zijn in 1994 ten opzichte van 1992 met



ruim 12,4% gestegen tot f 322,7 mln. Van deze exploitatiekosten wordt 61% verklaard door personele kosten (zie tabel 2.65).

Tabel 2.65 Exploitatiekosten van ambulancediensten, naar kostengroep

kosten in mln.	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
personele kosten	170,0	184,4	195,8	25,80	15,2%
andere kosten	117,1	124,7	127,0	9,90	8,5%
Totaal	287,1	309,1	322,7	35,60	12,4%

Bron: CBS

Tabel 2.66 Exploitatie-opbrengsten van ambulancediensten, naar opbrengstengroep

opbrengsten in mln.	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Ontvangen voor ambulancevervoer	251,0	278,2	300,9	49,90	19,9%
Totaal	277,2	299,9	322,4	45,20	16,3%

Bron: CBS

Het NEI heeft in zijn rapport de ontwikkelingen in het totale ziekenvervoer berekend. In tabel 2.67 zijn de gemiddelde jaarlijkse procentuele verandering in de periode 1989 - 1993 weergegeven.

Tabel 2.67 Ontwikkelingen ziekenvervoer, 1989-1993 (gem. jaarlijkse procentuele verandering)

	Ambulancevervoer	Overige ziekenvervoer
Kosten	8,3%	5,9% *
Opbrengsten	7,6%	6,3% *
Uitgave zorgverzekeraars	6,3%	7,6%
Volume		2,7% **
* aantal ritten	1,3%	
* aantal kilometers	3,6%	
* aantal vrijwaringsbewijzen		4,2%
Tarief	4,8% ***	ca. 3,5% ***

\* Taxibedrijf totaal

\*\* Gemiddelde jaarlijkse verandering in het jaarkilometrage per vervoermiddel, in het taxibedrijf.

\*\*\* NEI, 1996

Bron: NEI, 1996, p.31

Uit de volumegegevens en de totale kosten kunnen de gemiddelde kosten per ambulance worden berekend. Er kan daarbij onderscheid worden gemaakt tussen de gemeentelijke ambulancediensten en de particuliere ambulancediensten.

Tabel 2.68 Gemiddelde kosten per ambulance, per rit en per kilometer, naar type dienst, 1993

	GGD-diensten	Overige diensten	Alle diensten
Per ambulance (x f. 1000,-)	552	412	469
Per rit (x f. 1,-)	474	493	484
Per kilometer (x f. 1,-)	18	13	15

Bron: CBS

## 2.6 Onderlinge relaties in de medische sector

### 2.6.1 Relatie huisarts-specialist

#### *Feiten*

Huisartsen en specialisten behoren in zekere zin tot twee verschillende werelden. De huisarts is werkzaam in de eerste lijn. Hij vormt voor veel mensen het eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg. Het is zijn taak om als een soort eerste zeef te functioneren en te beoordelen welke klachten van patiënten vanzelf overgaan, welke klachten hij zelf kan behandelen bijvoorbeeld met behulp van geneesmiddelen en voor welke klachten hij moet doorverwijzen naar een meer gespecialiseerde hulpverlener. De huisarts oefent zijn beroep uit vanuit het uitgangspunt dat mensen gezond zijn tenzij het tegendeel is aangetoond.

Specialisten hebben te maken met een patiëntenpopulatie die door de huisarts is gezeefd. Dat wil zeggen, dat zij ervan uit kunnen gaan dat patiënten wier klachten vanzelf overgaan of wier klachten in de huisartspraktijk kunnen worden behandeld, niet op hun spreekuur verschijnen. Dat maakt dat specialisten op een andere manier werken. Zij gaan ervan uit de patiënt ziek is, tenzij het tegendeel kan worden aangetoond. Het uitvoeren van diagnostische verrichtingen is daarbij een belangrijk hulpmiddel.

De huisarts moet bij het uitoefenen van zijn vak een juist inschattingsvermogen ontwikkelen van de (potentiële) ernst van klachten en aandoeningen; het zogenoemde 'pluis/niet pluis gevoel'. Wanneer een huisarts een patiënt naar de specialist verwijst, dan kunnen daar drie redenen aan ten grondslag liggen (vergelijk Bensing & Verhaak, 1980):

- (1) de huisarts *weet niet* wat de patiënt mankeert;
- (2) de huisarts weet wel wat de patiënt mankeert, maar *kan* hem *niet* zelf behandelen; en
- (3) de huisarts kan de patiënt wel behandelen maar *wil* dat *niet* (bijvoorbeeld omdat het hem teveel tijd kost).

Deze driedeling in verwijsmotieven bestaat al lang. Inmiddels moet daar waarschijnlijk een vierde motief aan worden toegevoegd:

- (4) de huisarts wil de patiënt wel behandelen, maar de *patiënt wil niet*.

Indien de huisarts besluit de patiënt te verwijzen, dan zullen de stappen die hij daartoe moet doorlopen variëren met de verzekeringsvorm van de patiënt. Wanneer het een particuliere patiënt betreft, vertelt de huisarts hem een afspraak met de specialist te maken en schrijft hij een verwijsbrief voor de specialist. Daarin vermeldt hij naast de noodzakelijke patiëntgegevens -idealiter- tenminste van welke diagnose hij uitgaat (de zogenoemde werkhypothese) en wat hij van de specialist verwacht: een bevestigde

diagnose, alleen behandeling van de patiënt of beide. Daarmee is de particuliere patiënt verwezen; in principe levenslang, zo patiënt en specialist dat wensen. De indruk bestaat dat particulier verzekerden met verzekering voor de huisarts over het algemeen specialisten pas bezoeken na verwijzing door de huisarts, in ieder geval bleken er in de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk geen verschillen te bestaan tussen deze particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden in het aantal actieve verwijzingen per patiënt. Omdat vooral particulier verzekerden zonder verzekering voor de huisarts een duidelijk lager aantal verwijzingen per 1000 patiënten hebben (Gloerich & Van der Zee, 1992), moet voor deze groep rekening worden gehouden met de mogelijkheid van rechtstreeks specialistbezoek. Deze verzekerden kunnen immers ook een financieel belang hebben bij het rechtstreeks bezoeken van een specialist: voor een bezoek aan de huisarts moet een consulttarief worden betaald, terwijl specialistbezoek wel door de verzekering wordt vergoed (althans voor zover men geen eigen risico heeft dat nog niet is overschreden). In tabel 2.69 is het aantal verwijzingen van huisartsen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) naar medisch specialisten weergegeven per 1000 particulier verzekerden (niet onderscheiden naar het wel/niet hebben van een huisartsverzekering). Doordat cijfers hierover in 1992 nog niet beschikbaar waren, kunnen de in dit rapport standaard gegeven groeicijfers 1992-1994 niet worden berekend. In tabel 2.69 is te zien dat het totaal aantal verwijzingen van particulier verzekerden schommelt tussen de 79 en 99 per 1000 verzekerden. Zie ook Bijlage 1.

Tabel 2.69 Verwijzingen naar medisch specialisten naar leeftijd en geslacht van de patiënt per 1000 particulier verzekerden

Leeftijd	apr 93/ mrt 94	apr 94/ mrt 95	apr 95/ mrt 96	Abs.groei 92-94	Proc. groei 92-94
mannen (totaal)	(101)	(72)	(78)	-	-
0-14	86	65	67	-	-
15-24	48	38	44	-	-
25-44	100	58	56	-	-
45-64	131	84	91	-	-
65+	132	150	173	-	-
vrouwen (totaal)	(96)	(87)	(98)	-	-
0-14	62	54	60	-	-
15-24	67	55	59	-	-
25-44	92	88	93	-	-
45-64	105	110	135	-	-
65+	198	137	148	-	-
Totaal					
0-14	74	60	64	-	-
15-24	58	46	51	-	-
25-44	95	71	72	-	-
45-64	116	95	109	-	-
65+	160	143	159	-	-
Totale populatie	99	79	87	-	-

Bron: LINH.

(1993/1994) : N=20 praktijken

(1994/1995) : N=22 praktijken

(1995/1996) : N=47 praktijken

Bij ziekenfondspatiënten is de gang van zaken anders. Ook ziekenfondspatiënten moeten zelf een afspraak maken met de specialist en krijgen, als het goed is, een verwijsbrief mee voor de specialist. Maar daarnaast hebben ziekenfondspatiënten ook nog een verwijskaart nodig. Deze kaart vertegenwoordigt in feite het honorarium van de specialist voor het in behandeling nemen van de patiënt gedurende een bepaalde periode. Er zijn drie typen verwijskaarten:

- (1) De korte kaart: deze geeft recht op behandeling door een specialist gedurende één of twee maanden. De exacte periode hangt af van het specialisme. Voor snijdende specialismen is de korte kaart één maand geldig; voor de interne specialismen twee maanden, omdat de behandeling daar vaak een langere doorlooptijd kent in verband met het wachten op resultaten van diagnostische tests. In termen van de boven omschreven verwijsmotieven zou een huisarts een korte kaart moeten uitschrijven in die gevallen waarin hij de patiënt slechts ter diagnose verwijst (omdat hij het *niet weet*).
- (2) De aanvullende kaart: deze verlengt de geldigheidsduur van een korte kaart tot één jaar. De huisarts kan deze afgeven indien bijvoorbeeld tijdens het diagnostisch onderzoek is gebleken dat de patiënt toch specialistische behandeling nodig heeft.
- (3) De jaarkaart: deze geeft recht op behandeling door een specialist gedurende één jaar. Huisartsen kunnen deze kaart gebruiken indien zij bij voorbaat denken dat de patiënt gedurende langere tijd onder behandeling van een specialist moet blijven.

Indien de ziekenfondspatiënt na afloop van een jaar nog steeds bij de specialist moet blijven, heeft hij een nieuwe verwijskaart nodig (de zogenoemde verlengingsverwijzing) om het honorarium van de specialist te dekken. Als de ziekenfondspatiënt rechtstreeks, dat wil zeggen zonder tussenkomst van een huisarts, de specialist heeft bezocht, bijvoorbeeld via een EHBO-bezoek, dient hij achteraf een verwijskaart bij zijn huisarts te halen (de zogenoemde achterafverwijzing).

In de literatuur over verwijzen wordt veelal onderscheid gemaakt in actieve en passieve verwijzingen. Actieve verwijzingen zijn verwijzingen die kunnen worden geclassificeerd als beslissingen van huisartsen. Actieve verwijzingen komen veelal tot stand tijdens een 'face to face' contact van de huisarts met de patiënt. Dit in tegenstelling tot de zogenoemde passieve verwijzingen, waarbij de beslissing tot verwijzen in feite niet door een huisarts wordt genomen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om verlenging van een verwijzing via aanvullende kaarten (veelal op initiatief van de behandelend specialist) of om achteraf verwijzingen. Ook verwijzingen naar de oogarts voor refractie-afwijkingen worden doorgaans aangeduid als passieve verwijzingen. Passieve verwijzingen worden vaak verzorgd door de huisarts-assistente en hebben alleen betrekking op ziekenfonds-verzekerden (Gloerich & Van der Zee, 1992).

In tabel 2.70 is de ontwikkeling van het aantal verwijskaarten naar kaartsoort te zien. Deze gegevens zijn voor 1992 niet bekend, zodat ook hier weer de standaard groeicijfers 1992-1994 niet kunnen worden gepresenteerd. Uit tabel 2.70 blijkt dat globaal genomen het aantal korte kaarten en aanvullende kaarten afneemt ten gunste van het aantal jaarkaarten. Dit is het geval in vrijwel alle leeftijdscategorieën. Alleen in de leeftijdscategorie 15 tot 24 jaar neemt ook het aantal jaarkaarten af. Wat opvalt is, dat de absolute afname in het aantal aanvullende kaarten in bijna alle leeftijdscategorieën ongeveer gelijk is aan de absolute toename van aantal jaarkaarten. Dat zou erop kunnen duiden dat huisartsen niet ongedifferentieerd minder korte kaarten uitschrijven, maar dat zij selectiever worden in het gebruik van de korte kaart. Mogelijk zijn zij gaandeweg in gevallen waar -naar de ervaring leerde- meestal een aanvullende kaart diende te volgen op een korte, overgegaan tot het in eerste instantie reeds uitschrijven

van een jaarkaart. Wat overblijft aan uitgeschreven korte kaarten is dan voornamelijk bedoeld voor de ècht korte overdrachten aan de specialist.

Tabel 2.70 Verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten naar leeftijd van de patiënt en soort verwijskaart per 1000 ziekenfondsverzekerden

	apr.93/ mrt.94	apr.94/ mrt.95	apr.95/ mrt.96	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
korte kaart (tot.)	(136)	(112)	(124)	-	-
0-14	105	80	90	-	-
15-24	106	77	81	-	-
25-44	117	95	100	-	-
45-64	155	134	145	-	-
65+	234	188	216	-	-
aanvul. krt (tot.)	(63)	(52)	(30)	-	-
0-14	39	39	20	-	-
15-24	31	28	16	-	-
25-44	49	34	22	-	-
45-64	85	64	38	-	-
65+	131	109	59	-	-
jaarkaart (tot.)	(185)	(201)	(226)	-	-
0-14	120	137	156	-	-
15-24	114	96	108	-	-
25-44	141	146	154	-	-
45-64	241	263	286	-	-
65+	377	405	468	-	-

Bron: LINH

(1993/1994) : N=20 praktijken, N= 42.000 ziekenfonds verzekerden, N=15.000 verwijzingen.

(1994/1995) : N=22 praktijken, N= 61.695 ziekenfonds verzekerden, N=19.844 verwijzingen.

(1995/1996) : N=47 praktijken, N= 129.613 ziekenfonds verzekerden, N=48.789 verwijzingen.

Tabel 2.71 Percentage verwijzingen van het totaal aantal verwijzingen voor ziekenfondsverzekerden per specialisme

	apr.93/ mrt.94	apr.94/ mrt.95	apr.95/ mrt.96	Abs. groei 92-94	Proc. groei 92-94
Oogheelkunde	16,7	17,8	17,2	-	-
KNO	8,7	9,2	9,2	-	-
Chirurgie	12,8	10,7	11,0	-	-
Plastische chirurgie	1,2	1,6	1,5	-	-
Orthopaedie	7,4	7,5	7,9	-	-
Urologie	3,5	3,2	3,5	-	-
Gynaecologie/ obstetrie	6,4	6,4	6,3	-	-
Neurochirurgie	0,2	0,2	0,2	-	-
Neurologie	6,3	6,0	6,3	-	-
Dermatologie/ allergologie	8,2	7,7	7,3	-	-
Interne geneeskunde	11,4	11,0	10,0	-	-
Kindergeneeskunde	2,5	2,5	2,8	-	-
Maag-, darm- en stofw.ziekten	0,1	0,4	0,5	-	-
Cardiologie	5,8	6,2	6,9	-	-
Longziekten en tuberculose	3,6	3,8	3,8	-	-
Reumatologie	1,7	1,8	2,0	-	-
Psychiatrie	1,7	1,9	1,7	-	-
Revalidatie	1,0	1,0	1,0	-	-
Mondziekten en kaakchirurgie	0,4	0,4	0,3	-	-
Overige specialismen	0,6	0,4	0,5	-	-

Bron: LINH

(1993/1994) : N=20 praktijken, N= 42.000 ziekenfonds verzekerden, N=15.000 verwijzingen.

(1994/1995) : N=22 praktijken, N= 61.695 ziekenfonds verzekerden, N=19.844 verwijzingen.

(1995/1996) : N=47 praktijken, N= 129.613 ziekenfonds verzekerden, N=48.789 verwijzingen.

In tabel 2.71 zijn de verwijzingen van huisartsen voor ziekenfondsverzekerden weergegeven naar specialisme. Ook voor deze gegevens geldt weer dat zij voor 1992 niet bekend zijn, waardoor groeicijfers niet kunnen worden gepresenteerd. Uit tabel 2.71 blijkt dat de verwijsspecialismen die voor huisartsen in kwantitatief opzicht het meest belangrijk zijn, oogheelkunde, interne geneeskunde en chirurgie zijn.

#### Ontwikkelingen

In de relatie huisarts-specialist kunnen twee ogenschijnlijk tegengestelde ontwikkelingen worden gesignaleerd. In de eerste plaats is het beleid erop gericht om een nog duidelijker scheiding aan te brengen tussen de beide echelons, door versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts. In het rapport van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH) wordt in dat kader de invoering van een verwijssysteem voor particuliere patiënten voorgesteld. De PWH bepleit daartoe de opnamen van een standaardbepaling in de polis (in samenhang met een adequaat controlesysteem) van verzekeraars die de verwijfsfunctie van de huisarts regelt. In de tweede plaats worden echter in de relatie huisarts-specialist de traditionele echelons juist doorbroken in experimenten en projecten op het terrein van transmurale zorg.

In de voorstellen van de Commissie Biesheuvel staat het idee van een zorgcontinuum centraal, naast de poortwachtersfunctie van de huisarts en het geïntegreerd medisch-

specialistisch bedrijf.

Transmurale zorg werd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in zijn advies Transmurale somatische zorg als volgt gedefinieerd:

*Transmurale zorg omvat vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.*

(NRV, 1995, p. 9)

Centraal in deze definitie staat het uitgangspunt van gedeelde verantwoordelijkheid en het verlenen van zorg op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie. In veel transmurale en 'aanverwante' projecten vindt samenwerking plaats over de verpleegkundige as, waarbij zorg niet langer in het ziekenhuis maar thuis, door (wijk)verpleging en gezinsverzorging wordt geboden. Huisartsen kunnen hierbij betrokken zijn als de meest aangewezen beroepsbeoefenaar voor het verlenen van de noodzakelijke medische zorg thuis.

Transmurale activiteiten van huisartsen en specialisten kunnen zeer divers zijn qua inhoud en omvang (verg. Vogel, 1994). Op het meest kleinschalige niveau is samenwerking denkbaar met betrekking tot één patiëntencategorie of één afzonderlijke ingreep, tussen een maatschap van specialisten en enkele huisartsen (bijvoorbeeld een huisartsengroep of een grote groepspraktijk). Op het mesoniveau bevinden zich transmurale projecten van een iets grotere omvang waarbij bijvoorbeeld alle huisartsen in één district meedoen. Op landelijk niveau bepleit het NHG zogeheten Transmurale Afspraken, waarbij allereerst op wetenschappelijke gronden overeenstemming wordt bereikt over medisch noodzakelijke zorg en vervolgens een medisch-inhoudelijke taakverdeling tussen de betrokken disciplines wordt opgesteld (NHG, 1996). Deze twee stappen zouden volgens het NHG op landelijk niveau moeten worden genomen door het NHG en de medisch-wetenschappelijke verenigingen. Op regionaal en lokaal niveau kunnen, op basis van de landelijke Transmurale Afspraak, werkafspraken tussen specialisten en huisartsen worden gemaakt. Het NHG wil met deze aanpak voorkomen dat huisartsen in hun samenwerking met specialisten ertoe worden verleid delen van het huisartsgeneeskundig gedachtengoed (samen te vatten als 'de patiënt is gezond totdat het tegendeel bewezen is') prijs te geven in ruil voor consensus (NHG, 1996, p. 10).

In de praktijk zal het bij transmurale zorg op de as huisarts-specialist vaak gaan om het overhevelen van behandeling en monitoring van specifieke categorieën patiënten, veelal chronische patiënten als bijvoorbeeld diabetici, CARA-patiënten, reumapatiënten (Spreeuwenberg, 1994, Delnoij, 1995). In het Scenarioreport 'Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg' (STG, 1992, p. 199-202) wordt over transmurale zorg gesteld dat de toegankelijkheid van zorg voor complexe zorgvragen zal verbeteren naarmate de intramurale partner (ziekenhuis of verpleeghuis) meer de leiding (regie) heeft. Er wordt tegelijkertijd echter gewaarschuwd voor een teveel aan specialistische zorg; juist doordat de scheiding tussen complexe en niet-complexe zorg minder scherp is dan in een situatie van gescheiden circuits. In het Scenarioreport de verwachting uitgesproken dat de verplegende en verzorgende functies en ook de huisarts extra vraag te verwerken zullen krijgen. De huisarts zou rekening moeten houden met extra werk door de overheveling van taken van specialisten in het ziekenhuis. Overigens kan dit tegelijkertijd ook leiden tot een verzwaring van het werk van specialisten, doordat de bij de specialist overblijvende patiënten gemiddeld ernstigere klachten kunnen hebben

(verg. De Kluiver e.a., 1994).

Naar verwachting zal transmurale zorg op het grensvlak van huisartsgeneeskundige en specialistische zorg een extra impuls krijgen door de veranderingen die momenteel in de honorering van specialisten plaatsvinden (zie paragraaf 2.2 en 7.2). Ook van invoering van een regeling tot flexibilisering van de zorg (de zogeheten 3%-regeling) op basis waarvan zorgverzekeraars -op papier- flexibeler worden in het overhevelen van gelden van de ene verstrekking naar de andere (bijvoorbeeld van ziekenhuis naar thuiszorg), kunnen transmurale of substitutieprojecten een stimulans ondervinden.

#### *Signaleringen*

Volgens de LHV wisselt de kwaliteit van de relaties tussen huisartsen en specialisten van plaats tot plaats. De LHV signaleert dat een algemene gezindheid ontbreekt onder specialisten om te investeren in de relatie met huisartsen. De LHV verwacht echter dat specialisten onder de lump-sum honorering meer taken gaan afschuiven naar huisartsen. Daardoor zal over de behandeling van specifieke patiëntengroepen in de toekomst steeds meer afstemming moeten plaatsvinden (bron: interview LHV). Andere, reeds langer bestaande knelpunten in de relatie huisarts-specialist liggen op het vlak van het functioneren van het verwijskaartensysteem, 'cultuurverschillen' en communicatie.

#### Functioneren verwijskaartensysteem

Voor specialisten bepaalt het aantal naar hem verwezen ziekenfondspatiënten voor een deel zijn inkomen; althans onder het traditionele honoreringssysteem. Dat geldt des te sterker voor die specialismen waarin relatief weinig aanvullende verrichtingen kunnen worden gedeclareerd; bijvoorbeeld de kindergeneeskunde. Vanuit die optiek zijn huisartsen voor specialismen belangrijke partners.

Voor huisartsen betekent het systeem van getrapte toegankelijkheid van specialistische zorg vooral dat zij patiënten moeten selecteren: wie kan in de huisartspraktijk worden behandeld, wie moet naar de specialist? Als onderdeel van dit selectiemechanisme bepleit de PWH in zijn rapport "Poortwachter in de praktijk" de introductie van de zogenoemde advieskaart. In het verleden is een dergelijke verwijskaart regelmatig bepleit door huisartsen. De bedoeling van een advieskaart is dat de huisarts na één of enkele consulten een advies van de specialist ontvangt over het vervolg van de behandeling van de patiënt. Een dergelijke kaart zou huisartsen meer invloed geven op wat er met zijn patiënten in de tweede lijn gebeurt. In 1991 is een nieuw verwijskaartensysteem ingevoerd met het boven omschreven onderscheid in korte en aanvullende kaarten (voor die tijd bestonden er alleen verwijskaarten met een geldigheidsduur van een jaar, waardoor de huisarts zijn patiënten meteen voor een lange periode 'kwijt' was). Het idee was onder meer dat de korte kaart dienst zou kunnen doen als advieskaart. Om verschillende redenen, niet in de laatste plaats vanwege de administratieve complexiteit, werkt dit nieuwe systeem toch niet volgens de verwachtingen (Arts & Wijkel, 1994, Sebregts & Stokx, 1995). De korte kaart eventueel gevolgd door een aanvullende kaart verliest steeds meer aan populariteit ten koste van de ouderwetse jaarkaart, waarmee de patiënt weer voor een heel jaar aan de specialist wordt overgedragen. Dat bespaart zowel de specialist als de huisarts onnodige administratieve rompslomp, maar het zou tevens kunnen leiden tot uitholling van de poortwachtersfunctie van de huisartsen voor wat betreft het zo snel mogelijk terughalen van patiënten uit de tweede lijn.

#### Cultuurverschillen

Een deel van de spanningen rond het verwijskaartensysteem zijn volgens Van der Kwartel e.a. (1994) een vertaling van de eerder omschreven cultuurverschillen tussen



huisartsen en specialisten. Specialisten zien een door de huisarts 'gezeefde' patiëntenpopulatie. Dat brengt met zich mee dat zij op een andere manier te werk gaan dan hun collegae in de eerste lijn. Specialisten bedienen zich bijvoorbeeld veel meer dan huisartsen van medische technologie. Daarbij is de specialist afhankelijk van de faciliteiten van het ziekenhuis waar hij werkt. Dat maakt het vanuit logistiek oogpunt vaak moeilijk om in één of twee consulten een diagnose te stellen, zoals huisartsen graag hadden gewild met de door hen bepleitte advieskaart. Specialisten blijken zelfs de huidige geldigheidsduur van de korte kaart (één maand voor de heelkundige en twee maanden voor de beschouwende specialismen) te kort te vinden (Arts & Wijkel, 1994).

#### Communicatie

De NPCF wijst erop dat de huisarts weliswaar met nadruk de rol van poortwachter wordt toegedicht. De huisarts weet echter lang niet altijd wat er achter de 'poort' gebeurt en hij heeft hier ook nauwelijks invloed op (bron: interview NPCF). Een goede communicatie tussen enerzijds de huisarts, wijkverpleging en gezinszorg en anderzijds de specialist en het ziekenhuis is van belang vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg. Zonder communicatie is een goede overdracht van patiënten niet mogelijk. Overdracht van patiënten vindt plaats aan de voordeur van het ziekenhuis en aan de achterdeur. Communicatie tussen huisarts en specialist verloopt nog steeds voor een belangrijk deel via verwijsbrieven van de huisarts en specialistenbrieven, die hetzij volgen op een (aantal) poliklinische consult(en), dan wel op het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis (de zogeheten ontslagbrief). Bij de instroom van patiënten in de tweede lijn is de specialist gebaat bij een duidelijke vraagstelling van de huisarts wanneer deze een patiënt naar hem verwijst en bij achtergrondinformatie -bijvoorbeeld over psychosociale omstandigheden- die alleen de huisarts kan geven. De huisarts is erbij gebaat snel op de hoogte te worden gebracht van de bevindingen, de ingestelde behandeling en het beleidsadvies van de specialist, zeker wanneer de huisarts de behandeling van de patiënt zelf moet voortzetten.

Tussen huisarts en specialist bestaat sinds jaar en dag over en weer kritiek op inhoud en de volledigheid van de berichtgeving. Huisartsen klagen bovendien dat specialistenbrieven hen regelmatig te laat bereiken. Beide beroepsgroepen klagen daarnaast over elkaars telefonische bereikbaarheid (Van der Kwartel e.a., 1994).

Resultaten van onderzoek naar de snelheid van de schriftelijke berichtgeving geven een gevarieerd beeld. De gerapporteerde doorlooptijden voor het schrijven van een specialistbrief na het eerste consult van de patiënt lopen bijvoorbeeld uiteen van 4,9 dagen (Meijer & Hofstra, 1990) tot 41 dagen (Verhage-Spliet & Kersten, 1990). In recent onderzoek van Engelsman & Geertsma (1994) duurde het gemiddeld 18 dagen na het eerste consult van de patiënt voordat de specialist een eerste brief aan de huisarts stuurde. Uit datzelfde onderzoek bleek dat de verwijsbrieven van huisartsen vooral slecht scoren op het item 'leesbaarheid'. Wat de inhoud van de brieven betrof, bleek met name de duidelijkheid van de vraagstelling te wensen over te laten, vooral op therapeutisch gebied. Specialisten misten in de verwijsbrief vaak informatie over de psychosociale omstandigheden van een patiënt (Engelsman & Geertsma, 1994). Engelsman & Geertsma evalueerden ook specialistenbrieven. Bij de overgrote meerderheid (89%) van de specialistenbrieven vonden huisartsen dat de berichtgeving van de specialist op tijd was. Qua inhoud werden echter met name de onderdelen prognose, beleidsadvies aan de huisarts, psychosociale factoren en aan de patiënt verstrekte informatie vaak gemist.

De specialistenbrieven in het onderzoek van Engelsman & Geertsma bereikten de huisarts relatief snel vergeleken met de brieven in een -veel kleinschaliger- onderzoek

in het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) (Zimmerman, 1994). Daar bedroeg bijvoorbeeld de gemiddelde doorlooptijd van ontslagbrieven op de orthopedische afdeling 38 dagen. De meeste vertraging bleek op te treden doordat ontslagbrieven worden gedicteerd door arts-assistenten, waarna de brief vervolgens weer gecorrigeerd moet worden door de superviserende arts. Bovendien werd soms een extra wachttijd gecreëerd door met dicteren te wachten op de ontvangst van uitslagen (Zimmerman, 1994).

#### Electronisch berichtenverkeer

Ten behoeve van de continuïteit van zorg heeft de huisarts gegevens nodig over wat er met de patiënt in de tweede lijn is gebeurd voor het medisch dossier. Dit dossier houdt de huisarts bij voor de op zijn naam ingeschreven patiënten. Als 'constante factor' in de gang die patiënten door de gezondheidszorg kunnen maken, is de huisarts de aangewezen persoon om alle informatie op één centraal punt te verzamelen en te beheren. Meer en meer gaan huisartsen voor het bijhouden van hun dossiers over op het gebruik van de zogeheten medische module van hun Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Daarmee ontstaat langzamerhand een situatie waarin gegevens in het ziekenhuis uit een computer worden gehaald, vervolgens 'met de hand' worden doorgegeven aan huisartsen, die deze gegevens vervolgens weer in hun eigen computer opslaan. In dergelijke situaties ontstaat behoefte aan Electronic Data Interchange (EDI): de uitwisseling van gestructureerde gegevens volgens vooraf afgesproken berichtenstandaarden tussen toepassingsprogrammatuur van computers van de betrokken partijen (Van Rijen & Ottes, 1989). In theorie zou een dergelijk electronisch berichtenverkeer een enorme efficiëntie-winst met zich mee moeten kunnen brengen. Inmiddels hebben huisartsen, specialisten en ziekenhuizen in een paar regio's in Nederland ervaring kunnen opdoen met EDI. Daarin bleek dat door EDI een snellere berichtgeving mogelijk is. In het zogeheten 3i-project, bijvoorbeeld, varieerde de tijdswinst ten opzichte van traditionele berichtgeving tussen één en drie dagen. De tijdswinst wordt door huisartsen vooral belangrijk gevonden voor wat betreft de opname- en ontslagberichten. Bij laboratorium- en radiologieberichten is tijdswinst minder relevant, omdat het vaak routine-onderzoeken betreft (L'Ortye & Ament, 1992). Behalve winst in termen van tijd kan het gebruik van EDI ook aanleiding vormen voor de betrokken partijen om eens kritisch naar de inhoud van hun communicatie te kijken. Om electronische uitwisseling van gegevens mogelijk te maken, is het namelijk nodig dat afspraken over standaarden worden gemaakt (NRV, 1992). Het opzetten van EDI zou een aanleiding kunnen vormen voor bijvoorbeeld deelnemende huisartsen om hun verwijsbrieven te structureren volgens de NHG-standaard voor een verwijsbrief. Een winstpunt van electronisch verstuurd verwijsbrieven van de huisarts zou bovendien de verbeterde leesbaarheid van de brieven zijn. Daarnaast kunnen ook met ziekenhuizen en specialisten afspraken worden gemaakt over de rubrieken die overdrachtsformulieren, ontslagberichten en -brieven dienen te omvatten.

Voorwaarde voor een verdere invoering van het gebruik van EDI in de communicatie huisarts-specialist is dat ook specialisten een geautomatiseerd medisch dossier gaan gebruiken. Tot op heden is dat niet op grote schaal het geval. Een punt van aandacht is daarnaast de kosten van het gebruik van EDI. Uit de evaluatie van het 3i-project bleek dat in de deelnemende ziekenhuizen de kosten van berichtgeving aan huisartsen licht daalden, zij het dat de verschillen tussen ziekenhuizen groot waren. Voor huisartsen betekende EDI echter een extra kostenpost (aanschaf software, modem, telefoonkosten en dergelijke). Daar staat echter een tijdswinst voor de assistente tegenover van ongeveer 30 minuten per dag. Deze winst ontstaat doordat minder tijd kan worden besteed aan het sorteren, openen en archiveren van de post (L'Ortye & Ament, 1992).

De DIV in Tilburg becijferde dat de gezondheidszorg met elektronische communicatie een collectieve besparing zou kunnen halen van 40 tot 60% ten opzichte van de kosten van het traditionele berichtenverkeer, afhankelijk van de snelheid waarmee individuele zorgverleners (bijvoorbeeld huisartsen) overgaan tot elektronische communicatie. Voor een ziekenhuis en een huisartsenlaboratorium zouden deze besparingen na een jaar of vijf kunnen oplopen tot fl. 60.000 tot fl. 70.000. Individuele zorgverleners als huisartsen zouden naar verwachting echter weinig financieel voordeel kunnen behalen met elektronische communicatie (Rutters-van Lierop & Arnou, 1994).

## 2.6.2 De relatie medisch specialist - ziekenhuis

### *De contractuele relatie*

Al vele jaren is de discussie gaande over de vraag wat een optimale contractuele relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis is. De medisch specialisten zijn in het algemeen voorstander van de status van vrije beroepsbeoefenaar. In toenemende mate blijkt, dat de medisch specialisten in allerlei opzichten steeds nadrukkelijker onderdeel uitmaken van een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie. Niet alleen beleidsmatig via processen van managementparticipatie (zie hierna), maar ook op grond van ontwikkelingen in de wetgeving. Wet- en regelgeving en jurisprudentie leiden tot toenemende aansprakelijkheid van het ziekenhuis en de ziekenhuisdirectie voor de kwaliteit van het handelen van de specialist (Meulemans, 1996). Die aansprakelijkheid staat los van de contractuele relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist. In dit verband kan onder meer worden gewezen op de volgende wettelijke regelingen:

- De Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)
- De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
- De Kwaliteitswet Zorginstellingen
- De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

Inmiddels is gebleken, dat het Kabinet indifferent staat tegenover de vraag, welke contractuele relatie de specialist met het ziekenhuis heeft (Meulemans, 1996). Voor de overheid is het uitgangspunt een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie, waarvan de bekostiging via het ziekenhuis loopt.

Een en ander neemt niet weg, dat zich op lokaal niveau de keuze kan voordoen tussen wel of geen loondienstverband voor medisch specialisten. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft besloten zich alvast te buigen over de vraag hoe de arbeidsvoorwaarden van medisch specialisten eruit zouden moeten zien, wanneer wordt gekozen voor een dienstverband. Op dit moment geldt de CAO Ziekenhuiswezen. Wanneer een dergelijke keuze wordt gemaakt, zullen partijen behoefte hebben aan een landelijk kader. Onder de leden van de NVZ blijken de meningen over dit onderwerp verdeeld te liggen. Een deel geeft de voorkeur aan de medisch specialist als vrije beroepsbeoefenaar, een ander deel wil de relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis bij voorkeur in de eigen instelling regelen en een deel geeft de voorkeur aan een dienstverband. Overigens kan het inbrengen van een dergelijke faciliteit in de CAO niet eenzijdig door de NVZ worden gedaan. De andere sociale partners die betrokken zijn bij de totstandkoming van de CAO zullen daaraan eveneens hun goedkeuring moeten hechten.

In dit verband is het interessant te wijzen op de afspraken die onlangs zijn gemaakt tussen de NVZ en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Op dit moment zijn nog zo'n 120 kinderartsen vrijgevestigd. De regeling tussen NVZ en NVK zal tot gevolg hebben, dat nagenoeg alle kinderartsen op een nader te bepalen

moment collectief over zullen gaan tot een dienstverband. Er werd gekozen voor de vorm van een in de CAO-Ziekenhuiswezen verankerde honoreringsstructuur voor deze specifieke beroepsgroep. Hoewel de CAO-Ziekenhuiswezen reeds voorziet in een honoreringsregeling voor medisch specialisten moest worden geconcludeerd dat deze regeling -blijkens onderzoek- in de praktijk niet hanteerbaar is en niet aansluit op de specifieke karakteristieken van deze beroepsgroep. Een nieuwe, praktisch te hanteren regeling was derhalve zowel vanuit een oogpunt van faciliterend als structurerend optreden noodzakelijk. Ook hier geldt overigens, dat de sociale partners ontheffing zullen moeten verlenen van de CAO-afspraken, omdat de met de NVK afgesproken regeling afwijkt van de CAO Ziekenhuiswezen. Op grond van deze ervaring wordt nu door de NVZ onderzocht, wat deze regeling kan betekenen voor andere groepen medisch specialisten.

Voor medisch specialisten speelt in de discussie over het al dan niet zijn van een vrij beroepsbeoefenaar het element van het declaratierecht een essentiële rol. Het recht om zelfstandig te mogen declareren bepaalt in feite de status van vrije beroepsbeoefenaar. Het is dan ook van belang onderscheid te maken tussen de administratieve verwerking van declaraties van medisch specialisten en het juridische recht op declaraties. Administratief gezien kan de declaratie middels één rekening van het ziekenhuis lopen.

#### *Managementparticipatie door medisch specialisten*

Er is een langdurig proces aan de gang van een toenemende integratie van het beleid van medisch specialisten in het beleid van het ziekenhuis. In het algemeen spraakgebruik wordt deze ontwikkeling aangeduid met de term 'managementparticipatie'. Sommigen spreken ook van 'beleidsparticipatie' (Schepers, e.a., 1996). Door de Commissie Medisch Specialist en Ziekenhuis I werd het begrip managementparticipatie als volgt gedefinieerd:

*Daadwerkelijke betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de medische professie voor de organisatie van de zorgverlening en de beleidsvorming en bedrijfsvoering met betrekking tot de zorgverlening, op drie te onderscheiden niveaus:*

- *de dagelijkse patiëntenzorg;*
- *organisatorische eenheden voor medisch specialistische patiëntenzorg;*
- *de ziekenhuisorganisatie als geheel.*

In het verleden werd het ziekenhuis gezien als een facilitaire organisatie ten behoeve van het medisch specialistisch handelen. Er zijn sinds het begin van de jaren tachtig echter drie gebeurtenissen aan te geven, die ieder leiden tot een steeds grotere betrokkenheid van de specialist bij het beleid c.q. management van het ziekenhuis. Dat zijn: de invoering van de budgettering van ziekenhuizen in 1983, het Vijfpartijenakkoord uit 1989 en de momenteel te nemen daadwerkelijke stappen op weg naar een integraal budget voor de kosten van het ziekenhuis en de specialistische zorg, mede aan de hand van de regionale experimenten (zie paragraaf 7.2). Ook de wettelijke ontwikkelingen die hiervoor zijn beschreven, leiden tot een steeds sterker betrokkenheid tussen medisch specialist en ziekenhuis.

In de praktijk blijken vele experimenten aan de gang te zijn op het gebied van managementparticipatie. De aanpak is daarbij steeds verschillend en onder meer afhankelijk van de toevallige situatie, waarin een ziekenhuis zich bevindt (bijvoorbeeld al dan niet verwickeld in een fusieproces, groot of klein ziekenhuis, enzovoorts). Uit een onderzoek onder twintig ziekenhuizen (Durlinger, 1993) bleek, dat zeven ziekenhuizen in een proces om te komen tot managementparticipatie verwickeld waren in grensverleggende

veranderingen. Daarbij werd de ziekenhuisorganisatie 'gekanteld' en werd de nieuwe structuur en werkwijze 'ziekenhuisbreed' ingevoerd. De dertien overige ziekenhuizen werkten met kleinschalige veranderingstrajecten. Van deze dertien waren er vijf die gekozen hadden voor een modelmatige benadering (zij gingen uit van een bepaald model van managementparticipatie en werkten aan ziekenhuisbrede invoering), terwijl acht ziekenhuizen werkten volgens een ontwikkelingsmodel.

Het hierboven genoemde 'kantelen' van de organisatie doelt op de aanpak, waarbij de organisatie van het ziekenhuis fundamenteel wordt gewijzigd. De klassieke structuur van een ziekenhuis kan worden getypeerd als een 'dienstenstructuur', onder meer bestaande uit een medische, een verpleegkundige en een beheersmatige component. In de nieuwe aanpak, waarbij wordt getracht de medisch specialisten meer te betrekken bij het beleid en management van het ziekenhuis, wordt het ziekenhuis georganiseerd rondom bepaalde groepen van patiënten. Men spreekt bijvoorbeeld van 'clusters'. Palmén (1996) schetst een beeld van een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie, gebaseerd op het primaire zorgproces, met produkten, produktgroepen en divisies.

De Commissie "Medisch Specialist en Ziekenhuisorganisatie II" (De Commissie Van Montfort II) heeft middels een enquête geconstateerd, dat 20 ziekenhuizen de dienstenstructuur geheel hebben opgeheven en dat 36 ziekenhuizen van plan zijn de dienstenstructuur geheel of gedeeltelijk te verlaten. Ongeveer de helft van de directeuren en stafvoorzitters is van mening, dat het, voor het verbeteren van de organisatie, niet nodig is de diensten op te heffen.

Toch blijkt ook, dat men in nagenoeg alle ziekenhuizen de klassieke organisatiewijze heeft verlaten of wil gaan verlaten, met name in procesmatige betekenis. Het gaat dan om de volgende specifieke decentrale principes:

- actief delegerend gedrag van de directie;
- het delegeren van bevoegdheden (geformaliseerd);
- de bereidheid van medisch specialisten om vraagstukken af te handelen met leidinggevenden onder het niveau van de directie;
- het relatief vrij beschikken over een eigen budget op het niveau van de werkeenheden.

Hoe dan ook benoemd en ingevuld, het is steeds de bedoeling om binnen deze patiëntgerichte organisatorische eenheden de medische, verpleegkundige en beheersmatige componenten met elkaar te integreren. In feite een proces van organisatorische decentralisatie, waardoor de medisch specialisten nauwer worden betrokken op in ieder geval het operationele beleid van het ziekenhuis. Zoals de eerdergenoemde commissie het in haar rapport formuleert: "Algemeen kan worden gesteld, dat participatie in de *besluitvorming* gepaard gaat met gedelegeerde besluitvorming in de organisatie, dus grotere zelfstandigheid van werkeenheden. (...) In de praktijk betekent dit een vorm van deelname van specialisten in de leiding van de werkeenheden." (p.36)

De commissie Van Montfort II constateert ook, dat mede ten gevolge van de hier omschreven ontwikkelingen de positie van de medisch staf kan gaan veranderen. Decentralisatie van de besluitvorming kan ruimte scheppen om op het niveau van de medische staf meer aandacht te schenken aan visie-ontwikkeling en kwaliteitsonderwerpen.

In de relatie tussen management en medisch specialisten blijkt het vaak moeilijk om tot afspraken te komen vanwege het principe van collegialiteit van bestuur, dat het leidende beginsel is in de besluitvorming tussen (medische) professionals. Om toch tot een slagvaardige besluitvorming tussen management en medisch specialisten te

kunnen komen, lijkt daarom een vorm van mandatering aangewezen. Geen mandatering in de vorm van een blanco volmacht, maar een mandaat in de vorm van een opdracht. Mandatering vereist wel een optimale communicatie tussen de vertegenwoordigers van de medische staf en haar achterban.

### 2.6.3 De relatie verpleging - ziekenhuis

Evenals de relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis aan het veranderen is, verandert ook de relatie tussen de verpleging en het ziekenhuis. Ook in dit geval is de verandering in management en organisatie van het ziekenhuis één van de oorzaken. In het verleden kende een ziekenhuis in het algemeen een driehoofdige leiding: een directeur beheer, een geneesheer-directeur en een directeur verpleging. In steeds meer ziekenhuizen ziet men tegenwoordig een één- of tweehoofdige leiding, waarbij er dan sprake is van een directeur beheer en een directeur patiëntenzorg. Deze laatste heeft in veel gevallen geen verpleegkundige achtergrond. Eerder is al beschreven hoe in veel ziekenhuizen de dienstenstructuur wordt vervangen door een meer decentrale structuur, gebaseerd op patiëntengroepen. Beide ontwikkelingen tezamen dreigen de invloed van de verpleegkunde op het algemene ziekenhuisbeleid steeds verder terug te dringen. Het ligt dan ook voor de hand, dat er gedachten zouden worden ontwikkeld om ook vanuit de verpleegkunde een gestructureerde bijdrage aan het ziekenhuisbeleid te kunnen leveren.

Eén van die gedachten is die van een 'Stafconvent Verpleging' of ook wel een 'Verpleegkundige Adviesraad' (Bekkers, e.a., 1996). De Commissie Werner heeft met haar rapport "In hoger Beroep" een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het denken over de plaats van de verpleging in het ziekenhuis. In 1993 beschikte ongeveer 10% van de algemene en academische ziekenhuizen over een verpleegkundig adviesorgaan, in 1996 was dit aantal al verdubbeld.

In navolging van de eerder beschreven ontwikkeling bij de medisch specialisten spreekt men ook hier van managementparticipatie van verpleegkundigen. De definitie van Bekkers e.a. lijkt dan ook veel op die van managementparticipatie van medisch specialisten:

*Daadwerkelijke betrokkenheid van de verpleegkundige professie bij, en medeverantwoordelijkheid voor, de organisatie van de zorgverlening en de beleidsvorming en bedrijfsvoering met betrekking tot de zorgverlening op meerdere organisatie-niveaus.*

Kort samengevat beschrijven Bekkers e.a. (1996) de volgende doelstellingen voor een verpleegkundig adviesorgaan:

1. Het gevraagd en ongevraagd adviseren van de directie over zaken als:
  - de verpleging, waar het de professionele beroepsuitoefening in het ziekenhuis betreft;
  - professionele vraagstukken betreffende kwaliteit, opleidingen, enzovoorts;
  - beleidsvoornemens betreffende patiënten en verpleegkundigen.
2. Het bevorderen, dat zodanige randvoorwaarden worden geschapen, dat verpleegkundigen volgens professionele normen hun beroep kunnen uitoefenen.
3. Het bevorderen van de inbreng van verpleegkundigen in het beleid en beheer van het ziekenhuis.

### 2.6.4 Relatie huisarts-ziekenhuis

In de achtergrondstudie 'Curatieve zorg in Nederland' (Delnoij & Van der Kwartel, 1994) die ten behoeve van de Commissie Biesheuvel werd verricht, wordt al opgemerkt

dat de relatie huisarts-ziekenhuis in Nederland grotendeels afwezig is. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten of Groot-Brittannië beschikken Nederlandse huisartsen niet over ziekenhuisbedden (Delnoij, 1992). Het doen opnemen van een patiënt in het ziekenhuis houdt voor een huisarts automatisch in dat hij de patiënt overdraagt aan een specialist. De ziekenhuisadministratie stuurt doorgaans bericht van opname en ontslag aan een huisarts, maar de inhoudelijke berichtgeving vindt plaats over de as huisarts-specialist middels verwijsbrieven en ontslagbrieven.

Huisartsen kunnen op twee manieren gebruik maken van de faciliteiten van het ziekenhuis: door in het ziekenhuis diagnostiek aan te vragen (laboratoriumdiagnostiek voor zover in een regio geen huisartsenlab functioneert, maar ook röntgenfoto's, scopieën, functie-onderzoeken en dergelijke) en door poliklinische bevallingen te leiden (zie hoofdstuk 3 en paragraaf 6.2). Mogelijk zal de link huisarts-ziekenhuis in de toekomst aan belang winnen door transmurale zorg, met name in transmurale zorgvormen die gericht zijn op vervroegd ontslag en waarbij de huisarts de medische eindverantwoordelijkheid in de eerste lijn draagt.

In dit verband kan ook nog eens worden gewezen op de voorstellen van de PWH ter versterking van de EHBO-functie van de huisarts (zie paragraaf 2.5). Met name in verstedelijkte gebieden is de EHBO-functie van huisartsen verschoven naar het ziekenhuis. De PWH stelt voor om hetzij per huisartsgroep een praktijk in te richten voor EHBO (zodat voor patiënten een vast aanspreekpunt ontstaat), ofwel om de regie over de EHBO-functie in ziekenhuizen onder verantwoordelijkheid van de huisartsen te brengen.

### 3 VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

#### 3.1 Verloskundige zorg verleend door verloskundigen, huisartsen en obstetrici

##### 3.1.1 Regulering, financiering en verzekering

Huisartsen en gynaecologen mogen verloskundige zorg verlenen op grond van hun medische bevoegdheid. Ook het beroep van verloskundige was tot de invoering van de Wet BIG geregeld in de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (WUG). Inmiddels is de Wet BIG van kracht geworden, die de titel van verloskundige wettelijk zal beschermen. Degene die de wettelijk voorgeschreven opleiding tot verloskundige heeft gevolgd, dient zich in een door de rijksoverheid ingesteld register te laten inschrijven teneinde deze titel te verkrijgen. De duur van de opleiding tot verloskundige bedraagt vier jaar (Hingstman & Harmsen, 1994).

De Wet BIG is een kaderwet, die stapsgewijs in werking wordt gesteld. Voor de verloskundigen is het systeem van registratie en titelbescherming nog niet van kracht. Op grond van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst en tegenwoordig op grond van de Wet BIG is de verloskundige een medicus die bevoegd is om de verloskunde te beoefenen. In tegenstelling tot paramedici hebben verloskundigen dus een autonome oordeels- en beslissingsbevoegdheid (Hingstman & Harmsen, 1994). Volgens de beroepsomschrijving verloskundigen van de NOV (Crébas, 1992b) draagt de verloskundige de volledige medische verantwoording voor de antenatale, natale en postnatale zorg en de nacontrole zes weken post partum voor de low- en mediumrisk verloskunde. Dat laatste impliceert dat er een selectie van bevallingen dient plaats te vinden naar risico. Op deze risicoselectie in de verloskundige zorg zal in paragraaf 3.6 nader worden ingegaan. Volgens de beroepsomschrijving van de NOV heeft de verloskundige daarnaast een taak op het terrein van de gezinsplanning en bij de kraambedbegeleiding van kraamvrouwen die onder leiding van een gynaecoloog zijn bevallen voor zover deze vrouwen hun kraambed thuis doorbrengen.

Zowel particulier als ziekenfondsverzekerden zijn verzekerd voor de kosten van standaard prenatale zorg en zorg tijdens en kort na de bevalling. Particulier verzekerden kunnen afhankelijk van hun polisvoorwaarden uiteraard wel te maken hebben met eigen bijdragen of eigen risico's. Deze kosten worden voor ziekenfondsverzekerden gefinancierd op basis van de Ziekenfondswet (Bonsel & Van der Maas, 1994).

Belangrijke verschillen tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden liggen op het vlak van de keuzevrijheid ten aanzien van de hulpverlener. Indien in een regio een door het ziekenfonds gecontracteerde verloskundige actief is, vergoedt het ziekenfonds prenatale zorg en zorg tijdens de bevalling die geleverd wordt door een huisarts niet. Deze regeling staat bekend als het primaat van de verloskundige. Zorg van een gynaecoloog wordt uitsluitend vergoed indien sprake is van een medische indicatie. Zowel verloskundigen als huisartsen mogen verwijzen naar een gynaecoloog met behulp van het standaard verwijskaartensysteem zoals dat voor alle medisch specialismen geldt (zie paragraaf 2.6). De risicoselectie vindt daarmee plaats in de eerste lijn. Voor de risicoselectie kan gebruik worden gemaakt van de zogeheten Verloskundige Indicatielijst (Kloostermanlijst) (zie paragraaf 3.3). De zelfstandige verwijzing van de verloskundige naar de gynaecoloog, zonder tussenkomst van de



huisarts, is ingevoerd op basis van de aanbevelingen van de Adviescommissie Verloskunde uit 1987.

Naast de standaard verloskundige zorg kan in verzekeringstechnisch opzicht nog een aantal verstrekkingen worden onderscheiden die te maken hebben met de voortplanting in ruime zin. Van de geboortebepurende middelen worden de orale anti-conceptiepil, het spiraaltje en operatieve sterilisatie door ziekenfonds- en particuliere verzekering vergoed. Condooms dient men zelf te betalen. Abortus provocatus uitgevoerd in een erkende abortuskliniek (meer dan 90% van de ingrepen) is via de AWBZ verzekerd. Belangrijke verschillen tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeringen bestaan voor wat betreft in-vitro-fertilisatie. Deze worden door ziekenfondsen via een subsidieregeling vergoed tot maximaal drie behandelcycli per gewenst kind. Tussen particuliere verzekeraars bestaat grote diversiteit in de mate waarin en de voorwaarden waaronder deze behandeling wordt vergoed. Sommige particuliere verzekeraars sluiten IVF uit van vergoeding (Bonsel & Van der Maas, 1994).

### 3.1.2 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

In tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van de plaats van de bevalling uitgesplitst naar verloskundige hulpverlener. De verloskundige neemt relatief steeds meer bevallingen voor haar rekening. Vergelijken we de cijfers van 1993 met cijfers van 1983 dan blijkt dat het aandeel van verloskundigen bij thuisbevallingen ruim 10% is gestegen en bij ziekenhuisbevallingen bijna 5%. De groei van het aandeel van verloskundigen is ten koste gegaan van het aandeel van geneeskundigen (CBS Maandbericht gezondheid 95/5), in het bijzonder de huisartsen.

Tabel 3.1 Procentuele verdeling van de geboren en naar aard van verloskundige hulp en plaats van bevalling

Aard verloskundige hulp	1992	1993	1994*
<b>Thuis</b>			
Alleen geneeskundige (huisarts)	27,6	25,7	-
Alleen verloskundige	71,7	73,8	-
Geneesk. + verlosk.	0,6	0,3	-
<b>Ziekenhuis</b>			
Alleen geneeskundige	65,1	64,9	-
Alleen verloskundige	33,5	34,2	-
Geneesk. + verlosk.	1,3	0,8	-
<b>Totaal</b>			
Alleen geneeskundige	53,3	52,9	-
Alleen verloskundige	45,6	46,4	-
Geneesk. + verlosk.	1,1	0,6	-

\* Er zijn geen cijfers over 1994 bekend. Gemeenten houden geen gegevens meer bij over de primaire zorgverlener en de plaats van de bevalling, waardoor deze gegevens door het CBS niet meer kunnen worden verzameld.

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 95/5

Het aandeel thuisbevallingen van het totaal aantal bevallingen (zie tabel 3.2) vertoont een dalende lijn. De grootste daling van het aandeel thuisbevallingen heeft echter in de jaren zeventig plaatsgevonden, van 57% in 1970 tot 35% in 1980. Binnen het aantal ziekenhuisbevallingen heeft het aantal poliklinische bevallingen een sterke groei doorgemaakt, van 2,5% in 1970 tot 36% in 1983 (Van Daalen, 1988). Uit de tabellen

2.29 en 2.30 in het vorige hoofdstuk bleek overigens dat het aantal poliklinische bevallingen tussen 1992 en 1994 gedaald was met 7%; het aantal klinische verlossingen steeg in diezelfde periode met 2,6%. In tabel 3.2 is eveneens een daling van het absoluut aantal geboorten zichtbaar. Het absoluut aantal geboren is sinds 1965 zelfs 21% gedaald (CBS Maandbericht gezondheid 95/5).

Tabel 3.2 Ontwikkeling van het aantal geboren naar plaats van de geboorte

	% thuisgeb.	% ziekenhuisgeb.	Abs. aantal geb.
1992	31,5	68,5	198.066
1993	30,6	69,4	197.086
1994	-	-	-

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 95/5

Tabel 3.3 Leeftijdsverdeling van bevallen vrouwen die zijn geregistreerd in de Landelijke Verloskunde Registratie 1 en 2 (eerste-, tweedelijnsverloskunde) (percentages)

	1992	1993	1994
<b>LVR-1</b>			
<= 19 jaar*	2,1	1,7	-
20-24 jaar	13,8	13,1	-
25-29 jaar	38,6	37,6	-
30-34 jaar	36,0	37,6	-
>= 35 jaar	9,4	10,0	-
Totaal aantal incl. onbekend	60.825	61.204	-
<b>LVR-2</b>			
<= 19 jaar	1,9	1,9	-
20-24 jaar	13,9	12,8	-
25-29 jaar	36,9	36,2	-
30-34 jaar	33,7	34,7	-
>= 35 jaar	13,5	14,3	-
Totaal aantal incl. onbekend	86.844	91.894	-

Bron: SIG Zorginformatie 1996

\* SIG Zorginformatie gebruikt meer uitgebreide leeftijdscategorieën, namelijk <15, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, >=45)

De tabellen 3.3 en 3.4 hebben betrekking op cijfers uit de Landelijke Verloskunde Registratie. Voor deze registratie worden vele gegevens verzameld door verloskundigen (eerstelijns zorg, LVR-1) en gynaecologen (tweedelijns zorg, LVR-2). 88% van de geboren bij verloskundigen zijn op deze manier geregistreerd. Voor geboren bij gynaecologen geldt dit voor 87%. Het LVR-aandeel ten opzichte van het totaal aantal geboren neemt nog steeds toe (SIG Zorginformatie, 1996).

Tabel 3.3 geeft de leeftijdsverdeling van bevallen vrouwen binnen de LVR. Duidelijk wordt dat het aandeel bevallen vrouwen van 30 jaar of ouder groter wordt ten opzichte van vrouwen jonger dan 30 jaar. In de periode 1989-1993 is het percentage vrouwen van 30 jaar en ouder die hun eerste kind hebben gekregen (binnen de LVR) met 8,3% en 7,7% gestegen respectievelijk in de eerstelijns en de tweedelijns.

Tabel 3.4a geeft aan hoeveel vrouwen er tijdens de zwangerschap, bevalling of kraambed van de eerstelijns zijn overgedragen naar de tweedelijns. Het is overigens niet zo dat deze overdrachten onomkeerbaar zijn. 20% van de vrouwen in 1993 die de zorg startte bij een verloskundige is tijdens de zwangerschap bijvoorbeeld overgedragen aan de tweedelijns. Van deze vrouwen keerden 71% weer terug naar de verloskundige voor de zorg tijdens het kraambed (SIG Zorginformatie, 1996).

Zoals blijkt uit de tabel is het aantal overdrachten zowel tijdens de zwangerschap en baring als tijdens het kraambed gestegen. Dit zou verband kunnen houden met het grotere aandeel eerstgeborenen in het totaal aantal geboorten en met de stijgende leeftijd waarop vrouwen hun kinderen krijgen.

Deze redenen zouden eveneens van toepassing kunnen zijn op het dalende aantal bevallingen dat zonder interventies plaatsvindt. In 1989 vond 63,2% van de bevallingen zonder interventie plaats, in 1993 is dit cijfer gedaald naar 60%.

Tabel 3.4a Totaal aantal overgedragen vrouwen van de eerste- naar de tweedelijns tijdens de zwangerschap, baring en kraambed, LVR-1 1990-1993

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
Overdracht tijdens zwangerschap	17.650	19.891	-	-	-
Overdracht tijdens baring	21.618	22.735	-	-	-
Overdracht tijdens kraambed	240	256	-	-	-

Bron: SIG Zorginformatie 1996

Tabel 3.4b geeft een prognose van het aantal bevallen vrouwen binnen de LVR per 1 januari 1997. Het betreft een demografische doorrekening van het aantal bevallen vrouwen in 1993 in de verschillende leeftijdscategorieën. Dit betekent dat verschuivingen tussen de leeftijdsgroepen en tussen de LVR-1 en LVR-2 in deze prognose niet zichtbaar kunnen worden gemaakt.

Uit de tabel blijkt dat ten gevolge van demografische veranderingen met name het aantal bevallen vrouwen in de leeftijdscategorie 20 tot 24 jaar een sterke daling laat zien en het aantal vrouwen in de leeftijdscategorieën vanaf 30 jaar een stijging. Absoluut gezien zijn de (negatieve) groeicijfers van de aantallen vrouwen binnen de LVR-2 het sterkst.

Tabel 3.4b Prognose van het aantal bevallen vrouwen binnen de LVR naar leeftijdscategorie op 1 januari 1997

leeftijd	aantal bevallen vrouwen	Abs.groei 93-97	Procent.groei 93-97
<b>LVR-1</b>			
<= 19 jaar	1.049	9	0,9
20-24	6.614	-1.404	-21,2
25-29	22.834	-179	-0,8
30-34	23.751	738	3,1
35+	6.493	373	5,7
<b>LVR-2</b>			
<= 19 jaar	1.760	14	0,8
20-24	9.702	-2.060	-21,2
25-29	33.008	-258	-0,8
30-34	32.910	1.023	3,1
35+	13.942	801	5,7

Bron: SIG Zorginformatie 1996, CBS

### 3.1.3 Aanbod van zorg in cijfers

Het aantal werkzame verloskundigen is tussen 1992-1994 met zo'n 6% gestegen. Sinds 1990 zijn er absoluut gezien 150 verloskundigen meer werkzaam. De groep verloskundigen bestaat voor 97% uit vrouwen. Het aandeel mannelijke verloskundigen de laatste jaren **relatief** sterk gestegen met bijna 14% (tabel 3.5).

Onder de zelfstandig gevestigde verloskundigen is sprake van een toename van het aantal duo- en groepspraktijken. In 1980 was nog 86,1% van de verloskundige praktijken een solopraktijk, in 1995 bedroeg dit percentage nog slechts 39,7%. In 1995 was 31,3% van het aantal praktijken een duopraktijk en 29,0% van de praktijken een groepspraktijk (Hingstman & Harmsen, 1996).

Tabel 3.5 Aantal werkzame verloskundigen naar geslacht, per 31 december

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
Vrouwen	1.167	1.194	1.235	68	5,8
Mannen	36	40	41	5	13,9
Totaal	1.203	1.234	1.276	73	6,1

Bron: RAZ 1995 (NIVEL 1995)

Tabel 3.6 Leeftijdsverdeling van praktizerende verloskundigen naar geslacht, per 31 december 1994

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
< 25	-	-	59	4,8	59	4,6
25-29	3	7,3	188	15,2	191	15,0
30-34	12	29,3	299	24,2	311	24,4
35-39	12	29,3	209	16,9	221	17,3
40-44	7	17,1	160	13,0	167	13,1
45-49	6	14,6	136	11,0	142	11,1
50-54	1	2,4	96	7,8	97	7,6
55-59	-	-	51	4,1	51	4,0
60-64	-	-	26	2,1	26	2,0
65-69	-	-	10	0,8	10	0,8
> 69	-	-	1	0,1	1	0,1
Totaal	41	100,0	1.235	100,0	1.276	100,0

Bron: RAZ 1995 (NIVEL 1995)

Een kwart van de op 31 december 1994 praktizerende verloskundigen is 30 tot 34 jaar. De meeste mannelijke verloskundigen vallen in de leeftijdscategorieën 30-34 en 35-39 jaar (tabel 3.6).

Het aantal werkzame verloskundigen met een eigen praktijk is in de periode 1992-1994 minder snel toegenomen dan het totaal aantal werkzame verloskundigen. Het saldo van het aantal nieuw gevestigde verloskundigen en het aantal verloskundigen dat de praktijk heeft neergelegd is tussen 1992 en 1994 met 12 gestegen, van 20 naar 32 (RAZ, 1995). Naast nieuw gevestigde verloskundigen zijn er ook verloskundigen in loondienst gaan werken, bijvoorbeeld in een ziekenhuis.

Tabel 3.7 Aantal werkzame verloskundigen met een eigen praktijk, per 31 december

1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
849	875	907	58	6,8

Bron: RAZ 1995 (NIVEL 1995)

Het aantal verloskundigen dat de opleiding voltooid heeft is tussen 1992 en 1994 licht gestegen.

De instroom in de opleiding schommelde jarenlang tussen de 65 en 70. De vraag naar verloskundigen overtreft evenwel het aanbod (Hingstman & Harmsen, 1993). De numerus fixus is daarom in 1993 verhoogd tot 90 opleidingsplaatsen (verg. Crébas, 1992a) en in 1994 tot 120 (Hingstman & Harmsen, 1993). Aangezien de opleiding tot verloskundige sinds 1 september 1993 vier jaar bedraagt, zal het effect van deze verhoging van de numerus fixus pas vanaf 1997 zichtbaar worden.

Tabel 3.8 Aantal verloskundigen dat de opleiding voltooid heeft

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
Totaal	59	63	67	8	13,6
waarvan % vrouw	98	95	99	-	1

Bron: RAZ 1995 (CBS 1995)

In tabel 3.9 is te zien dat het aantal gynaecologen dat in het specialistenregister is ingeschreven de laatste jaren is afgenomen met ruim 8%. Het aantal FTE gynaecologen/obstetrici dat werkzaam is in algemene ziekenhuizen is echter min of meer constant gebleven. Tussen 1992 en 1994 nam dit aantal licht toe met 0,7%.

Tabel 3.9 Aantal geregistreerde en werkzame specialisten in de verloskunde/gynaecologie

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
In het specialistenregister ingeschreven gynaecologen (1)	790	809	724	-66	-8,4%
Aantal werkzame gynaecologen in algemene ziekenhuizen (fte's) (2)	449	-	452	3	0,7%

Bron: (1) RAZ 1995 (SRC 1990-1993), (2) NZi (verg. paragraaf 2.2.3)

Recente cijfers over de ontwikkeling van het aantal verloskundig actieve huisartsen zijn niet beschikbaar.

### 3.1.4 Afstemming van het aanbod op de vraag

In tabel 3.10 wordt duidelijk dat het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige lager wordt. Dit komt niet alleen door de stijging van het aantal verloskundigen, maar ook door de daling van het aantal vrouwen in die leeftijdscategorie.

Tabel 3.10 Het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39) per werkzame verloskundige, per 31 december

1992	1993	1994	Absolute groei 92-94	Procent.groei 92-94
2.429	2.359	2.266	-163	-6,7

Bron: RAZ 1995, CBS

Zoals ten aanzien van tabel 3.7 al werd aangegeven, overtreft de vraag naar verloskundigen het aanbod (Hingstman & Harmsen, 1993), reden waarom het aantal opleidingsplaatsen is verhoogd. Ook de vraag naar gynaecologen/obstetrici is groter dan het aanbod. Hingstman e.a. (1992) becijferden dat alleen al op basis van demografische ontwikkelingen het aantal jaarlijks op te leiden gynaecologen 26 zou moeten

bedragen. Naar aanleiding van deze behoefteeraming is het aantal opleidingsplaatsen voor gynaecologen verhoogd tot een jaarlijks aantal van 24 anno 1996.

### 3.1.5 Kosten van zorg in cijfers

Uit tabel 3.11 blijkt dat de totale kosten van de verloskundige hulp in de periode 1992-1994 met 11 miljoen gulden zijn gestegen. Het betreft hier de kosten van de honoraria van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen. Het aandeel van de huisartsen-honoraria in deze kosten is echter gedaald. Dit heeft te maken met het feit dat het aantal door huisartsen begeleide bevallingen nog steeds daalt.

Tabel 3.11 Totale kosten verloskundige hulp, honoraria (x f1000); ziekenfondsgegevens

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
Verloskundigen	79.273	83.667	90.479	11.206	14,1
Huisartsen	9.465	9.472	9.319	-146	-1,5
Bijzondere verloskundige hulp	668	570	765	97	14,5
Totaal verloskundige hulp	89.406	93.979	100.563	11.157	12,5

Bron: Ziekenfondsraad 1995

De kosten van de verloskundige zorg worden voor 80% gefinancierd uit ziekenfondsgelden, zoals blijkt uit tabel 3.12. In de periode 1992-1994 is het aandeel van gelden uit particuliere verzekeringen relatief sterker toegenomen dan het aandeel van de ziekenfondsen.

Tabel 3.12 Financiering(-bronnen) verloskundigen (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent. groei 92-94
Ziekenfonds	79,0	84,0	91,0	12	15,2
Particuliere verzekering	18,0	21,2	21,0	3	16,7
Overige ontvangsten: eigen betaling particulieren	6,0	3,8	3,0	-3	-50
Totaal	103,0	109,0	115,0	12	11,7

Bron: FOZ 1996

### 3.1.6 Ontwikkelingen en signaleringen

#### Ontwikkelingen

Een belangrijke ontwikkeling is de nog steeds stijgende gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen (zie tabel 3.3) en de wellicht deels daarmee verband houdende stijging van het aantal overdrachten (zie tabel 3.4) en daling van het aantal bevallingen dat zonder interventies plaatsvindt. Deze ontwikkeling hangt voor een belangrijk deel samen met een toegenomen opleidingsniveau en arbeidsparticipatie van vrouwen (Bonsel & Van der Maas, 1994) en vormt als zodanig voor de verloskundige zorg een autonome factor.

Daarnaast kan een aantal ontwikkelingen binnen de verloskundige zorg zelf worden genoemd. In de tweedelijnsverloskunde is volgens de NVOG sprake geweest van een flinke verschuiving van klinische naar poliklinische zorg (bron: interview NVOG). Uit de cijfers die in paragraaf 2.2.2 zijn gepresenteerd, blijkt inderdaad dat het aantal ontslagen patiënten per FTE gynaecoloog tussen 1992 en 1994 is gedaald met 2,4%. Het aantal ligdagen per FTE gynaecoloog daalde met 6,5%. Dit wijst dus op een verschuiving van klinisch naar poliklinisch en een verkorting van de gemiddelde ligduur per ontslagen patiënt. Het aantal eerste polikliniekbezoeken per FTE gynaecoloog nam tussen 1992 en 1994 met 11,4% toe (zie paragraaf 2.2.2). Uiteraard betreft het bij deze cijfers niet alleen patiënten die in verband met zwangerschap en bevalling de gynaecoloog consulteren.

Binnen de beroepsgroep verloskundigen kan als belangrijke ontwikkeling de afname van het aantal solopraktijken ten gunste van duo- en groepspraktijken worden genoemd. Volgens de NOV heeft dit te maken met het feit dat het in een groepspraktijk gemakkelijker is om werkafspraken te maken en de waarneming te regelen (bron: interview NOV). Een verloskundige praktijk dient immers 7 maal 24 uur per dag iemand bereikbaar en beschikbaar te houden. In geval van vakantie of vrije dagen kunnen verloskundigen in duo- en groepspraktijken terugvallen op een collega uit de eigen praktijk, terwijl een solowerkende verloskundige aangewezen is op een waarneembureau, een zelf ingehuurde, eigen waarneemster of een collega uit een buurpraktijk (verg. Jabaaij e.a., 1994, p. 65-69).

#### *Signaleringen*

De NVOG geeft aan dat door de verschuiving van kliniek naar polikliniek de zorg veel arbeidsintensiever is geworden. In combinatie met het werktijdenbesluit voor AGIO's (maximaal 48 uur per week) leidt dit tot meer overleg en meer organisatie per patiënt, teneinde toch de continuïteit te bewaken. Voor de patiënt(e) betekent het dat hij/zij meer artsen aan haar bed ziet (bron: interview NVOG).

Behalve door de bovengenoemde verschuiving is de patiëntenzorg volgens de NVOG ook tijdrovender geworden, doordat patiënten steeds meer behoefte aan informatie hebben. Voor een deel heeft dit te maken met het feit dat screening steeds belangrijker wordt. Dat brengt soms moeilijke beslissingen met zich mee voor patiënten. De NVOG schat dat, wil men werkelijk goed uitvoering geven aan de WGBO, er per nieuwe zwangere ongeveer 1 uur zou moeten worden uitgetrokken voor een eerste consult. In werkelijkheid is soms maar een kwartier beschikbaar (bron: interview NVOG).

Naar aanleiding van de in 1992 uitgevoerde behoefte- en beroepsprognose (Hingstman e.a., 1992) is het aantal opleidingsplaatsen vergroot. Dat zal volgens de NVOG waarschijnlijk niet voldoende zijn om aan de vraag te voldoen. Door het werktijdenbesluit voor de AGIO's raken jongere specialisten gewend aan een 48-urige werkweek. Jonge specialisten willen ook vaak liever in grotere maatschappen werken omdat men daar minder diensten hoeft te draaien. In kleine maatschappen zal dus de tweedelijnsverloskunde volgens de NVOG het eerst in gevaar komen (bron: interview NVOG). De NVOG is van mening dat een deel van de capaciteitsproblemen opgelost zouden kunnen worden als er meer verloskundigen in dienst van het ziekenhuis zouden zijn. Verloskundigen zouden belangrijke delen van de behandeling kunnen overnemen, vooral op het terrein van voorlichting en informatie aan patiënten.

Zowel de NOV als de NVOG wijzen het dreigend tekort aan kinderartsen aan als een knelpunt. Als het specialisme kindergeneeskunde in sommige kleine (regionale) ziekenhuizen zal verdwijnen, komt de tweedelijns verloskunde, maar ook de eerstelijns



verloskunde in sommige gebieden in gevaar (bron: interview NVOG, interview NOV). Volgens de NOV is op voorhand onduidelijk wat daarvan de gevolgen voor het percentage thuisbevallingen zal zijn. Dit percentage zou kunnen stijgen doordat een ziekenhuisbevalling moeilijker te regelen is; het zou ook kunnen dalen doordat men voor de zekerheid een ziekenhuisbevalling afspreekt, uiteraard in een ziekenhuis waar nog wél tweedelijnsverloskunde wordt bedreven.

Andere knelpunten die door NOV worden ervaren, liggen op het vlak van de marktpositie van verloskundigen ten opzichte van huisartsen, de toenemende medicalisering van de bevalling (met name tot uiting komend in de daling van het aantal thuisbevallingen), en op het vlak van werkdruk en honorering. Deze knelpunten zullen respectievelijk worden besproken in paragraaf 3.3 (relaties binnen de verloskundige zorg) en in paragraaf 7.3 (relatie verloskundige-verzekeraar).

## **3.2 Kraamzorg**

### **3.2.1 Regulering, financiering en verzekering**

De georganiseerde kraamzorg in de thuissituatie is één van de hoekstenen van de verloskundige zorg in Nederland. Kraamzorg wordt geleverd door kraamcentra die in een groot aantal gevallen gefuseerd zijn met of ondergebracht zijn bij een thuiszorgorganisatie. De ziekenfondsverzekering vergoedt kraamzorg tot een gemiddelde van acht dagen (64 uur) verzorging bij volledige dagkraamzorg. Bij volledige dagkraamzorg is de kraamverzorgende een groot deel van de dag aanwezig en neemt, naast de verzorging van moeder en kind, ook huishoudelijke taken op zich. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot de zogeheten wijkkraamzorg, waarbij de kraamverzorgende slechts tweemaal per dag langskomt om moeder en kind te verzorgen. In dat geval voert zij geen huishoudelijke werkzaamheden uit. Ziekenfondsverzekerden zijn een eigen bijdrage voor kraamzorg verschuldigd van fl. 48 per dag bij volledige dagkraamzorg en fl. 19,20 per dag bij wijkkraamzorg. Ziekenfondsverzekerden zijn voor kraamzorg aangewezen op een kraamcentrum dat op basis van een ministeriële beschikking is toegelaten in het kader van de Ziekenfondswet. Inmiddels is deze toelating ook toegekend aan een aantal particuliere kraamcentra.

Particuliere verzekeraars vergoeden doorgaans 8 tot 10 dagen kraamzorg. Verzekerden betalen een eigen bijdrage die afhankelijk is van hun polisvoorwaarden. Sommige particuliere verzekeraars keren een zogeheten 'lump sum' uit voor kraamzorg: een vast bedrag ineens, dat door de verzekerde vrij kan worden besteed hetzij aan kraamzorg, dan wel aan andere zaken.

Sinds 1980 is de medische indicatie voor een kraambed in het ziekenhuis losgekoppeld van de bevalling, waardoor ook vrouwen die in het ziekenhuis zijn bevallen, maar direct of enkele dagen na de bevalling naar huis gaan, thuis recht hebben op kraamzorg. Dit heeft geleid tot een groei van de thuiskraamzorg.

### **3.2.2 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers**

In tabel 3.13 wordt een aantal ontwikkelingen met betrekking tot de kraamzorg weergegeven. In paragraaf 3.1 is het afnemende absolute aantal geboorten al besproken. Met de daling van het aantal geboorten hangt de daling van het aantal verzorgingen en verzorgingsdagen samen. Het afgenomen aantal geboorten is hiervan echter niet de enige oorzaak. Ook is het aantal geboorten waarvoor kraamzorg wordt aangevraagd in 1994 met 3,3% afgenomen ten opzichte van 1992. Wegens het

ontbreken van cijfers is het niet mogelijk om de invloed van particuliere kraamzorgbureaus in deze dalende cijfers mee te nemen.

Tabel 3.13 Ontwikkelingen kraamzorg

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
Aantal levendgeborenen	196.734	195.673	195.611	-1.123	-0,6
Aantal verzorgingen	156.500	147.739	149.216	-7.284	-4,7
Totaal aantal verzorgingsdagen	1.084.700	1.051.001	1.003.129	-81.571	-7,5
Gemiddeld aantal dagen per verzorging	6,9	6,9	6,7	-0,2	-2,9
Aantal verzorg./aantal levendgeb.	79,6%	75,5%	76,3%	-	-3,3

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994

### 3.2.3 Aanbod van zorg in cijfers

In 1994 waren er in Nederland volgens het Jaarboek Thuiszorg 1994 (LVT/NZi) 50 reguliere kraamcentra, waarvan er 18 gecombineerd waren met een kruisorganisatie en 24 met een thuiszorgorganisatie (voor kruiswerk en gezinszorg). Daarnaast functioneert een onbekend aantal particuliere kraamcentra. Particuliere kraamcentra leveren uitsluitend zorg aan particulier verzekerden, behalve de landelijke erkende particuliere kraamcentra, zoals bijvoorbeeld NTN (Netwerk Thuiszorg Nederland). Kraamzorg van NTN wordt ook door de ziekenfondsen vergoed en vormt voor NTN het snelst groeiende onderdeel van het dienstverleningspakket (bron: interview NTN).

Het aantal FTE kraamverzorgenden in de reguliere instellingen is in de afgelopen jaren gedaald (tabel 3.14). Tussen 1992 en 1994 is het aantal FTE met ruim 1.000 afgenomen (16%).

Tabel 3.14 Ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen (fulltimers en omgerekende parttimers) in de kraamzorg instellingen

1992	1993	1994
6.101	5.579	5.095

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994

Voor gegevens over het aantal diplomabehalers in de kraamzorg zie paragraaf 4.3.

### 3.2.4 Afstemming van het aanbod op de vraag

Het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per werkzame kraamverzorgende (tabel 3.15) is gestegen tussen 1992 en 1994. Uit onderzoek van Kerssens (Kerssens, 1991) blijkt dat kraamvrouwen niet altijd de zorg ontvangen waar ze om gevraagd hadden. Twee van de vijf vrouwen heeft minder dagen kraamzorg ontvangen dan waarop was gerekend. Eén op de vijf vrouwen die volledige dagkraamzorg hadden aangevraagd ontvingen een andere vorm van zorg. Bovendien werden velen van deze verandering niet op de hoogte gebracht. Uit dit onderzoek blijkt dus dat kraamzorg niet altijd voldoende beschikbaar is. Overigens bleek uit hetzelfde onderzoek ook dat men wél tevreden was over de zorg die werd verleend.

Tabel 3.15 Het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39) per FTE kraamverzorgende, per 31 december

1992	1993	1994
479	522	567

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994, CBS

### 3.2.5 Kosten van zorg in cijfers

Net als de verloskundige zorg wordt de kraamzorg voor het grootste gedeelte (rond de 70%) uit ziekenfondsgelden gefinancierd (tabel 3.16). Het aandeel ziekenfondsgelden is in de periode 1992-1994 nog 3% toegenomen van 67% tot 70%.

In tabel 3.17 worden kostengegevens voor wat betreft de ziekenfondsen gepresenteerd. De kosten van zowel de volledige dagkraamzorg als de wijkkraamzorg zijn toegenomen met respectievelijk 15,3% en 10,7%. De stijging van de kosten en van het aantal dagen kraamzorg houdt verband met de groei van het ziekenfonds als financieringsbron.

Tabel 3.16 Financiering(-bronnen) kraamzorg (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Ziekenfonds	233,0	262,0	268,0	35	15,0
Particuliere verzekering	84,5	93,1	95,8	11,3	13,4
Overige ontvangsten:	29,0	15,9	17,2	-11,8	-40,7
- ongesplitste eigen betalingen	29,0	15,9	17,2	-11,8	-40,7
Totaal	346,5	371,0	381,0	34,5	10,0

Bron: FOZ 1996

Tabel 3.17 Totale kosten kraamzorg (x f1000) en aantal dagen kraamzorg; ziekenfondsggegevens

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
<b>Volledige dagkraamzorg</b>					
Totale kosten	204.089	217.672	235.345	31.256	15,3
Absoluut aantal dagen	633.061	655.779	692.496	59.435	9,4
Aantal dagen per 1000 verz.	67,9	69,7	72,3	4,4	6,5
<b>Wijkkraamzorg</b>					
Totale kosten	28.585	30.803	31.639	3.054	10,7
Absoluut aantal dagen	213.265	226.515	232.469	19.204	9,0
Aantal dagen per 1000 verz.	22,9	24,1	24,3	1,4	6,1

Bron: Ziekenfondsraad 1995

### 3.2.6 Ontwikkelingen en signaleringen

#### *Ontwikkelingen*

Naast de volledige dagkraamzorg en de wijkkraamzorg zijn er in de afgelopen jaren nieuwe vormen van kraamzorg ontwikkeld, waarbij bijvoorbeeld 5 uur per dag kraamzorg wordt verstrekt of waarbij de eerste dagen meer zorguren worden verstrekt dan de daarop volgende dagen; de zogeheten flexibele kraamzorg.

Een voorstel met betrekking tot de kraamzorg dat de gemoederen begin jaren negentig geruime tijd heeft beziggehouden, was de zogeheten knip in de kraamzorg. In het kader van de destijds aan de orde zijnde invoering van de stelselherziening, was het toenmalige kabinet van mening dat uitsluitend de directe zorg rond en na de bevalling zou moeten worden ondergebracht in de basisverzekering. Deze *kraamverpleging* zou tenminste 24 uur omvatten, verspreid over zeven dagen. Het voorstel was om de *kraamverzorging*, waarmee men huishoudelijke werkzaamheden bedoelde, verzekeringstechnisch hiervan afgesplitst zou worden. Van verschillende zijden stuitte dit voorstel echter op veel kritiek. Uit onderzoek bleek bijvoorbeeld dat de activiteiten die beschouwd zouden kunnen worden als *kraamverpleging* in de praktijk moeilijk gebundeld kunnen worden in één aangesloten periode van twee tot drie uur, omdat deze activiteiten gekoppeld zijn aan vastliggende factoren als de voedingstijden, de rusttijden van de kraamvrouw, de wasbeurt van de baby etc. (Jansen & Meijer, 1993). Ook werd gevreesd voor ongewenste substitutie. Mede op basis van negatieve adviezen van zowel de Ziekenfondsraad als de NRV is de knip in de kraamzorg uiteindelijk niet doorgedaan.

#### *Signaleringen*

Een knelpunt dat uit het eerdergenoemde onderzoek van Kerssens (1991) naar voren kwam, is de beperkte capaciteit van de kraamzorg. Tussen 1992 en 1994 is het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per FTE kraamverzorgende gestegen zoals bleek uit tabel 3.15. Deze cijfers betreffen kraamverzorgenden werkzaam bij reguliere kraamcentra. Daarnaast is een onbekend aantal verplegenden en/of verzorgenden als kraamverzorgende werkzaam bij particuliere bureau's. In hoeverre capaciteit nog steeds een probleem vormt is derhalve moeilijk te bepalen. De NOV noemt als nadeel van de particuliere bureaus dat deze vaak geen kraamverzorgsters in dienst hebben, maar verpleegkundigen die in bepaalde opzichten overgekwalificeerd zijn. Een ander nadeel is volgens de NOV dat particuliere kraamverzorgenden wat vaker dan reguliere kraamverzorgenden te laat zijn om de bevalling mee te maken (bron: interview NOV).

## 3.3 Onderlinge relaties binnen de verloskundige zorg

### 3.3.1 Inleiding

De verloskunde in Nederland is uniek in de Westerse wereld en wel op drie punten:

- (1) In de eerste plaats spelen huisartsen en verloskundigen een sleutelrol, doordat beide disciplines een primaire en -voor zover er geen complicaties ontstaan- volledige uitvoeringsverantwoordelijkheid hebben voor de verloskundige zorg.
- (2) Vrouwen hebben -indien sprake is van een normale, fysiologische bevalling- een keuzemogelijkheid met betrekking tot de lokatie van de bevalling: thuis of in het ziekenhuis.
- (3) De Nederlandse verloskunde beperkt zich tot een non-interventionistisch zorgbeleid, met enerzijds een intensieve antenatale controle en begeleiding (teneinde in een vroeg stadium vast te stellen of er sprake is van verhoogd risico) en ander-

zijds terughoudendheid in het toepassen van diagnostiek en interventies (Bonsel & Van der Maas, 1994).

Tenminste twee zaken vormen een noodzakelijke voorwaarde voor de instandhouding van dit unieke systeem: een goede risicoselectie en thuiskraamzorg. De ontwikkelingen en signaleringen binnen de kraamzorg zijn reeds beschreven in paragraaf 3.2.6. De risicoselectie zal in dit hoofdstuk aan de orde komen. Onderlinge relaties binnen de verloskundige zorg kunnen worden onderverdeeld in relaties binnen de eerste lijn (tussen huisartsen en verloskundigen) en relaties tussen eerste en tweede lijn (tussen huisartsen en verloskundigen enerzijds en gynaecologen-obstetricki anderzijds).

### 3.3.2 Relaties binnen de eerste lijn

#### *Feiten*

De verhouding tussen verloskundigen en huisartsen wordt sterk beïnvloed door 'het primaat' van de verloskundige. Dit primaat stoelt op het ziekenfondsbesluit van 1941 en houdt in dat iemand die bij het ziekenfonds is verzekerd verloskundige zorg van een andere hulpverlener alleen vergoed krijgt als er geen verloskundige in die regio werkzaam is, of als er een medische indicatie aanwezig is voor specialistische zorg. Deze regeling heeft ertoe bijgedragen dat met het toenemen van het aantal verloskundigen, het aandeel van huisartsen in de verloskunde steeds verder is gedaald. Daarnaast hebben de huisartsen zelf de verloskunde afgestoten, onder andere wegens tijdsgebrek. Bij dat aandeel van huisartsen in de verloskundige zorg moet een onderscheid worden gemaakt in de wat meer algemene pre- en postnatale begeleiding waarbij huisartsen betrokken zijn en het daadwerkelijk leiden van bevallingen. Wanneer dat laatste als criterium wordt genomen, was in 1991 26% van de huisartsen verloskundig actief (meer recente cijfers zijn er helaas niet) (Riteco & Hingstman, 1991). Van deze verloskundig actieve huisartsen leidde 53% gemiddeld 20 bevallingen of minder. Slechts 5% leidde meer dan 50 bevallingen. De verloskundig actieve huisartsen richtten in 1994 de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen op met als doel de (na)scholing, deskundigheid en wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de verloskunde te stimuleren en om de belangen te behartigen van de verloskundig actieve huisartsen (Van der Hulst, 1995).

#### *Ontwikkelingen*

De concurrentie tussen verloskundigen en huisartsen komt voort uit tegengestelde economische belangen. Huisartsen claimen de verloskunde, omdat velen van hen het zorginhoudelijk een bevredigende activiteit vinden (conform het oude ideaal van de gezinsarts) en het tevens een vorm van 'klantenbinding' is. Voor huisartsen levert het bedrijven van verloskunde echter slechts een nevenverdienste op, terwijl verloskundigen voor hun inkomen volledig afhankelijk zijn van de verloskunde. Tot op heden heeft het primaat de economische belangen van de verloskundigen redelijk veilig gesteld. De LHV heeft echter recent de rechtmatigheid van het primaat voorgelegd aan de rechter in een bodemprocedure tegen de Nederlandse staat. Doel was het huidige primaat ongedaan te maken. De LHV beriep zich in deze procedure op een groot aantal argumenten, waaronder het algemene rechtsbeginsel dat patiënten een vrije artskeuze hebben. De rechter wees dit specifieke argument af, onder meer omdat het primaat niet de vrije keuze belemmert, maar slechts aangeeft welke voorzieningen wel en welke niet worden vergoed. Toch werd de LHV uiteindelijk in het gelijk gesteld op grond van het gelijkheidsbeginsel. De rechtbank was van mening dat verloskundigen als beroepsgroep zich inmiddels een eigen, vaste plaats hebben verworven op de markt van verloskundige hulp. Een voorkeursbehandeling van verloskundigen ten opzichte van huisartsen zou voor enige tijd te rechtvaardigen zijn indien verloskundigen

een achtergestelde groep vormden die een achterstand hadden in te halen. Aangezien hiervan geen sprake is, leidt het primaat tot een verboden ongelijke behandeling van twee gelijkkelijk bevoegde beroepsgroepen binnen de markt van de verloskundige hulp; aldus de rechtbank (Arrondissementsrechtbank 's-Gravenhage, 1995). De rechtbank beschikte dat het primaat met ingang van 1 januari 1999 zou moeten worden afgeschaft. De Staat der Nederlanden is hiertegen inmiddels in beroep gegaan.

#### *Signaleringen*

Een argument dat door verloskundigen en de NOV wordt gebruikt in de concurrentiestrijd met huisartsen is dat een minimum van 40 bevallingen per jaar als ondergrens wordt ervaren om de kwaliteit van de verloskundige hulp te waarborgen. Volgens het eerder genoemde onderzoek van Riteco & Hingstman (1991) komen de meeste verloskundig actieve huisartsen niet aan dit aantal. De NOV twijfelt niet zozeer aan het vermogen van huisartsen (of verloskundigen) om bij minder dan 40 bevallingen per jaar met succes een bevalling te leiden, maar wel aan de mate waarin men risico's kan herkennen en inschatten (verg. Zwart, 1995). Een probleem is dat dergelijke argumenten moeilijk met cijfers kunnen worden onderbouwd of weerlegd omdat huisartsen niet deelnemen aan de Landelijke Verloskundige Registratie.

Een ander knelpunt dat door de NOV wordt ervaren, heeft te maken met de risicoselectie van patiënten. In de optiek van de NOV dient deze selectie te worden gedaan door verloskundigen of door verloskundig actieve huisartsen. Echter, ook verloskundig niet-actieve huisartsen mogen zwangeren doorverwijzen naar een gynaecoloog. Bij de NOV bestaat de indruk dat verloskundig niet-actieve huisartsen (of hun praktijk-assistenten) zwangere vrouwen naar een gynaecoloog verwijzen, zonder dat er sprake is van een medische indicatie. De NOV bepleit een onderzoek naar dit fenomeen (bron: interview NOV).

Huisartsen, tenslotte, wijzen erop dat de verloskundige zorg in plattelandsgebieden bedreigd wordt indien de verloskunde geheel uit het basistakenpakket (en daarmee ook uit het curriculum) van de huisarts zou verdwijnen. Er zijn gebieden in Nederland waar een verloskundige zich niet kan vestigen omdat dat economisch niet haalbaar is. Indien de huisartsen daar de verloskunde zouden afstoten, zouden alle bevallingen in dergelijke regio's in een ziekenhuis moeten plaatsvinden (Van der Hulst, 1995).

### **3.3.3 Relatie eerste - tweedelijnsverloskunde**

#### *Feiten*

Bevallingen kunnen in Nederland variëren naar plaats en naar leiding van de bevalling: thuis onder leiding van een verloskundige of huisarts, poliklinisch onder leiding van een verloskundige of huisarts, poliklinisch onder leiding van een gynaecoloog en klinisch onder leiding van een gynaecoloog. In dat laatste geval vindt niet alleen de bevalling plaats in het ziekenhuis maar wordt daar ook het kraambed doorgebracht.

Uit tabel 3.1 bleek dat iets meer dan de helft van de bevallingen in Nederland plaatsvindt onder leiding van een arts (huisarts of specialist). Het aandeel van de verloskundige in de bevallingen lag in 1993 op 46,4%. Tussen 1992 en 1993 is dit aandeel licht gestegen. Cijfers over 1994 of latere jaren zijn helaas niet beschikbaar omdat gemeenten gestopt zijn met het registreren van de primaire zorgverlener en lokatie van de bevalling, waardoor het CBS deze cijfers niet langer kan publiceren. Uit tabel 3.2 bleek dat de thuisbevalling nog steeds terrein aan het verliezen is ten gunste van de ziekenhuisbevalling. Het percentage thuisbevallingen bedroeg in 1993 30,6%.

Het functioneren van het Nederlandse systeem van verloskundige zorg staat of valt met een goede risicoselectie, liefst in een vroeg stadium van de zwangerschap. Lange tijd heeft de zogeheten Kloostermanlijst gefunctioneerd als handreiking om te beoorde-

len of er sprake was van een medische indicatie voor specialistische behandeling. In 1983 werd echter door de Ziekenfondsraad de Werkgroep Bijstelling Kloostermanlijst (WBK) opgericht die tot taak had de uit 1973 daterende lijst te herzien. Deze herziene 'Verloskundige Indicatielijst' werd in 1987 door de Ziekenfondsraad als zwaarwegend advies toegezonden aan huisartsen, verloskundigen, gynaecologen en ziekenfondsen. Huisartsen en verloskundigen hebben de Verloskundige Indicatielijst geaccepteerd als richtlijn voor hun verwijfsbeleid. Bij de gynaecologen vielen bepaalde onderdelen van de lijst echter niet in goede aarde. Gynaecologen waren het onder meer niet eens over het verwijfsbeleid bij een aantal indicaties, zoals infertiliteitsbehandeling, toxicose, totaalruptuur en HBS-Antigeen positief tijdens de zwangerschap. Gynaecologen waren van mening dat dit indicaties vormen voor specialistische begeleiding, terwijl de Verloskundige Indicatielijst eerstelijnszorg adviseert (Riteco & Hingstman, 1991). Ook waren veel gynaecologen het niet eens met het uitgangspunt dat de verloskundige beslist over de risicoselectie.

Uit tabel 3.4a bleek dat in 1993 19.891 vrouwen tijdens de zwangerschap door een verloskundige werden overgedragen aan een gynaecoloog. Dat is ongeveer 10% van het totaal aantal geboorten in dat jaar (197.086). Gebaseerd op het aantal vrouwen dat bij een verloskundige 'binnenkomt' liggen de percentages hoger en verschillen zij bovendien voor nulliparae en multiparae. Overdrachten tijdens de zwangerschap vond in 1991 plaats bij 22% van de nulliparae en 13% van de multiparae (Bonsel & Van der Maas, 1994, p. 231).

Dat het ondanks een zorgvuldige risicoselectie soms voorkomt dat een vrouw die thuis had willen bevallen alsnog naar het ziekenhuis moet, blijkt uit het aantal overdrachten tijdens de bevalling. In 1993 werden 22.735 vrouwen tijdens de bevalling overgedragen aan de gynaecoloog. Voor zover deze vrouwen thuis wilden bevallen, betekende dit ook een verandering van lokatie. Uiteraard bevond een groot deel van de vrouwen zich echter reeds in het ziekenhuis, omdat zij gekozen hadden voor poliklinisch bevallen.

#### *Ontwikkelingen*

De forse toename van het percentage ziekenhuisbevallingen reflecteert niet per definitie een groei van de tweedelijnsverloskunde ten opzichte van de eerstelijnsverloskunde; poliklinische bevallingen in het ziekenhuis kunnen immers plaatsvinden onder leiding van een eerstelijns hulpverlener. Aangezien het aandeel van gynaecologen in de ziekenhuisbevallingen echter tussen 1970 en 1989 opvallend constant is gebleven (Riteco & Hingstman, 1991, tabel 4.2) weerspiegelt de groei in ziekenhuisbevallingen ten dele ook een groei van het aandeel van gynaecologen.

Daaraan kunnen demografische, medisch-technische, professionele, sociaal-culturele en verzekeringstechnische ontwikkelingen ten grondslag liggen (verg. Bonsel & Van der Maas, 1994, p. 225). Demografische ontwikkelingen behelzen onder meer de stijgende leeftijd van vrouwen bij het eerste kind en het gemiddeld afnemend kindertal per vrouw. Het afnemend kindertal is indirect van invloed op het percentage ziekenhuisbevallingen, doordat vrouwen bij een eerste kind relatief vaker voor een ziekenhuisbevalling kiezen. Uit onderzoek van Wieggers & Berghs (1994) bleek dat van de primiparae 43,9% voor poliklinisch bevallen koos, tegen 32,8% van de multiparae. Naarmate het aandeel van de eerste kinderen toeneemt in het totaal aantal geboorten (door een gemiddeld afnemend kindertal per vrouw) stijgt dus ook het percentage ziekenhuisbevallingen.

Als voorbeelden van andere ontwikkelingen noemen Bonsel & Van der Maas (1994) onder meer de uitbreiding van diagnostische mogelijkheden (medisch-technische ontwikkeling), subspecialisatie, delegatie, taakuitbreiding, taakbeperking en arbeids-

marktfluctuaties (professionele ontwikkelingen), emancipatie en verhoogd opleidingsniveau van vrouwen (sociaal-culturele ontwikkeling), invoering van eigen bijdragen, contracteervrijheid en concurrentie (verzekeringstechnische ontwikkelingen).

Een ontwikkeling die in de gehele curatieve somatische zorg te constateren valt, is transmurale zorg. Er is in de verloskunde wel sprake van zorgvernieuwing, maar dan in de vorm van ziekenhuisverplaatste zorg. Het gaat daarbij om projecten waarin patiënten met een opname-indicatie thuis worden verpleegd. De controle vindt plaats door een verloskundige in dienst van het ziekenhuis, die rapporteert aan de gynaecoloog. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) verwacht dat indien de dalende trend van thuisbevallingen doorzet, in de toekomst misschien meer verloskundigen werkzaam zullen zijn in dienst van het ziekenhuis, waarmee dergelijke constructies gebruikelijker worden (bron: interview NVOG).

### *Signaleringen*

Vragen omtrent de samenwerking binnen de verloskunde zijn gesteld in een schriftelijke enquête in het onderzoek van Riteco & Hingstman (1991). Bijna de helft (46%) van de verloskundig actieve huisartsen beoordeelde de samenwerking met de verloskundigen en gynaecologen in hun regio als goed. Ongeveer 10% vond de onderlinge verhoudingen slecht. Het oordeel van de verloskundigen was min of meer gelijk: ongeveer de helft vond de samenwerking goed. Het oordeel van de gynaecologen verschilde voor wat betref de situatie voor en na de invoering van de Verloskundige Indicatielijst. Iets meer dan de helft van de gynaecologen was van mening dat de samenwerking voor de invoering van de Verloskundige Indicatielijst goed was geweest; de samenwerking na de invoering van de nieuwe lijst werd door slechts iets meer dan een derde van de gynaecologen als goed beoordeeld. Opvallend detail is dat 12% van de huisartsen aangaf dat de relatie met de gynaecologen wel goed was, maar de relatie met de verloskundigen slecht. Het omgekeerde (relatie met verloskundigen goed, maar met gynaecologen slecht) kwam niet voor (Riteco & Hingstman, 1991, p. 106).

Verschillen van mening tussen eerste- en tweedelijnsberoepsbeoefenaren in de Nederlandse verloskunde spelen zowel ten aanzien van de plaats als ten aanzien van de leiding van de bevalling. Men is het algemeen eens over het principe dat de 'normale', fysiologische bevalling tot het werkterrein van de verloskundige of de huisarts behoort. Er bestaat echter op onderdelen een gebrek aan overeenstemming over de uitwerking van de vraag wat 'normaal' is en wat dus onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn kan vallen (Bonsel & Van der Maas, 1994). Volgens de NVOG zullen deze verschillen van mening over de taakafbakening blijven bestaan, ondanks aanpassingen en verbeteringen van de Verloskundige Indicatielijst. De afspraken die gemaakt zijn rond risico-selectie werken volgen de NVOG namelijk alleen als de betrokken hulpverleners goed met elkaar omgaan en samenwerken. Waar dat niet het geval is, helpt geen enkele lijst. De NVOG wijst in dit kader op de belangrijke rol die de verloskundige samenwerkingsverbanden vervullen. Naar deze samenwerkingsverbanden wordt door het NIVEL onderzoek verricht. Resultaten zullen in het najaar van 1996 bekend zijn.

De NVOG geeft aan zeker niet tegen thuisbevallingen te zijn. Gynaecologen vinden evenwel dat patiënten teveel worden gestuurd in hun keuze en wel in de richting van de thuisbevalling. Sommige patiënten voelen zich naar de mening van gynaecologen veiliger in het ziekenhuis. Derhalve vinden zij dat de overheid vrouwen de mogelijkheid moet blijven bieden om daar te bevallen waar zij zich het beste thuis voelt (bron: interview NVOG).



Berghs & Wieggers (1994) onderzochten de vraag of vrouwen die kiezen voor een poliklinische bevalling meer kans hebben op complicaties en medisch ingrijpen, en of dit veroorzaakt wordt door de omstandigheden (de beschikbaarheid van apparatuur, de houding van hulpverleners) of doordat vrouwen op de een of andere manier voelen dat zij in het ziekenhuis beter af zullen zijn. Volgens de NVOG is dit laatste het geval; met andere woorden, er is sprake van zelfselectie van vrouwen die kiezen voor poliklinisch bevallen. Uit het onderzoek van Berghs & Wieggers (1994) bleek dat de plaats om te bevallen hoofdzakelijk wordt gekozen op basis van het vertrouwen van de omgeving in ziekenhuis- of thuisbevallingen, het al dan niet hebben van negatieve gevoelens ten opzichte van het ziekenhuis en het al dan niet hebben van hoge verwachtingen ten aanzien van het ziekenhuis. Factoren die met de eigen gezondheid of gezondheidsbeleving hebben te maken, spelen geen rol.

Er blijken wel opvallende verschillen te bestaan tussen primiparae en multiparae. Bij primiparae bestaan er geen significante verschillen in achtergrondkenmerken tussen hen die kiezen voor een thuisbevalling en hen die kiezen voor poliklinisch bevallen. Met andere woorden, er is geen sprake van zelfselectie. Tegelijkertijd bestaan er echter ook geen verschillen tussen primiparae die kozen voor thuis, respectievelijk poliklinisch bevallen in het medisch-verloskundig resultaat. Bij multiparae lijkt echter wel sprake te zijn van zelfselectie: multiparae met een niet optimale obstetrische achtergrond kiezen vaker voor poliklinisch bevallen. Tegelijkertijd is ook het verloskundige resultaat van multiparae die kozen voor thuisbevallen beter. In welke mate de geconstateerde zelfselectie bijdroeg aan dit verschil in verloskundig resultaat kon op basis van het onderzoek van Berghs & Wieggers (1994) niet worden vastgesteld.

## 4 THUISZORG

### 4.1 Regulering, financiering en verzekering

Onder thuiszorg wordt verstaan: wijkverpleging, wijkzickenverzorging, gezinsverzorging en hulpmiddelenuitleen. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het kruiswerk (wijkverpleging en wijkzickenverzorging) en aan de gezinsverzorging.

#### *Kruiswerk*

Het recht op thuisverpleging is vastgelegd als wettelijke verstrekking en als zodanig toe te kennen aan één individuele verzekerde. Tot voor kort was een tweetal wettelijke regelingen van toepassing op het basispakket kruiswerk: het 'Besluit hulp vanwege een kruisorganisatie bijzondere ziektekosten', ook wel het verstrekkingenbesluit genoemd (19 december 1979) en het 'Besluit erkenningsnormen kruisorganisaties' (1 juni 1981). Het verstrekkingenbesluit werd door de toenmalige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur geformuleerd toen het basispakket kruiswerk in 1980 in de AWBZ werd ondergebracht. Met het van kracht worden van de Kwaliteitswet per 1 april 1996 is het begrip 'erkenning' niet langer van toepassing, maar worden kruisorganisaties 'toegelaten' op basis van een ministeriële beschikking. Uitsluitend kruisorganisaties die toegelaten zijn per ministeriële beschikking worden in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg aangemerkt als organisaties die tariefgoedkeuring van het centraal orgaan tarieven gezondheidszorg kunnen krijgen. Op basis van de goedkeuring komen AWBZ-middelen voor de financiering van de bedrijfsvoering ter uitvoering van de verstrekking kruiswerk ter beschikking (Massop e.a., 1991). Met de invoering van het basispakket kruiswerk in de AWBZ kwam een einde aan diverse financieringsstromen (contributies van leden en subsidies op verschillende niveaus van de overheid). Vanaf 1980 wijst de AWBZ twee bronnen aan: de AWBZ-kas en de eigen bijdrage. Om in aanmerking te komen voor hulp dient men lid te zijn van een kruisorganisatie. Leden zijn een wettelijke contributie verschuldigd van fl. 50 per gezin per jaar. Daarnaast kunnen instellingen een contributie-opslag rekenen voor aanvullende activiteiten. De hoogte van deze opslag mogen instellingen zelf vaststellen. Als men geen lid is en toch hulp nodig heeft van een kruisorganisatie, betaalt men de jaarcontributie plus fl. 75. Traditioneel wordt de intake (indicatiestelling) van patiënten verricht door de wijkverpleegkundige van de wijk waar de hulpvrager woont. Diezelfde wijkverpleegkundige kan na de intake ook zelf betrokken zijn bij de hulpverlening. De hulpvraag en urgentie daarvan wordt over het algemeen bepaald door het inventariseren van tekorten op lichamelijk, huishoudelijk en psycho-sociaal gebied. De aanwezigheid van mantelzorg is uiteraard ook van invloed op de hoeveelheid hulp die een patiënt nodig heeft. Mede onder invloed van de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging is een aantal nieuwe intake-instrumenten ontwikkeld voor een geïntegreerde intake (voor zowel wijkverpleging als gezinszorg), zoals het LVT-indicatiesysteem Thuiszorg Indicatie en Registratiesysteem (TIRS) en het Geïntegreerd Informatiesysteem en Registratiesysteem Thuiszorg (GIRST) (Verheij e.a., 1993). Ook is onder invloed van de integratie kruiswerk en gezinsverzorging de indicatiestelling losgekoppeld van de zorgverlening. De reden hiervoor is een streven naar meer objectiviteit en standaardisatie. Dat wil zeggen dat de indicatiestelling dan minder beïnvloed wordt door het niveau van de zorgverlening.

Tabel 4.1 Eigen bijdragetabel voor de gezinsverzorging

inkomensklassen (netto gezinsinkomen)	weektarief voor leefeenheden van meer dan 1 persoon	weektarief voor alleenstaanden
≤ 1650	5,00	5,00
1651-2000	6,50	15,00
2001-2300	23,00	50,00
2301-2600	58,00	80,00
2601-3000	115,00	120,00
3001-4500	175,00	200,00
4501 ≥	230,00	250,00

### Gezinsverzorging

Gezinsverzorging werd tot 1 januari 1989 door de rijksoverheid gesubsidieerd op basis van de rijkssubidieregeling gezinsverzorging 1985. Sinds 1989 vindt bekostiging ingevolge de AWBZ plaats, echter niet als verstrekking maar op subsidiebasis. Jaarlijks wordt door de Ziekenfondsraad een nieuwe, één jaar geldige subsidieregeling vastgesteld (Dopheide, 1994).

Gebruikers van gezinsverzorging zijn via een retributieregeling een eigen bijdrage in de kosten van de zorg verschuldigd, afhankelijk van het netto gezinsinkomen en de gezinssamenstelling. De maximum uurprijs die cliënten van de gezinsverzorging verschuldigd zijn is fl. 10 (fl. 5 voor stagiaires). De tabel waarvan de maximum eigen bijdrage per inkomenscategorie wordt afgeleid, is weergegeven in tabel 4.1.

Thuisverblijvenden die de zorg voor het huishouden niet meer kunnen verrichten, of de zorg door huisgenoten moeten ontberen, kunnen worden geïndiceerd voor gezinsverzorging. Deze indicatiestelling vindt (vond) over het algemeen plaats door een leidinggevende volgens het landelijk indicatie en registratiesysteem (LIER-systeem), waarmee onder meer de complexiteit van een situatie kan worden gescoord aan de hand waarvan de noodzakelijke deskundigheid van de medewerker kan worden bepaald (Verheij e.a., 1993). Voor de gezinsverzorging geldt uiteraard analoog aan het kruiswerk, dat de integratie van kruiswerk en gezinszorg geleid heeft tot de ontwikkeling van nieuwe intake-instrumenten.

### Aanvullende, intensieve thuiszorg

Om de behoefte aan aanvullende thuiszorg in de thuissituatie te onderzoeken, heeft de Ziekenfondsraad in 1987 voor ziekenfondsverzekerden drie experimenten 'thuisverpleging' gestart. Deze experimenten waren bedoeld voor de verstrekking van extra zorg thuis in aanvulling op de regulier gefinancierde zorg. Als vervolg op deze experimenten is in het kader van het substitutiebeleid en ter versterking van de eerstelijnszorg per 1 mei 1990 de landelijke subsidieregeling van de ziekenfondsraad voor aanvullende, intensieve thuiszorg ex art. 73 ZFW in werking getreden (WVC, 1991). De 'Regeling subsidiëring Ziekenfondsraad intensieve thuiszorg' kent ziekenfondsverzekerden de mogelijkheid toe van aanvullende, intensieve thuiszorg ter vervanging van opname in een ziekenhuis of verpleeghuis.

Ten behoeve van de aanvullende, intensieve thuiszorg is in 1996 fl. 57 mln beschikbaar. Dit bedrag wordt over ziekenfondsen verdeeld naar rato van het aantal 65-plussers in de verzekerde populatie. De voorwaarden waaronder een ziekenfondsverzekerde in aanmerking komt voor aanvullende, intensieve thuiszorg is het hebben van een opname-indicatie voor ziekenhuis of verpleeginrichting en een indicatie voor intensieve thuiszorg gedurende een periode van maximaal drie maanden (met in bijzondere gevallen een uitlooptermijn tot zes maanden).

#### *Polisvoorwaarden particuliere verzekeraars*

Tal van particuliere verzekeraars hebben in de afgelopen jaren de polisvoorwaarden aangepast voor nieuwe vormen van thuiszorg. De voorwaarden lopen echter sterk uiteen (Consumentengids, oktober 1993). Zo kan de duur van de zorg waarvoor vergoeding gegeven wordt verschillen en kunnen ook de doelgroepen die voor vergoeding in aanmerking komen variëren. Bovendien zijn particuliere regelingen gekoppeld aan een opname-indicatie voor uitsluitend het ziekenhuis, omdat verpleeghuiszorg een AWBZ-voorziening is, die niet ten laste komt van een particuliere verzekering (WVC, 1991).

#### *Persoonsgebonden budget*

Sinds 1 juli 1995 is financiering van verpleging en verzorging mogelijk op basis van een persoonsgebonden budget. De regeling zoals die sinds 1 januari 1996 geldt is van toepassing voor verzekerden die langer dan drie maanden zijn aangewezen op hulp in de vorm van verpleging en/of verzorging in de thuissituatie; niet zijnde een bejaardenoord. Met het persoonsgebonden budget kan huishoudelijke hulp, overige gezinsverzorging, ziekenverzorging en wijkverpleging worden ingekocht. De verzekerde dient daarvoor echter lid te zijn van een door de Ziekenfondsraad erkende vereniging van budgethouders. Het vaststellen van de zorgbehoefte van de verzekerde die zich aanmeldt voor een persoonsgebonden budget vindt plaats door een organisatie die door het verbindingskantoor wordt aangewezen na overleg met in de regio werkzame kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging. De zorgbehoefte wordt vastgesteld in uren hulpverlening. Het budget wordt toegekend op basis van de volgende maximum uurtarieven:

---

wijkverpleging	fl. 65
wijkziekenverzorging	fl. 55
gezinsverzorging	fl. 35
hulp voor huishoudelijke taken	fl. 25

---

Overigens is de cliënt voor gezinsverzorging een eigen bijdrage verschuldigd volgens tabel 4.1. Een bijdrage van fl. 125 voor ziekenverzorging en/of wijkverpleging wordt gevraagd indien de verzekerde ten tijde van de budgetvaststelling geen contributie verschuldigd is op grond van zijn lidmaatschap van een kruisorganisatie.

Van het toegekende persoonsgebonden budget betaalt het verbindingskantoor fl. 200 per maand rechtstreeks aan de verzekerde. Daarbij gaat het om een forfaitaire bijdrage. Het eventueel resterende deel wordt uitgekeerd via de eerder genoemde vereniging van budgethouders, die onder meer de werkgeversfunctie vervult ten behoeve van de cliënt. Het verbindingskantoor controleert achteraf de zorguitgaven (Ziekenfondsraad, 1995b).

## **4.2 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers**

De vraag naar thuiszorg en het aanbod van thuiszorg zijn in dit hoofdstuk berekend op basis van cijfers uit de jaarboeken thuiszorg 1993 en 1994. In het jaarboek 1993 zijn cijfers weergegeven van instellingen voor kruiswerk, kraamzorg en gezinsverzorging. In het jaarboek 1994 zijn de cijfers van geïntegreerde instellingen apart weergegeven, naast het kruiswerk, kraamzorg en gezinsverzorging. Zeven van de 18 geïntegreerde

instellingen leveren ook kraamzorg. Door deze verschillen in opzet van de beide jaarboeken kan feitelijk alleen de ontwikkeling in de tijd voor de hele sector worden vergeleken. Het apart bekijken van ontwikkelingen in gezinsverzorging of kruiswerk is niet mogelijk.

In totaal is er tussen 1993 en 1994 sprake van een toename van een kleine 25.000 personen in zorg en ruim 750.000 uur geleverde thuiszorg bij alle instellingen samen (tabel 4.2). In procenten uitgedrukt: het aantal personen in zorg nam in de thuiszorg toe met 5% tussen 1993 en 1994 (van 463.124 naar 487.713), het totaal aantal uren geleverde zorg steeg met 1%. Het gemiddeld aantal uren zorg per cliënt is echter met 4% afgenomen tussen 1993 en 1994 (namelijk van gemiddeld 115,3 uur per cliënt in 1993 naar 111,0 uur in 1994). Dit duidt op het hanteren van de 'kaasschaaf' in de thuiszorg. Het totaal aantal FTE is afgenomen. De produktiviteit (het aantal gewerkte uren per FTE) is echter gestegen. In deze tabel worden de uitkomsten dus zichtbaar van de inspanningen van de thuiszorgorganisaties om de doelmatigheid en de effectiviteit te verhogen. Hierbij moet wel worden bedacht dat er verschuivingen plaats vinden van traditionele hulpverlening naar alpha-hulpverlening en van zorg door wijkverpleegkundigen naar zorg door wijkziekenverzorgenden.

Tabel 4.2 Aantal personen in zorg bij de wijkverpleging, de gezinsverzorging en geïntegreerde instellingen per ultimo 1993 en 1994

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
<b>Gezinsverzorging</b>					
Aantal personen in zorg	-	232.344	177.491	-	-
Aantal uren traditionele hulpverlening	-	39.895.252	28.593.237	-	-
Aantal uren alpha-hulpverlening	-	8.153.058	6.763.336	-	-
<b>Wijkverpleging</b>					
Aantal personen in zorg	-	230.780	200.022	-	-
Aantal uren wijkverpleging	-	3.533.033	2.596.755	-	-
Aantal uren wijkziekenverzorging	-	1.794.131	1.408.589	-	-
<b>Geïntegreerd</b>					
Aantal personen in zorg	-	-	110.200	-	-
Aantal uren thuiszorg	-	-	14.765.097	-	-
<b>Totaal</b>					
Aantal personen in zorg	-	463.124	487.713	-	-
Aantal uren thuiszorg	-	53.375.474	54.127.014	-	-
Gemiddeld aantal uren per cliënt	-	115,3	111,0	-	-
Totaal aantal FTE	-	53.179	52.967	-	-
Aantal uren per FTE	-	1.003,7	1.021,9	-	-

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1993,1994

Uit tabel 4.3a blijkt dat 60% van de cliënten in de wijkverpleging van het vrouwelijke geslacht is. Bovendien wordt duidelijk dat ruim 70% van de cliënten 65 jaar of ouder is. Helaas zijn wat betreft de gezinsverzorging alleen de cijfers voor 1993 bekend. Ook voor de gezinsverzorging geldt dat het merendeel van de cliënten vrouw is (bijna driekwart) en dat de meeste cliënten, 80%, 65 jaar of ouder is.

Tabel 4.3a Procentuele leeftijdsverdeling naar geslacht van het aantal cliënten in zorg voor wijkverpleging en gezinsverzorging, per 31 december 1993 en 1994

Jaar	% mannen			% vrouwen		
	1992	1993	1994*	1992	1993	1994
<b>Wijkverpleging</b>						
<= 64 jaar	-	10,71	11,78	-	15,86	15,27
>= 65 jaar	-	26,71	27,38	-	46,73	45,57
Totaal	-	37,42	39,16	-	62,59	60,84
NL bevolking	-	49,45	49,45	-	50,55	50,55
<b>Gezinsverzorging</b>						
<= 64 jaar	-	5,96	-	-	13,04	-
>= 65 jaar	-	20,23	-	-	60,77	-
Totaal	-	26,19	-	-	73,81	-

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994 (CBS)

\* de cijfers over 1994 zijn exclusief de geïntegreerde instellingen

Tabel 4.3b geeft een prognose van het aantal cliënten in zorg op 1 januari 1997. De cijfers voor 1997 zijn gebaseerd op bevolkingsgegevens van 1994. Omdat verondersteld wordt dat alle andere factoren, behalve demografische factoren, gelijk blijven, zijn de groeipercentages per leeftijdscategorie voor de gezinsverzorging en wijkverpleging hetzelfde. Procentueel neemt de groei meer toe in de hogere leeftijdscategorieën. Absoluut gezien neemt het aantal cliënten in zorg in de leeftijdscategorie 75 tot 84 jarigen het meest toe.

Tabel 4.3b Prognose van het aantal cliënten in zorg van de gezinsverzorging en wijkverpleging op 1 januari 1997

Leeftijd	cliënten in zorg op 1-1-1994	cliënten in zorg op 1-1-1997	Abs. groei 94-97	Procent. groei 94-97
<b>Gezinsverzorging*</b>				
< 55	29.444	29.701	257	0,9
55-64	14.330	14.804	474	3,3
65-74	55.455	56.696	1.241	2,2
75-84	90.890	96.793	5.903	6,5
> 85	40.273	43.083	2.810	7,0
Totaal	230.392	241.077	10.685	4,6
<b>Wijkverpleging</b>				
< 55	37.179	37.503	324	0,9
55-64	24.117	24.915	798	3,3
65-74	49.525	50.633	1.108	2,2
75-84	78.281	83.365	5.084	6,5
> 85	41.679	44.587	2.908	7,0
Totaal	230.781	241.003	10.222	4,4

\* Exclusief 'zorg op locatie' (1.952 cliënten)

Tabel 4.4 geeft een overzicht van het percentage personen die belemmeringen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen naar een aantal achtergrondkenmerken en tevens naar de mate waarin ze zorg ontvangen. Deze tabel is afgeleid van een onderzoek onder een kleine 12.000 individuen van zes jaar en ouder in Nederland (De Boer en Mootz, 1996). De ontvangen zorg kan bestaan uit zorg van

buren of familie, maar ook uit zorg uit het reguliere thuiszorgcircuit. Maar 12% van de belemmerden maakt gebruik van de reguliere thuiszorg. Het gebruik is bij de ernstig belemmerden het hoogst (23%). Belemmerden van middelbare leeftijd ontvangen de meeste zorg uit niet-collectief gefinancierde bronnen (70%) en de minste reguliere thuiszorg (6%). Meer mannen dan vrouwen ontvangen geen zorg. Ook meer mensen met alleen lager onderwijs ontvangen geen zorg. Opmerkelijk is dat 37% van de alleenstaanden geen zorg ontvangt, in tegenstelling tot slechts 16% van de mensen die samen met anderen wonen.

Tabel 4.4 Percentages belemmerde (belemmeringen bij dagelijkse handelingen) personen die geen zorg gebruiken, gebruikers van niet collectief (zorg van burens/kennissen/familie of van particuliere verpleegkundige/verzorgende) en van wel collectief gefinancierde hulpbronnen (reguliere thuiszorg), 1991

	Geen zorg ontvangen	Niet-coll.gefinan. hulpbronnen	Coll.gefinan. hulpbronnen
Algemeen gemiddelde	22	66	12
Licht belemmerd	29	65	6
Matig belemmerd	24	67	9
Ernstig belemmerd	9	68	23
16-34 jaar	31	59	11
35-44 jaar	17	69	14
45-54 jaar	23	71	6
55-64 jaar	25	69	7
65-74 jaar	22	68	11
>= 75 jaar	14	60	27
Mannen	28	64	9
Vrouwen	18	68	15
Geen, lager onderwijs	25	60	15
Lbo, mavo	20	69	12
Mbo, havo, vwo	20	72	8
Hbo, universiteit	11	79	10
Woont alleen	37	44	19
Samen met anderen	16	74	10

Bron: De Boer & Mootz, 1996

### 4.3 Aanbod van zorg in cijfers

De ontwikkeling van het aantal instellingen voor thuiszorg komt aan de orde in paragraaf 4.6, waar de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging wordt besproken.

Het aantal werkzame **personen** in de verschillende thuiszorgberoepen is, op het aantal gezinsverzorgenden na, licht gestegen. Meer dan 95% van de werkzame personen in de thuiszorg is vrouw (tabel 4.5).

Uit tabel 4.6 blijkt dat het aantal diplomabehalers in het verpleegkundig en verzorgend onderwijs in de periode 1992-1994 is gedaald. Dit geldt voor verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en kraamverzorgenden. Het aantal diploma-behalers van het MDGO (verzorgend) is met ruim 1.000 toegenomen.

Tabel 4.5 Het aantal werkzame personen in de thuiszorg-beroepen, per 31 december

	1992	1993
Verpleegkundigen	8.956	9.236 (8787)
Ziekenverzorgenden	2.933	3.093
Gezinsverzorgenden (incl. alpha-hulpen)	101.000	98.000
Kraamverzorgenden	5.202	5.590
Overig extramuraal werkende vplgk.	3.726	3.814

Bron: RAZ 1995, (CBS)

Tabel 4.6 Aantal diplomabehalers in het verpleegkundig en verzorgend onderwijs

	1992	1993	1994	Abs. groei 92-94	Procent.groei 92-94
Verpleegkundigen*	5.752	5.485	5.242	-510	-8,9
Ziekenverzorgenden	3.451	3.571	3.209	-242	-7,0
Gezinsverzorgenden	854	920	850	-4	-0,5
Kraamverzorgenden	-	110	81	-	-
MDGO-VZ	3.246	3.120	4.329	1.083	33,4

\* Verpleegkundigen-A, HBO-V, MDGO-VP

Bron: RAZ 1995 (VWS/OCW, OVDB/CBS)

In tabel 4.7a is de ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen in de thuiszorg weergegeven. Bij deze tabel en tabel 4.7b moet rekening worden gehouden met het feit dat het cijfer voor het totaal en uitvoerend personeel voor 1994 bestaat uit een optelsom van kruiswerk, gezinsverzorging en geïntegreerde instellingen, waarbij bij zeven van de 18 geïntegreerde instellingen ook kraamzorg cijfers zijn meegeteld.

Het aantal arbeidsplaatsen is in de periode 1992-1994 met 204 gestegen. Dit is een groei van slechts 0,4%. Met de eerder geconstateerde groei van het aantal geleverde uren zorg duidt dit op een stijging van de arbeidsproductiviteit. De uiterst geringe groei van het aantal arbeidsplaatsen gecombineerd met het feit dat het aantal cliënten zal groeien (tabel 4.3c) duidt erop dat er in de toekomst een tekort zal ontstaan van arbeidsplaatsen in de thuiszorg-beroepen.

Uit tabel 4.7b blijkt dat het uitvoerend en totaal aantal arbeidsplaatsen licht is gedaald. het uitvoerend aantal arbeidsplaatsen is tussen 1993 en 1994 iets meer afgenomen dan het totaal aantal arbeidsplaatsen.

Uit het in de vorige paragraaf al aangehaalde onderzoek van De Boer en Mootz (1996) onder 12.000 Nederlanders blijkt dat 11% van de Nederlanders van 16 jaar en ouder regelmatig (niet-beroepsmatig en onbetaalde) hulp geeft aan zieken of gehandicapten. Kenmerken van deze hulpverleners, zoals geslacht, leeftijd, opleiding, al dan niet werkend, verklaren slechts 3,4% van de variantie in dit hulpaanbod. Persoonlijke omstandigheden en motieven van hulpbehoevenden en helpenden blijken bepalender voor het aanbod van informele zorg.



Tabel 4.7a Ontwikkeling totaal aantal arbeidsplaatsen (fulltimers en omgerekende parttimers) in kruiswerk-, gezinszorg- en geïntegreerde instellingen (in loondienst en niet in loondienst)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Kruiswerk	12.085	12.406	8.427	-3.658	-30,3
Gezinszorg	40.678	40.773	28.465	-12.213	-30,0
Geïntegreerd	-	-	16.075	16.075	-
Totaal	52.763	53.179	52.967	204	0,4

Bron: Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994; het cijfer voor 1992 is gebaseerd op CBS-cijfers

Tabel 4.7b Aantal arbeidsplaatsen in de thuiszorg (excl. kraamzorg); totaal en uitvoerend personeel

	1993	1994	Abs. groei 93-94	Procent. groei 93-94
Uitvoerend	44.484	44.242	-242	-0,5
Totaal	53.179	52.967	-212	-0,4

#### 4.4 Afstemming van het aanbod op de vraag

Zoals blijkt uit tabel 4.8 bestaan er grote verschillen in de beschikbaarheid van gezinszorg, wijkverpleging en ziekenverzorging. Het aantal inwoners per gezinsverzorgende is het laagst, gevolgd door het aantal inwoners per wijkverpleegkundige. Ziekenverzorgenden zijn er het minst.

Het aantal 65+ers per werkzame wijkverpleegkundige en ziekenverzorgende is minder gedaald dan het totaal aantal inwoners per werkzame in deze beroepen.

Tabel 4.8 Het totaal aantal inwoners/ aantal 65+ers per werkzame personen in de thuiszorg-beroepen in Nederland, per 31 december

	1992	1993	Abs.groei 92-93	Procent.groei 92-93
Gezinsverzorgenden, incl.alpha-hulpen				
Tot.aantal inw. per werkzame	151	157	6	4,0
Aantal 65+ers per werkzame	19	20	1	5,3
Wijkverpleegkundigen				
Tot.aantal inw. per werkzame	1.702	1.661	-41	-2,4
Aantal 65+ers per werkzame	218	215	-3	-1,4
Ziekenverzorgenden				
Tot. aantal inw. per werkzame	5.196	4.960	-236	-4,5
Aantal 65+ers per werkzame	667	642	-25	-3,7

Bron: Hingstman en Harmsen 1994, RAZ 1995 (NZI/CBS), CBS

Uit een spoed-onderzoek dat in opdracht van de LVT recentelijk is uitgevoerd blijkt dat er 10.600 mensen op de wachtlijst staan voor gezinsverzorging (Trouw, 11 juni 1996) (zie ook paragraaf 4.6).

## 4.5 Kosten van zorg in cijfers

Voor gezinsverzorging en kruiswerk moeten eigen bijdragen worden betaald (zie tabel 4.9 en 4.10). De overige ontvangsten voor het kruiswerk zijn in de periode 1992-1994 met 98% omhoog gegaan, voor de gezinsverzorging zijn ze met 40% gedaald. Daar staat tegenover dat de gezinsverzorging 20% meer geld via de AWBZ heeft ontvangen en het kruiswerk 3,5% minder. Een deel van de groei van de overige ontvangsten in het kruiswerk is toe te schrijven aan een stijging van het lidmaatschapsgeld van f46 naar f50. De daling van de overige ontvangsten in de gezinsverzorging heeft onder andere te maken met het feit dat de AAW hier geen onderdeel meer van is.

Tabel 4.9 Financiering(-bronnen) gezinsverzorging (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
AWBZ	1.621,0	1.760,0	1.937,0	316	19,5
Overige ontvangsten:	295,0	248,7	177,3	-117,7	-39,9
- ongesplitste eigen betalingen	295,0	248,7	177,3	-117,7	-39,9
<b>Totaal</b>	<b>1.916,0</b>	<b>2.008,7</b>	<b>2.114,3</b>	<b>198,3</b>	<b>10,3</b>

Bron: FOZ 1996

Tabel 4.10 Financiering(-bronnen) kruiswerk (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
AWBZ	895,0	881,0	864,0	-31	-3,5
Overige ontvangsten:	88,0	122,1	174,5	86,5	98,3
- ongesplitste eigen betalingen	88,0	122,1	174,5	86,5	98,3
<b>Totaal</b>	<b>983,0</b>	<b>1.003,1</b>	<b>1.038,5</b>	<b>55,5</b>	<b>5,6</b>

Bron: FOZ 1996

Tabel 4.11 Financiering(-bronnen) overig thuiszorg (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
AWBZ	9,0	8,7	10,7	1,7	18,9
Ziekenfonds	42,0	50,0	55,0	13	31,0
<b>Totaal</b>	<b>51,0</b>	<b>58,7</b>	<b>65,7</b>	<b>14,7</b>	<b>28,8</b>

Bron: FOZ 1996

Tabel 4.12 geeft een overzicht van exploitatie- en algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg in 1993.

De gezinsverzorging neemt het grootste aantal instellingen en bezette arbeidsplaatsen voor haar rekening. Verder is opvallend dat het saldo van kosten en opbrengsten van alle instellingen samen op +25 miljoen uitkomt. Alleen instellingen voor kruiswerk +

kraamzorg hebben een negatief saldo.

Tabel 4.12 Exploitatie- en enige algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg, naar type instelling, 1993 (mln.gld.)

	Gezins- verzorging (GV)	Kruisw.	Kraamz.	GV+kruis- werk	Kruisw.+ kraamz.	Overige instell.	Totaal
Aantal instellingen	78	13	20	14	24	27	176
Bezette arb.pl. van personeel in loondienst	18.570	1.540	1.519	6.469	5.527	15.316	48.942
Subsidies en bijdragen (mln.) waarvan	972,1	127,4	0,1	391,1	288,9	885,8	2.665,4
- Rijk							
- Provincies	3,4	0,2	-	0,6	0,1	0,6	1,7
- Gemeenten	40,4	-	-	5,5	0,1	17,8	63,7
- AWBZ	921,3	126,0	-	377,8	288,4	854,6	2.568,1
- Anderen	6,9	1,2	0,1	7,3	0,3	12,8	28,8
Verzorgingsgelden, w.o. eigen bijdragen, zf gelden	80,3	-	103,1	17,7	128,4	171,7	501,1
Contributies	-	23,3	-	26,5	52,8	54,4	157,1
Andere opbrengsten	17,0	7,7	2,1	8,0	15,2	25,0	74,9
<b>Totaal opbrengsten</b>	<b>1.069,4</b>	<b>158,4</b>	<b>105,3</b>	<b>443,3</b>	<b>485,3</b>	<b>1.136,9</b>	<b>2.398,5</b>
Personele kosten	975,9	114,9	89,3	377,1	389,6	962,0	2.908,8
Andere kosten	82,6	41,4	12,8	62,5	97,1	168,7	465,1
<b>Totaal kosten</b>	<b>1.058,6</b>	<b>156,3</b>	<b>102,1</b>	<b>439,5</b>	<b>486,7</b>	<b>1.130,7</b>	<b>3.373,8</b>
<b>Saldo</b>	<b>10,8</b>	<b>2,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,8</b>	<b>-1,4</b>	<b>6,2</b>	<b>24,7</b>

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 96/3

## 4.6 Ontwikkelingen en signaleringen

### Ontwikkelingen

In hun brief d.d. 15 april 1996 aan de Tweede Kamer stellen de minister en staatssecretaris dat de markt voor thuiszorg uit evenwicht is (VWS, 15 april 1996, p. 3). Zij maken zich daarmee bepaald niet aan overdrijving schuldig. Op de markt voor thuiszorg hebben nieuwe, commerciële aanbieders van zorg hun intrede gedaan. Tegelijkertijd zijn de reguliere aanbieders al enige tijd verwickeld in een integratieproces. Daardoor heen spelen nog andere, op zichzelf al ingrijpende, veranderingen zoals de ordening van de sociale ziektekostenverzekering in compartimenten en een wijziging van de budgetsystematiek in de gezinsverzorging.

Drie belangrijke ontwikkelingen in de thuiszorg zullen in deze paragraaf worden besproken: het wegvallen van de monopoliepositie van de reguliere thuiszorgorganisaties, de voorgenomen invoering van de knip in de thuiszorg en de integratie van kruiswerk en gezinszorg met de bijbehorende harmonisatie van de eigen bijdrage regeling. De knelpunten die in deze paragraaf aan de orde komen, hebben betrekking

op de mutaties in instellingsbudgetten, capaciteitsproblemen en de positie van commerciële aanbieders in termen van aanspreekbaarheid en informatievoorziening.

#### Integratie kruiswerk en gezinsverzorging

De thuiszorg kenmerkt zich wat de ontwikkeling van het aantal instellingen betreft door een groot aantal fusies, zowel van kruisorganisaties onderling, instellingen voor gezinsverzorging onderling als van kruisorganisatie en instellingen voor gezinsverzorging. De integratie van kruiswerk en gezinszorg is door de overheid gestimuleerd naar aanleiding van het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' (WVC, 1990). Eind 1994 was er sprake van 41 geïntegreerde thuiszorginstellingen. Inmiddels is dit aantal verder opgelopen tot 49.

Het aantal instellingen naar type is weergegeven in tabel 4.13 Het berekenen van absolute en procentuele groei is in de tabel niet goed mogelijk, omdat de gegevens uit 1992 gebaseerd zijn op CBS-cijfers en voor 1994 op de Databank Thuiszorg.

Ook zonder groeicijfers te presenteren wordt uit tabel 4.13 echter duidelijk dat het aantal instellingen voor alleen kruiswerk of alleen gezinsverzorging afneemt, ten gunste van gecombineerde instellingen voor kruiswerk en gezinsverzorging (eventueel inclusief kraamzorg). Het aantal instellingen voor gezinsverzorging is in 1994 nog 2,3 maal groter dan het aantal kruisorganisaties. Instellingen voor kruiswerk zijn blijkens tabel 4.13 in hoger tempo onderling gefuseerd dan instellingen voor gezinsverzorging. Per 1 januari 1997 met één overgangsjaar moeten alle instellingen een volledig pakket aan thuiszorgproducten leveren.

Tabel 4.13 Het aantal instellingen voor thuiszorg 1992-1994

instellingen voor	1992 (CBS)	1993 (CBS)	1993 (LVT, NZi)	1994 (LVT, (NZi)	1996 (COTG)	abs.groei 1992-1994	procent.groei 1992-1994
kruiswerk	80	37	31	26	28	-	-
gezinsverzorging	100	78	72	60	50	-	-
thuiszorg (geïntegreerd)	23*	41*	36	41	49	-	-
<b>totaal</b>	<b>203</b>	<b>156</b>	<b>139</b>	<b>127</b>	<b>127</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\* Inclusief zelfstandige entadministraties.

Bron: CBS, exploitatie- en algemene gegevens van instellingen voor thuiszorg (Maandbericht Gezondheidsstatistiek); LVT/NZi, Jaarboek Thuiszorg 1993, 1994; COTG 1996 (incl. landelijk werkende organisaties)

Er bestaat overigens een duidelijk verschil tussen de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging in organisatorisch opzicht en in zorginhoudelijk opzicht. Het feit dat instellingen voor kruiswerk en gezinszorg gefuseerd zijn, houdt nog niet in dat in deze thuiszorginstellingen ook geïntegreerd gewerkt wordt. Zorginhoudelijke integratie zal naar verwachting niet probleemloos verlopen. Uit een onderzoek van Jansen & Kerkstra (1993) bleek dat in ongeveer 40% van de erkende kruisorganisaties onduidelijkheden bestaan over taakafstemming en -afbakening tussen de verschillende deskundigheidsniveaus. Problemen op het gebied van taakafbakening worden uiteraard bij een verschuiving van taken van wijkverpleging naar gezinszorg nog eens extra vergroot. Het LCVV signaleert dat de verschuiving van taken van verpleegkundigen naar verzorgenden soms wrijving tussen beide beroepsgroepen veroorzaakt (bron: interview LCVV).

Om de zorginhoudelijke integratie van kruiswerk en gezinsverzorging te ondersteunen, zijn in de periode 1992-1993 in dertien regio's projecten gesubsidieerd met een

innovatief karakter. Deze projecten moeten als voorbeeld dienen voor integratieprocessen elders in het land (Homans & Glaser, 1993). In deze projecten is eveneens geëxperimenteerd met een geïntegreerde intake/indicatiestelling, met het werken in geïntegreerde teams en met coördinatie van zorg. In 1992/1993 is een eerste evaluatie van deze dertien projecten uitgevoerd (Verheij e.a., 1993). Over de resultaten van deze evaluatie is reeds gerapporteerd in het Brancherapport Verpleging & Verzorging (Van der Kwartel e.a., 1994). Samengevat kwamen deze resultaten erop neer dat er nog weinig positieve effecten van de integratie konden worden vastgesteld, waarschijnlijk omdat 1992/1993 een te vroeg tijdstip was om hierover al uitspraken te kunnen doen. Derhalve wordt momenteel een tweede evaluatie uitgevoerd, waarvan de resultaten in het najaar van 1996 bekend zullen moeten zijn.

#### Harmonisatie eigen bijdrage

Een punt van discussie sinds de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging is de integratie van de financiering en de daarbij behorende *harmonisatie van de eigen bijdragen*. De eigen bijdrage systematiek is in 1994 en 1995 gewijzigd en zal in 1997 opnieuw worden aangepast. In juli 1994 zijn de eigen bijdragen voor de gezinsverzorging verhoogd en is tevens de systematiek veranderd, waarbij de oorspronkelijk 45 inkomensklassen terug werden gebracht naar zeven. In 1995 zijn de grenzen van de zeven inkomensklassen en de bijbehorende bijdragen opnieuw gewijzigd. Deze tabel geldt in 1996 nog steeds (zie tabel 4.1). In 1997 zal de volgende aanpassing plaatsvinden, te weten de indexering van de inkomenscategorieën (VWS, 28 mei 1996).

In de vervolgbrief Stand van zaken beleidsvoornemens thuiszorg (VWS, 6 mei 1996) stellen de minister en staatssecretaris voor de thuiszorg onder te brengen in het eerste compartiment op grond van een geïntegreerde aanspraak ex AWBZ. Voor de gezinsverzorging houdt dat in dat zij niet langer op grond van een subsidieregeling zal worden gefinancierd, maar als een aanspraak.

De LVT heeft voorstellen gedaan voor de harmonisatie van de eigen bijdragen die neerkomen op een combinatie van:

- \* een vast jaarbedrag, als vaste basis die bovendien solidariteit garandeert (want niet iedereen die contributie betaalt, maakt ook daadwerkelijk gebruik van thuiszorg);
- \* een eigen bijdrage per uur tot een inkomensafhankelijk maximum volgens de tabel voor gezinsverzorging van 1 januari 1996.

De LVT adviseert de eigen bijdrage per uur pas na 3 maanden te laten ingaan. Met name bij de wijkverpleging namelijk, wordt veel kortdurende hulp verleend. Het innen van een eigen bijdrage kost daar meer aan administratie dan het oplevert (bron: interview LVT). De voorstellen van de minister en staatssecretaris van VWS bestaan inderdaad uit de door de LVT beoogde combinatie van een contributie van fl. 50 die toegang geeft tot de verstrekking thuiszorg en een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor kruiswerk en gezinsverzorging (VWS, 28 mei 1996).

In tegenstelling tot het door de LVT voorgestelde systeem wordt in de voorstellen van het ministerie geen gewag gemaakt van het ingaan van de uurbijdrage na drie maanden. De administratie van het innen van de eigen bijdragen zal evenwel niet bij de thuiszorginstellingen hoeven te gebeuren. De minister en staatssecretaris stellen voor dat het Centraal Administratie Kantoor (CAK) de eigen bijdragen gaat innen met gebruik van fiscale gegevens, gekoppeld aan het SoFi-nummer.

In tegenstelling tot eerdere plannen van het ministerie (VWS, 6 mei 1996) zal er geen nieuwe eigen bijdrage-tabel worden ingevoerd voor de uurbijdrage. De huidige tabel

voor de gezinsverzorging zal gaan gelden als eigen bijdrage-tabel voor de gehele thuiszorg. De verwachte opbrengst van deze eigen bijdrage regeling is volgens het ministerie fl. 395 mln. Dat betekent dat er een jaarlijks tekort van fl. 55 mln ontstaat ten opzichte van de in het FOZ geraamde opbrengst. Het ministerie verwacht dat dit tekort deels kan worden gedekt doordat de inning door het CAK een besparing van fl. 27 mln oplevert en het verwachte extra beroep op de bijzondere bijstand zal uitblijven. Bezien zal worden in welke mate de in 1994 aan het Gemeentefonds toegevoegde middelen (fl. 16 mln) weer naar het BKZ zullen worden overgeheveld (VWS, 28 mei 1996).

Onder het huidige budgettaire kader dienen de eigen bijdragen in de thuiszorg 450 mln op te brengen. De LVT wijst erop dat dit bedrag mede zo hoog is, doordat via de eigen bijdragen in de thuiszorg een gat van fl. 150 mln in de begroting moet worden gedicht, dat in de vorige kabinetsperiode is ontstaan toen de voorgestelde vermogenstoets voor verpleeghuizen door de Tweede Kamer werd afgewezen (bron: interview LVT). Om het begrotingsgat te dichten zijn medio juli 1994 de eigen bijdragen voor de gezinsverzorging verhoogd. Het FOZ 1996 meldt dat uit een onderzoek van het NIVEL (De Bakker e.a., 1994) naar de nieuwe eigen bijdrageregeling in de gezinszorg van juli 1994 bleek, dat de regeling geen gevolgen had voor de in- en uitstroom van patiënten. In het rapport van De Bakker e.a. (1994) wordt opgemerkt dat dit te maken heeft met het feit dat slechts een beperkt deel van de cliënten van de gezinsverzorging te maken heeft met aanzienlijk hogere eigen bijdragen. Ongeveer 14% van de cliënten wordt geconfronteerd met een verhoging van de eigen bijdrage van meer dan 50% en meer dan fl. 10,= per week (bij gezinnen) of fl. 5 per week (bij alleenstaanden). Bij deze 14% betreft het alleenstaanden en gezinnen met een inkomen net boven het minimum en een groep gezinnen met een inkomen net beneden de modale inkomensklasse. Van deze groep bleek ruim 5% de hulpverlening te hebben stopgezet vanwege de verhoogde eigen bijdrage; nog eens 5% had het aantal hulpverleningsuren verminderd, dan wel de frequentie waarmee de gezinsverzorgende langs kwam. Daarnaast overwoog 19% om te gaan bezuinigen op de gezinsverzorging en 1% overwoog om de hulpverlening stop te zetten. Onder degenen die de hulpverlening hadden stopgezet, waren relatief veel gezinnen met kinderen. Van deze groep had 25% de hulpverlening beëindigd. Bovendien ondervonden de gezinnen die geconfronteerd waren met een forse verhoging van de eigen bijdragen daarvan ernstige gevolgen voor het inkomen dat zij per maand overhielden om van te leven (De Bakker e.a., 1994).

In het betreffende onderzoek werd ook geconcludeerd dat de nieuwe regeling in plaats van de bedoelde verdubbeling van de opbrengst slechts 25% meer opbrengsten had dan de oude regeling. Een eenvoudige simulatie van de effecten van de nieuwe regeling op basis van het totale cliëntenbestand van acht instellingen leerde dat de gemiddelde eigen bijdrage per cliënt van de gezinsverzorging met 'slechts' 26% toenam (De Bakker e.a., 1994). Het is daarom niet verwonderlijk dat het FOZ 1996 (p. 108) constateert dat de meeropbrengst van 75 mln voor de tweede helft van 1994 achterblijft voor een bedrag van ongeveer 40 mln. De Ziekenfondsraad heeft daarom opdracht gekregen een onderzoek in te stellen naar de wijze waarop de instellingen de eigen bijdrageregeling uitvoeren, in het bijzonder voor wat betreft de inkomensvaststelling.

De LVT staat positief tegenover een geharmoniseerde eigen bijdrageregeling, maar vreest dat een regeling die een jaaropbrengst van 450 mln. moet hebben (tegenover de huidige regeling die 320 mln. oplevert) onevenredige inkomenseffecten zal hebben en tot ongewenste drempelvorming zal leiden (Bron: interview LVT; brief LVT, 23 april 1996). De Bakker e.a. (1994) interviewden in het eerder beschreven onderzoek een steekproef van ruim 500 cliënten van de gezinsverzorging om meer inzicht te krijgen in

de gevolgen van de verhoging van de eigen bijdrage. Deze steekproef werd getrokken uit die 14% van de cliëntenpopulatie die geconfronteerd werden met een verhoging van de eigen bijdrage van meer dan 50% en meer dan fl. 10,- per week (bij gezinnen) of fl. 5 per week (bij alleenstaanden). Uit de interviews bleek dat 58 (11%) van de 536 ondervraagde cliënten inderdaad hadden geprobeerd elders een vergoeding te krijgen voor de extra kosten van de gezinsverzorging. Daarbij werd 20 keer een verzoek om bijzonder bijstand ingediend bij de sociale dienst; de andere aanvragen werden gedaan bij het ziekenfonds, de belastingdienst en de werkgever. In totaal kregen 19 cliënten bijzonder bijstand en 10 een vergoeding van het ziekenfonds (De Bakker e.a., 1994, p. 62).

#### Opkomst particuliere thuiszorgbureaus

Twee factoren hebben geleid tot het wegvallen van het monopolie van de reguliere thuiszorgorganisaties: (1) de opkomst van particuliere bureaus en (2) de invoering van het persoonsgebonden budget.

De opkomst van particuliere thuiszorgbureaus begon eind jaren tachtig. Door een maas in de regelgeving werd het mogelijk dat commerciële bureaus voor thuiszorg een (landelijke) erkenning verkregen. De eerste erkenning werd aangevraagd door NTN, een particuliere organisatie die zich richt op specialistische thuiszorg, aanvullende thuiszorg en kraamzorg. Sindsdien verkeert de markt in een overgangssituatie van een markt met monopolieposities van de thuiszorginstellingen naar een markt met vrije toetreding van aanbieders. De overheid heeft er bewust voor gekozen het gat in de regelgeving niet dicht te maken, maar om er gebruik van te maken teneinde meer marktwerking te creëren.

Het ministerie is van mening dat de marktwerking dient te worden doorgezet, maar op een meer evenwichtige wijze, waarbij iedere aanbieder een integraal pakket van thuiszorg levert, voldoet aan de wettelijk vastgelegde kwaliteitseisen en zich houdt aan algemeen geldende arbeidsvoorwaarden. Particuliere bureaus bieden vaak slechts een deel van het pakket aan en houden zich niet aan de CAO-thuiszorg (VWS, 15 april 1996). Door de LVT wordt dit als oneerlijke concurrentie ervaren. Overigens streeft de LVT zelf naar flexibilisering van de zorg, hetgeen door de CAO bemoeilijkt wordt (bron: interview LVT). Het ministerie stelt verder dat instellingen voortaan niet meer automatisch zullen worden toegelaten tot de markt voor thuiszorg, dat de bestaande contractplicht voor zorgverzekeraars zal vervallen en dat gewerkt moet gaan worden met maximumprijzen in plaats van de bestaande vaste prijzen (VWS, 15 april 1996). Particuliere thuiszorgorganisaties hielden zich aanvankelijk bezig met het verlenen van niet-collectief gefinancierde thuiszorg: aanvullende thuiszorg en de kraamzorg voor particulier verzekerden (Visser, 1989). Sinds kort heeft echter ook een tiental particuliere bureaus een AWBZ-erkenning. De particuliere bureaus ontvangen elk 2,5 mln AWBZ-budget, waarvan 0,5 mln gebruikt mag worden voor overhead. NTN geeft aan dat dit bedrag voor een landelijk opererende organisatie te laag is (bron: interview NTN).

#### Persoonsgebonden budget

Het persoonsgebonden budget is in 1995 ingevoerd, zoals reeds beschreven is in paragraaf 4.1. Experimenten met een cliëntgebonden budget (zoals het aanvankelijke heette) liepen -in opdracht van de Ziekenfondsraad- reeds vanaf mei 1991 in Eindhoven en in twee regio's in Drenthe. De experimenten zijn geëvalueerd door het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) (Miltenburg e.a., 1993). In plaats van zorg in natura werd in deze experimenten aan mensen met een indicatie voor meer dan drie maanden thuiszorg, een budget toegekend waarmee ze zelf bij instellingen

voor gezinsverzorging en kruiswerk, of elders, hulp kunnen inkopen. In de experimentele gebieden bleek 45% van de cliënten te kiezen voor het persoonsgebonden budget. In het algemeen waren cliënten er zeer tevreden over omdat men meer invloed heeft op de aard en de opzet van de hulp. Dit was voor het ITS reden aan te bevelen om de mogelijkheid te openen voor toekenning aan thuiszorgcliënten van een budget als gelijkwaardig alternatief voor langdurige verpleging en verzorging in natura (Ziekenfondsraad, 1995a). Op basis daarvan adviseerde de Ziekenfondsraad om gedurende twee jaar het persoonsgebonden budget bij wijze van subsidieregeling in te voeren (Ziekenfondsraad, 1995a). De Ziekenfondsraad heeft met deze beperking van de termijn tot twee jaar een slag om de arm gehouden, omdat naar haar mening de gevolgen van invoering van een persoonsgebondenbudget, met name voor de werkgelegenheid en kwaliteit van zorg, niet goed waren te overzien.

#### Knip in de thuiszorg

De invoering van de knip in de thuiszorg betreft de overheveling van 'kortdurende thuiszorg' van het eerste compartiment (AWBZ) naar het tweede. Doel van deze overheveling is het stimuleren van substitutie van ziekenhuiszorg naar thuiszorg en het faciliteren van transmurale zorg. De knip moet verzekeraars, samen met de voorgenomen flexibilisering van de Ziekenfondswet en de reeds ingezette budgettering, een instrument bieden om de doelmatigheid te bevorderen. Een bijkomend doel van de knip is te voorkomen dat ziekenhuis-geïndiceerde patiënten worden afgewenteld op de AWBZ. Per 1 januari 1997 zal een eerste stap worden gezet door alle thuiszorg die na een ziekenhuisopname wordt geboden en daarmee verband houdt over te hevelen naar het tweede compartiment. Binnen dit tweede compartiment zal de thuiszorg verder worden uitgebouwd door substitutie binnen de financiële kaders van het tweede compartiment (VWS, 28 mei 1996). Voor de thuiszorg uit het tweede compartiment zal de eigen bijdrage regeling worden geharmoniseerd met de voorgenomen eigen bijdrage regeling Ziekenfondswet. De eigen bijdrage voor de kortdurende thuiszorg zal in dat geval fl. 8 per dag gaan bedragen, analoog aan de voorgestelde eigen bijdrage voor een ligdag in het ziekenhuis. Daarnaast dient de patiënt de normale contributie te betalen, die toegang geeft tot de aanspraak thuiszorg.

Aan de duur van de 'kortdurende thuiszorg' wordt een maximale termijn verbonden van één jaar, die ook geldt voor ziekenhuisverpleging en -verzorging voordat een patiënt doorstroomt naar de AWBZ. De subsidieregeling aanvullende intensieve thuiszorg zal worden opgeheven en het deel van het budget dat verbonden is aan aanvullende thuiszorg bij een opnemingsindicatie voor een ziekenhuis zal worden ondergebracht in de verstrekking 'kortdurende thuiszorg'.

#### Signaleringen

##### Instellingsbudgetten

De LVT signaleert twee knelpunten met betrekking tot de instellingsbudgetten. In de eerste plaats is tussen 1991 en 1996 de groei van het macrobudget voor de instellingsbudgetten in 'guldens' (fl. 451 mln) achtergebleven bij de groei die op basis van nominale ontwikkelingen nodig zou zijn geweest (fl. 492 mln). De facto heeft dat geleid tot een volume-afname bij de erkende instellingen van fl. 41 mln (bron: interview LVT, brief LVT d.d. 23 april 1996). Daar tegenover staat dat de benodigde volumegroei in de thuiszorg volgens de LVT 4% per jaar bedraagt. Dit verklaart de spanning die ontstaan is tussen vraag en aanbod in de thuiszorg.

In de tweede plaats zijn de instellingsbudgetten zowel van de gezinsverzorging als het kruiswerk aan mutaties onderhevig. In de gezinsverzorging worden de verdeelcriteria



voor instellingsbudgetten geobjectiveerd, mede op basis van een nieuwe huishoudensprognose. Er vindt een verevening plaats waarbij instellingen die volgens de nieuwe criteria teveel budget ontvangen moeten inleveren. Het afroompercentage bedraagt maximaal 3% per jaar en wordt over meerdere jaren uitgesmeerd (VWS, 15 april 1996). Deze verandering van de verdeelsystematiek moet ertoe leiden dat er meer middelen beschikbaar komen in verstedelijkte gebieden, ten koste van plattelandsgebieden. Dat leidt tot problemen bij die instellingen die met een krimpend budget worden geconfronteerd (bron: interview LVT). In 1996 worden 39 instellingen met een daling van het budget geconfronteerd; 51 instellingen met een stijgend budget (VWS, 15 april 1996).

Kruisorganisaties hebben te maken met een afbouw van de budgetgarantie en een korting op het budget ten behoeve van het persoonsgebonden budget. Deze wordt afgebouwd om de overgang naar meer marktwerking budgettair neutraal te doen verlopen. Op 1 januari 1996 is de eerste fase hiervan ingegaan door een afbouw van 5% op de instellingsbudgetten voor verpleging en verzorging. Het was aanvankelijk de bedoeling dat in vijf jaar tijd de budgetgarantie met 35% zou zijn verminderd. De vrijgekomen middelen zijn bestemd voor de financiering van nieuw erkende, particuliere instellingen en voor aanvullende produktieafspraken. Langs deze weg kunnen reguliere instellingen een deel van het afgebouwde budget weer binnenhalen. De LVT verwacht echter dat dit slechts in beperkte mate mogelijk is, omdat een deel van het geld naar particuliere thuiszorgorganisaties gaat en een ander deel -via het persoonsgebonden budget- terecht komt bij nieuwe cliëntencategorieën die niet behoren tot de doelgroep van de reguliere thuiszorg (bron: interview LVT, brief LVT d.d. 23 april 1996). Voor wat betreft het persoonsgebonden budget was uit het onderzoek van het ITS al gebleken dat de reguliere thuiszorginstellingen arbeidsplaatsen zouden kwijtraken doordat cliënten elders, bijvoorbeeld bij particuliere organisaties zorg gaan inkopen (Miltenburg e.a., 1993). Het ITS concludeerde daarom dat een strakke indicatiestelling nodig is om een mogelijk aanzuigende werking van de regeling in te dammen. Zelfs met een strenge indicatiestelling zou het persoonsgebonden budget echter een behoorlijk aanzuigende werking kunnen hebben. Uit tabel 4.3 bleek dat van personen die ernstige belemmeringen ervaren bij dagelijkse handelingen 68% hulp ontvangt uit niet-collectief gefinancierde bronnen. Van personen met ernstige belemmeringen gebruikt een minderheid van slechts 23% hulp uit collectief gefinancierde bronnen, bijvoorbeeld reguliere thuiszorg. Dit lijkt erop te wijzen dat er een groot aantal potentiële gebruikers van een persoonsgebonden budget is, die nu nog geen gebruik maken van collectief gefinancierde zorg, maar die -wanneer zij zich aanmelden voor een persoonsgebonden budget- in de toekomst wel collectief gefinancierde zorg gebruiken.

#### Arbeidsmarkt

De verschillende budgettaire verschuivingen leiden bij sommige instellingen tot financiële problemen, soms zelfs resulterend in ontslagen. Het ministerie merkt op dat tegenover deze ontslagen bij de ene instelling, nieuwe banen staan bij andere instellingen (VWS, 15 april 1996). De LVT wijst er echter op dat de ontslagen werknemers niet noodzakelijk degenen zijn die de vacatures elders opvullen. Met name in de gezinsverzorging geldt dat de mensen die op het platteland worden ontslagen, over het algemeen niet dezelfde zijn als zij die in de stad aan de slag kunnen. In verband met financiële problemen waarin veel instellingen verkeren bij een groeiende vraag naar thuiszorg, heeft de staatssecretaris inmiddels toegezegd de afbouw van het gegarandeerde budget per 1 januari 1997 met een jaar te vertragen.

Overigens noemt juist NTN, als particuliere organisatie, de krapte op arbeidsmarkt voor verplegend en verzorgend personeel als een belangrijk knelpunt. Naarmate de zorgvraag verder toeneemt, wordt het steeds belangrijker te investeren in een goede opleiding, scholing en herscholing van zorgverleners (bron: interview NTN).

#### Indicatiestelling

De indicatiestelling staat behalve in het kader van het persoonsgebonden budget ook in een breder kader ter discussie. Zo vraagt het samengaan van kruiswerk en gezinszorg bijvoorbeeld om een gelijktijdige integratie van de indicatiestelling. Zorgverzekeraars Nederland (1995) vatten de knelpunten voor wat betreft de wijkverpleging en gezinsverzorging samen vanuit de visie van verzekeraars. Hoewel bij de gezinsverzorging de indicatiestelling en uitvoering gescheiden zijn (in tegenstelling tot de normale gang van zaken in de wijkverpleging) werkt in deze sector en in de wijkverpleging de budgettaire situatie van de instelling door in de indicatiestelling. Door de ondoorzichtigheid van de gehanteerde methoden kunnen zorgverzekeraars hun controlerende taak met betrekking tot de zorgtoewijzing niet adequaat uitoefenen. Omdat indicatiestelling niet centraal plaatsvindt, is er weinig afstemming van inhoudelijke werkzaamheden tussen de verschillende sectoren. Dit leidt tot doublures in de uitvoering. Bij de indicatiestelling is het aanbod van de instelling vaak maatgevend in plaats van dat de zorgbehoefte van de cliënt als uitgangspunt wordt genomen. Informatie over de werkelijke behoefte aan zorg ontbreekt, vooral in de sectoren gezinszorg en individueel gerichte wijkverpleging (Zorgverzekeraars Nederland, 1995, p. 7-8). Zorgverzekeraars Nederland bepleit een centrale, onafhankelijke indicatiestelling, tenminste voor wat betreft complexe hulpvragen.

Ook de minister en staatssecretaris van VWS achten het wenselijk te komen tot een geïntegreerde indicatiestelling, waarbij sprake is van objectiviteit en onafhankelijkheid. Zij stellen derhalve voor om per 1 januari 1997 de thuiszorg onder de regie van het gemeentelijk indicatie-orgaan te brengen. Dit orgaan is nu reeds belast met de indicatiestelling voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Als resultaat van overleg met de Tweede Kamer zal de gemeentelijke indicatiestelling voor thuiszorg zowel voor complexe als voor eenvoudige hulpvragen gaan gelden (VWS, 15 april 1996), hoewel vraagtekens kunnen worden gesteld bij de doelmatigheid van het onderbrengen van enkelvoudige hulpvragen bij een centraal loket voor de indicatiestelling (verg. Zorgverzekeraars Nederland, 1995, p. 18).

#### Discrepantie tussen vraag en aanbod.

De spanning tussen vraag en aanbod die door de LVT wordt geconstateerd, resulteert in een toename van de wachtlijsten voor thuiszorg. De problemen bestaan volgens de LVT eerder bij de gezinsverzorging dan bij de wijkverpleging. Wachtlijsten zijn volgens de LVT niet de enige en zeker niet de eerste methode waarnaar directeurs van instellingen grijpen wanneer de vraag sneller groeit dan het aanbod. Andere middelen zijn: het rantsoeneren van de zorg (de 'kaasschaafmethode'), het verhogen van de doelmatigheid en interne substitutie (onder meer van traditionele gezinsverzorging naar alphahulpen) (bron: interview LVT).

De LVT heeft recent een spoedonderzoek ingesteld naar het bestaan van wachtlijsten in de gezinsverzorging. Aan dit onderzoek hebben 88 van de 101 benaderde lidinstellingen van de LVT meegewerkt (respons 87%). Daaruit bleek dat in totaal 10.600 mensen op een wachtlijst staan, die samen geïndiceerd zijn voor bijna 39.000 uur per week. De gemiddelde wachttijd bedraagt 7 weken, variërend van 1 tot 52 weken. Wachtlijsten werden gemeld in 45 instellingen; 83% van de instellingen zei de zorg te rantsoeneren (Van 't Hoff, 9 juni 1996). De problemen in de thuiszorg overziend, heeft

de staatssecretaris toegezegd eenmalig fl. 30 mln extra ter beschikking te stellen om de ergste nood in de thuiszorg te lenigen.

Hoewel recente productiecijfers niet beschikbaar zijn, blijkt uit de in dit hoofdstuk gepresenteerde tabellen reeds dat de doelmatigheid in de thuiszorg in 1994 is toegenomen ten opzichte van het jaar daarvoor. Het totaal aantal FTE verplegenden en verzorgenden nam tussen 1993 en 1994 licht af, maar het aantal uren hulpverlening steeg met 1,4% (van 53,4 naar 54,1 mln uren; zie tabel 4.1). Overigens nam het aantal cliënten sterker toe dan het aantal uren hulpverlening (zie tabel 4.1). Dat zou erop kunnen duiden dat reeds in 1994 in sommige instellingen de 'kaasschaaf' werd gehanteerd. Het bestaan van wachtlijsten bij de reguliere thuiszorgorganisatie wordt ook gesignaleerd door de particuliere thuiszorgorganisatie NTN. Volgens NTN betreft het daarbij wachtlijsten voor eenvoudige wijkverpleging (bron: interview NTN).

#### Informatievoorziening particuliere bureaus

Door de opkomst van de particuliere thuiszorgorganisaties is de informatievoorziening in de thuiszorg er niet eenvoudiger op geworden. De reguliere thuiszorgorganisaties verliezen terrein ten gunste van particuliere bureaus. Over het aantal verplegenden en verzorgenden dat voor deze organisaties werkt, het aantal cliënten dat door deze organisaties wordt bediend, de kwaliteitssystemen die door de particuliere bureaus al dan niet worden gehanteerd en dergelijke, ontbreekt echter zelfs de meest basale informatie. Het ontbreken van inzicht in het functioneren van particuliere thuiszorgorganisatie heeft voor de particuliere aanbieders zelf als nadeel dat 'goede' en 'slechte' bureaus gemakkelijk over één kam geschoren worden.

De ABVAKABO verzamelt informatie over particuliere bureaus en schat dat er inmiddels honderden gevestigd zijn (Huybregts, 1996). De particuliere bureaus beschikken in tegenstelling tot de reguliere thuiszorg nog niet over een koepelorganisatie waarbinnen informatie over de cliënten en over het functioneren van de organisaties kan worden verzameld en die als aanspreekpunt kan dienen. Ook NTN gaf aan het als een belangrijk knelpunt te ervaren, dat men noch voor de LVT, noch voor de vakbonden waarmee CAO-onderhandelingen plaatsvinden, als een serieuze gesprekspartner geldt (bron: interview NTN).

#### Opleiding

Het LCVV is van mening dat er in de verpleegkundige zorg meer onderscheid dient te komen in de werkzaamheden van HBO- en MBO-verpleegkundigen; een onderscheid dat tot uitdrukking moet komen in het curriculum. Volgens het LCVV leidt dat tot een verduidelijking van de identiteit en het domein van de verschillend opgeleide verpleegkundigen. In de optiek van het LCVV is de beroepsbeoefenaar op HBO-niveau een coördinator van zorg die de eindverantwoordelijkheid draagt voor individuele en groepen zorgvragers in alle fasen van het primaire zorgproces. Daarnaast is de HBO-er uitvoerder van zorg in intensieve situaties (LCVV-standpunt Goed Onderwijs, februari 1996). In de huidige verpleegkundige praktijk is dit onderscheid er niet en functioneren HBO-ers en MBO-ers beiden in uitvoerende zin. Evenmin worden in (de uitwerking van) de Wet Big bepaalde verpleegkundige handelingen specifiek voorbehouden aan het HBO-niveau (bron: interview LCVV).

## 4.7 Onderlinge relaties in sector Verpleging & Verzorging

In een paragraaf over de onderlinge relaties in de sector Verpleging en Verzorging zou men wellicht informatie verwachten over de relaties tussen verpleeghuizen, verzor-

gingstehuizen en thuiszorg. Zoals in hoofdstuk 1 al werd aangegeven kunnen capaciteitsproblemen in de verpleeghuizen en bejaardenoorden leiden tot verkeerde bedproblematiek en een groter beroep op de thuiszorg. Ondanks de grote verwevenheid van deze sectoren met de curatieve somatische zorg behoren bejaardenoorden en verpleeghuizen echter niet tot het domein van deze branchestudie zoals dat in hoofdstuk 1 werd afgebakend.

Tot de 'onderlinge relaties' in de verpleging en verzorging kan wél de integratie kruiswerk en gezinszorg worden gerekend, die reeds uitgebreid beschreven is. Eén van de doelen van de integratie van kruiswerk en gezinszorg was het verhogen van de efficiëntie van de thuiszorg door de juiste deskundigheid op de juiste plaats in te zetten en door de aanwezige overlap in taken van de extramurale verpleging en gezinsverzorging te reduceren. Onder meer het toepassen van functiedifferentiatie in de thuiszorg moet dit mogelijk maken. Functiedifferentiatie is daarnaast gewenst om de arbeidssatisfactie van met name wijkverpleegkundigen te verhogen (Jansen & Kerkstra, 1993).

Niet alleen binnen de thuiszorg vervagen de grenzen tussen de traditionele zorgvormen. Er is ook sprake van het doorbreken van de grenzen tussen eerste en tweede lijn. In de verpleging kunnen drie grondvormen van transmurale zorg worden onderkend (verg. Francke, 1996):

- (1) Transmurale zorg verleend door de eerste en tweede lijn gezamenlijk (zorg gericht op cliënten in een thuissetting met behoefte aan zorg die door intra- en extramurale instellingen tezamen wordt verleend)
- (2) Transmurale zorg door de eerste lijn met ondersteuning uit de tweede lijn (de eerste lijn neemt de meeste directe zorgtaken voor haar rekening, terwijl de tweede lijn een ondersteunende functie heeft)
- (3) Transmurale zorg rond opname en ontslag in een instelling, geleverd door de eerste lijn (zorg gericht op cliënten die binnenkort ontslagen worden of recent zijn ontslagen uit een intramurale setting en die behoefte hebben aan eerstelijnszorg).

Naast deze drie vormen van transmurale zorg bestaat nog de ziekenhuisverplaatste zorg: zorg verleend door de tweede lijn, gericht op cliënten met een specialistische zorgvraag die tot voor kort zouden zijn opgenomen in een intramurale instelling.

Door de knip in de thuiszorg in te voeren, wordt het financieringsschot tussen ziekenhuis en thuiszorg weggehaald. Daarvan kan een extra stimulans uitgaan op transmurale zorg (bron: interview LVT).

## 5 PARAMEDISCHE ZORG

### 5.1 Paramedische beroepen: wettelijk en financieel kader

#### 5.1.1 Regulering, financiering en verzekering

In het onderhavige hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de sector paramedische zorg. Tot deze sector behoren de volgende tien beroepsgroepen: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, mondhygiëne, oefentherapie-Cesar, oefentherapie-Mensendieck, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten.

Het wettelijk kader voor de paramedische beroepen wordt gevormd door de Wet op de Paramedische Beroepen. Dit is een kaderwet, waarin alle paramedische beroepen bij besluit zijn erkend en geregeld. In de besluiten zijn bepalingen opgenomen over de bevoegdheden en werkzaamheden, de opleidingseisen en de instelling van permanente adviesorganen. Een van de gemeenschappelijke elementen in deze besluiten is dat de beroepsbeoefenaar handelt op schriftelijke verwijzing van een praktizerend arts of tandarts. De verplichte verwijzing geldt voor de diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut-Cesar, oefentherapeut-Mensendieck, orthoptist en podotherapeut. Bij radiologisch laboranten is geen sprake van een schriftelijke verwijzing. Radiologisch laboranten werken onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Hier is dus sprake van een nauwere samenwerkingsrelatie met artsen.

Met het van kracht worden van de wet BIG (naar verwachting eind 1997, zie hoofdstuk 1) zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen worden vervangen door het regelingskader van de nieuwe wet. De beroepen kunnen worden geregeld bij wet of bij Algemene Maatregel van Bestuur. Voor de paramedische beroepen geldt dat alleen de fysiotherapie bij de wet wordt geregeld. Een van de belangrijkste kenmerken van deze regeling is dat voor de fysiotherapie een register wordt ingesteld door de rijksoverheid. Fysiotherapeuten kunnen zich laten inschrijven in dit register als aan de wettelijke opleidingseisen die voor dit beroep gelden is voldaan en er voor inschrijving geen weigeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Als men in het register is ingeschreven heeft men het recht om de beschermde titel 'fysiotherapeut' te voeren. Voor de registratie moeten de beroepsbeoefenaren een verzoek tot inschrijving indienen. De beroepsbeoefenaren die daarvoor in aanmerking komen krijgen een eigen bevoegdheid om voorbehouden handelingen te verrichten. Fysiotherapeuten behoren tot de niet-zelfstandig bevoegden en mogen slechts in opdracht van zelfstandig bevoegden de voorbehouden handelingen verrichten. De opdrachtgever moet daarbij toezicht houden op de uitvoering.

Beroepen die niet bij wet geregeld worden, maar waarvoor toch een wettelijke regeling noodzakelijk wordt geacht, worden geregeld bij Algemene Maatregel van Bestuur. Alle paramedische beroepen, met uitzondering van de fysiotherapie, zullen naar verwachting onder deze regeling gaan vallen. Ten aanzien van de beroepen die bij Algemene Maatregel van Bestuur zullen worden geregeld, wordt een minder uitgebreide regeling getroffen dan bij de beroepen die bij wet zijn geregeld. Zo wordt voor deze beroepen geen register ingesteld van overheidswege. De betreffende paramedische beroepsorganisaties hebben wel plannen om dit zelf te gaan doen. Wel wordt de opleiding voor deze beroepen wettelijk aangewezen.

De financiering van de paramedische zorg vertoont een divers beeld, afhankelijk van

beroep en werkveld. Informatie over de financiering van de zorg is met name beschikbaar voor die paramedische zorg die onder de Ziekenfondswet valt. Dit betreft fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en sinds kort ergotherapie. Voor deze wettelijk verzekerde zorg zijn door het COTG tarieven vastgesteld. De financiering van de overige paramedici is onderhevig aan een grote mate van diversiteit. Hetzelfde geldt voor de diverse zorgsectoren waarin paramedici werkzaam zijn: de beschikbare informatie heeft vooral betrekking op de extramurale zorg; de intramurale zorg is minder inzichtelijk. Naast vergoedingen door het ziekenfonds en de particuliere ziektekostenverzekeraars wordt de paramedische zorg gefinancierd vanuit de AWBZ, de overheid en het kruiswerk. De salarissen van de in dienstverband werkzame paramedici worden gefinancierd vanuit het instellingsbudget en volgen de voor de betreffende instelling of sector geldende richtlijnen.

#### *Financiering van fysiotherapeutische zorg*

In 1991 is de honorering van fysiotherapeuten veranderd. Tot 1 april 1991 was de honorering voor zowel ziekenfondspatiënten als particulier verzekerde patiënten gebaseerd op een vergoeding per verrichting. De toegepaste behandelvormen werden apart vergoed (met daarin voor de ziekenfondspatiënt bepaalde beperkingen). Per 1 april 1991 veranderde de honorering voor ziekenfondspatiënten van een tarief per verrichting naar een tarief per zitting. Tegelijkertijd werd het produktievolume (in aantal zittingen) bevroren. Deze veranderingen betroffen uitsluitend de ziekenfondspatiënten, niet de particulier verzekerde patiënten.

De tarieven per zitting per patiënt voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden zijn weergegeven in tabel 5.1. De basisbedragen voor reguliere zittingen (f32,95/f27,25) en voor zittingen kindfysiotherapie/manuele therapie (f49,40/f40,90) kunnen nog verhoogd worden met een toeslag indien de fysiotherapeut de patiënt thuis bezoekt (f16,45 voor de eerste 2.603 zittingen, f13,70 voor de 2.604e zitting en volgende zittingen). De tarieven voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden, niet vallend onder de AWBZ, zijn weergegeven in tabel 5.2. Ook de tarieven voor deze verrichtingen kunnen worden verhoogd met een toeslag voor uitbehandelingen.

Met ingang van 1 januari 1996 zijn de aanspraken op fysiotherapie in de Ziekenfondswet en WTZ (Wet toegang ziektekosten verzekeringen) beperkt. De maatregel moet in 1996 leiden tot een vermindering van de kosten voor (extramurale) fysiotherapie. Deze beperking heeft tot gevolg dat elke verzekerde, indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de arts, recht heeft op maximaal 9 zittingen fysiotherapie per indicatie per jaar. Indien de verzekerde een aandoening heeft waarvoor langdurige fysiotherapie noodzakelijk is, blijktens de medische diagnose, dan ontstaat het recht op het noodzakelijke aantal zittingen per jaar per indicatie, indien daartoe schriftelijk toestemming is verleend door de verzekeraar. Voor deze aandoeningen is een lijst met indicaties samengesteld waarvoor langdurige fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck is aangewezen.

Tabel 5.1 De tarieven per zitting per patiënt voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 april 1995

De tarieven per zitting per patiënt	Tarieven
1. In geval de patiënt de praktijkruimte van de fysiotherapeut bezoekt:	
Basisbedrag reguliere zittingen	
a. voor de eerste 2.603 zittingen	f 32,95
b. voor de 2.604e reguliere zittingen en volgende zittingen	f 27,25
Onder voorwaarden* basisbedrag zitting kinderfysiotherapie/manuele therapie	
c. voor de eerste 2.603 zittingen	f 49,40
d. voor de 2.604e zittingen en volgende zittingen	f 40,90
* Het aparte tarief voor kinderfysiotherapie en manuele therapie kan alleen in rekening worden gebracht bij een gerichte verwijzing en als daarvoor een aparte overeenkomst met de desbetreffende ziektekostenverzekeraar is gesloten. In alle andere situaties geldt voor kinderfysiotherapie en manuele therapie het reguliere zittingentarief.	

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1995.

Tabel 5.2 De tarieven per zitting per patiënt voor fysiotherapeutische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 10 juli 1995.

	Tarief met ingang van 10 juli 1995
Voor de verrichting	
- massage en/of oefen therapie	f 22,50
- kinderfysiotherapie	f 40,55
- manuele therapie	f 40,55
- laagfrequente electrotherapie	f 12,40

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1995.

#### *Financiering ergotherapie*

Ergotherapie wordt - op een aantal uitzonderingen na - vergoed als de behandeling geïntegreerd is in andere verstrekkingen, in het kader van een geïntegreerd behandelplan. De integratie kan gerealiseerd zijn in klinische zorg of niet-klinische zorg (dagbehandeling). Als enkelvoudige verstrekking kan ergotherapie intramuraal in revalidatiecentra vergoed worden. Verder is er een groeiend aantal projecten - met name in verpleeghuizen - waarin enkelvoudige ergotherapie in het kader van consultatie en substitutie geleverd wordt. Enkele verzekeraars zijn inmiddels bereid ergotherapie te vergoeden. Financiering vindt tenslotte ook plaats uit eigen middelen van het kruiswerk (Driessen & Dekker, 1994). Behandeling door de ergotherapeut in de thuissituatie vindt slechts incidenteel plaats. De doelmatigheid van de zorg zal echter bevorderd kunnen worden als de ergotherapie als zelfstandige verstrekking in het ziekenfondspakket wordt opgenomen. Om dit mogelijk te maken is vanaf 1996 een subsidieregeling ingesteld voor financiering van de enkelvoudige ergotherapie. Vanaf 1998 zal de enkelvoudige ergotherapie als zelfstandige verstrekking in het wettelijke verzekeringspakket worden opgenomen (FOZ 1996).

#### *Financiering logopedie*

De logopedische hulp wordt op verschillende manieren gefinancierd. Dit is afhankelijk van de sector waarin de zorg wordt verstrekt. Logopedie in de sector gezondheidszorg

wordt vergoed door de zorgverzekeraars, ondermeer via de AWBZ-gelden (bijvoorbeeld in verpleeghuizen). Logopedie in basisgezondheidsdiensten en logopedische diensten wordt vergoed door de lagere overheden. Tenslotte wordt de logopedie in het (voortgezet) speciaal onderwijs betaald door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen (Raaijmakers & Dekker, 1995).

Logopedie is als verstrekking opgenomen in het ziekenfondspakket. Het inkomen van logopedisten volgt de richtlijnen van de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

De tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden zijn weergegeven in tabel 5.3. De tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden staan weergegeven in tabel 5.4.

Tabel 5.3 Tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van ziekenfondsverzekerden (met ingang van 1 januari 1995)

Omschrijving	Tarief	Tijdelijke toeslag tot 1 januari 1996
- per behandeling ten huize van de logopedist(e)	f 37,30	f 0,05
- per behandeling ten huize van de patiënt(e)	f 61,65	f 0,60
- per eenmalig specifiek logopedisch onderzoek (op medische indicatie) zonder dat behandeling volgt	f 74,60	f 0,10
- voor groepsbehandeling per patiënt(e)*	f 18,65	f 0,05

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1995.

Tabel 5.4 Tarieven voor logopedische hulp ten behoeve van niet-ziekenfondsverzekerden (met ingang van 1 januari 1995)

Omschrijving	Tarief	Tijdelijke toeslag tot 1 januari 1996
- per behandeling ten huize van de logopedist(e)	f 37,15	f 0,15
- per behandeling ten huize van de patiënt(e) <sup>1</sup>	f 61,45	f 0,70
- per eenmalig specifiek logopedisch onderzoek (op medische indicatie) zonder dat behandeling volgt	f 74,30	f 0,30
- voor groepsbehandeling per patiënt(e) <sup>2</sup>	f 18,60	f 0,05

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1995.

#### *Financiering oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck*

In 1974 zijn de oefentherapie-Cesar en de oefentherapie-Mensendieck opgenomen in het verzekeringspakket van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. In vrijgevestigde praktijken worden oefentherapeuten betaald door het ziekenfonds, nadat voor behandeling van de patiënt een machtiging verkregen is. Particulier verzekerde patiënten betalen de oefentherapie eerst zelf en krijgen vervolgens behandeling vergoed door de ziektekostenverzekeraar (uiteraard afhankelijk van eigen risico). In ziekenhuizen en instellingen vormen de kosten van behandeling door de oefentherapeut onderdeel van de kosten per opnamedag. De oefentherapeuten zijn in dienst van de instelling.

De tarieven voor oefentherapie staan vermeld in tabel 5.5. De tarieven gelden voor beide soorten, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck.



Tabel 5.5 De maximaal door oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck in rekening te brengen tarieven voor prestaties verricht ten behoeve van ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden met ingang van 1 januari 1996

Omschrijving	Tarief	+ Tijdelijke toeslag tot 1 januari 1997
Per behandeling 'ten huize' van de oefentherapeut(e) op zijn/haar praktijkadres	f 34,95	f 0,05
Per behandeling 'ten huize' van de patiënt(e) of in een inrichting waar de patiënt(e) verblijft	f 58,35	f 0,30

Bron: Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, 1996.

De beperkende maatregel die per 1 januari 1996 is ingevoerd voor de fysiotherapie is eveneens van toepassing op oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Deze maatregel moet in 1996 leiden tot een vermindering van de kosten van deze zorg in de ZFW-sector. De beperking heeft voornamelijk betrekking op het aantal zittingen dat wordt vergoed: elke verzekerde heeft vanaf 1 januari 1996, indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist, recht op maximaal 9 zittingen oefentherapie per indicatie per jaar. De verzekerde heeft recht op nog eens maximaal 9 zittingen oefentherapie indien daartoe voorafgaand schriftelijke toestemming is verkregen van de verzekeraar. Deze laatstgenoemde mogelijkheid geldt alleen voor oefentherapie en daarmee dus niet voor fysiotherapie. De verzekerde heeft recht op het noodzakelijk aantal zittingen fysiotherapie of oefentherapie per jaar indien er sprake is van een chronische aandoening die is opgenomen in de lijst 'indicaties langdurige fysiotherapie en oefentherapie', indien daartoe voorafgaand schriftelijk toestemming is verkregen van de verzekeraar.

#### *Financiering diëtetiek*

De financiering van de diëtistische zorg is op verschillende wijzen geregeld. Buiten de groep vrijgevestigde diëtisten kan worden vastgesteld dat de financiering van de door diëtisten te vervullen arbeidsplaatsen afhankelijk is van de sector waarin men werkt. Bij de kruisverenigingen wordt diëtetiek indirect gefinancierd via de AWBZ. Het betreft hier een minimaal pakket. Aanvullende benodigde diëtistische zorg wordt gefinancierd via de contributie van de leden van de kruisvereniging. Indien een patiënt in aanmerking wil komen voor diëtistische hulp via het kruiswerk, dan moet deze patiënt lid zijn van de kruisvereniging. Intramuraal werkende diëtisten volgen wat hun salaris betreft de CAO voor het ziekenhuiswezen. Het aantal diëtisten dat een ziekenhuis in dienst kan nemen hangt af van het aantal bedden van de instelling, volgens de normen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Deze norm bedroeg één diëtist op 200 bedden, waarbij de instelling voor poliklinische activiteiten geen vergoeding ontving. Het is de ziekenhuizen nu echter vrij om van deze norm af te wijken. Dit heeft tot gevolg dat de zorg in de poliklinieken vaak wordt teruggebracht tot een minimum. Hetzelfde geldt voor de aanstelling van diëtisten in verpleeghuizen. Binnen de genoemde instellingen wordt de zorg vanuit het instellingsbudget gefinancierd en maakt de diëtistische hulp dus deel uit van een totaal pakket van verstrekkingen. Diëtisten werkzaam in de overige sectoren, zoals bij ministeries en particuliere organisaties, worden betaald uit de budgetten van die betreffende instellingen en volgen de daar geldende salarisschalen. Voor vrijgevestigde diëtisten hanteert de Nederlandse Vereniging van Diëtis-

ten (NVD) adviestarieven en norminkomens. De vrijgevestigde diëtist wordt betaald door de patiënt zelf. De kosten voor de patiënt worden in een enkel geval vergoed door een particuliere verzekering. De meerkosten van een dieet komen slechts in beperkte mate in aanmerking voor een vergoeding. Sinds 1 januari 1994 worden de meerkosten die het volgen van een dieet met zich meebrengt niet langer vergoed krachtens de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). Slechts een beperkt aantal dieetpreparaten wordt nu nog vergoed via de zorgverzekeraar vanuit de AWBZ en alleen bij de in de regeling omschreven indicaties (Nederlandse Vereniging van Diëtisten, 1994).

Sinds 1 januari 1996 worden dieetpreparaten ook niet meer via de AWBZ vergoed. Vergoeding vindt nu plaats via de Ziekenfondswet en voor particulier verzekerden via hun standaardpakket-polis.

#### *Financiering overige paramedische beroepen*

Wat de financiering van de mondhygiënistische zorg betreft, dient een onderscheid te worden gemaakt in mondhygiënisten werkzaam in loondienst en vrijgevestigde mondhygiënisten. Mondhygiënisten werkzaam in loondienst declareren niet zelf; de werkgever stuurt een rekening aan de patiënt of declareert bij het ziekenfonds. Vrijgevestigde mondhygiënisten sturen hun rekening aan de patiënt, die - afhankelijk van zijn verzekering - (gedeeltelijke) restitutie van de ziektekostenverzekeraar ontvangt. De ziekenfondsen hebben in hun aanvullende tandheelkundige polissen vergoeding van de behandeling door de vrijgevestigde mondhygiënist niet opgenomen. Particuliere ziektekostenverzekeraars vergoeden in toenemende mate nota's die zijn uitgeschreven door een mondhygiënist.

Orthoptische hulp wordt door het ziekenfonds en de meeste particuliere verzekeraars volledig vergoed. De orthoptist heeft geen eigen declaratierecht; als regel declareert de oogarts de verrichtingen van de orthoptist. Hiervoor zijn tarieven vastgesteld, maar deze worden dus niet door de orthoptist zelf in rekening gebracht.

Podotherapie is niet opgenomen in het regulier verzekeringspakket van ziekenfondsen. Wel kan voor bepaalde categorieën patiënten (bijvoorbeeld reuma- of diabetespatiënten) op grond van aanvullende regelingen een vergoeding gegeven worden. De vergoeding door particuliere ziektekostenverzekeraars is veel ruimer. In ziekenhuizen en andere instellingen werken podotherapeuten in dienstverband of in een eigen praktijk (Zuijderduin & Dekker, 1994b).

De radiodiagnostisch laborant heeft een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis of instituut waar hij/zij werkzaam is. Binnen de gezondheidszorg zijn radiodiagnostisch laboranten in twee hoofdgroepen te verdelen. De laborant kan als medewerker van een ziekenhuis of instelling werkzaam zijn en daarmee onder de CAO-ziekenhuiswezen vallen. Ten tweede kan de laborant werkzaam zijn als ambtenaar in academische ziekenhuizen of gemeenteziekenhuizen en daarom vallen onder respectievelijk de CAO voor academische ziekenhuizen en het RRAZ (Rechtspositie Reglement Academische Ziekenhuizen) of het gemeentereglement. Het salaris wordt bepaald door inschaling via het functiewaarderingssysteem van de CAO-ziekenhuiswezen of van het betreffende gemeentereglement of de amvb van het Bezoldigingsbesluit Rijksambtenaren.

De tarieven voor de radiodiagnostische onderzoeken worden voor zowel het honorarium van de medisch specialist (radiodiagnost), als voor de onkostenvergoeding voor het ziekenhuis of instelling gereguleerd door de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Het vaststellen van de tarieven, zowel voor ziekenfonds als particulier verzekerden, ge-

schiedt via het COTG (Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten, 1992a). De radiotherapeutisch laborant heeft een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis of instituut waar hij/zij werkzaam is. Binnen de gezondheidszorg zijn er in dit kader twee hoofdgroepen te onderscheiden. Evenals de radiodiagnostisch laborant, werkt ook de radiotherapeutisch laborant als ambtenaar of als werknemer van het ziekenhuis. De tarieven voor de radiotherapeutische behandelingen worden op dezelfde wijze geregeld als voor de radiodiagnostische onderzoeken, namelijk via het COTG (Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten, 1992b).

Gebruik en aanbod van een aantal van de paramedische beroepen worden afzonderlijk beschreven, te weten fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, oefentherapie en diëtetiek. De overige paramedici worden gezamenlijk behandeld. Voor een meer gedetailleerd overzicht over de totale sector paramedische zorg kan worden verwezen naar het Brancherapport Paramedische Zorg (Rijken e.a., 1996).

## 5.2 De fysiotherapeut

### 5.2.1 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

In 1994 heeft 13,7% van de Nederlandse bevolking contact met de fysiotherapeut gehad (tabel 5.6a). Hierbij zijn de contacten met de fysiotherapeut gedurende ziekenhuisopname niet meegeteld. Meer vrouwen (16,3%) dan mannen (11,1%) hebben contact gehad. Ook ziekenfondspatiënten zijn relatief vaker naar de fysiotherapeut geweest. In de leeftijdscategorie 45 tot 64 jarigen bevindt zich de grootste groep personen met contact. Het percentage personen met contact met de fysiotherapeut is tussen 1984 en 1994 met ruim 40% gestegen. Tussen 1981 en 1990 steeg het percentage personen met contact van 6,6% tot 14,3%. Vanaf 1991 is sprake van een stabilisatie rond 13,7%.

Tabel 5.6a Contact met de fysiotherapeut in 1 jaar naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
<i>Percentage personen met contact</i>					
Totaal	13,5	13,7	13,7		0,2
Mannen	12,1	11,8	11,1		-1,0
Vrouwen	14,9	15,5	16,3		1,4
Ziekenfonds	14,3	15,2	14,4		0,1
Particulier	12,6	11,5	12,8		0,2
<i>Leeftijd</i>					
0-19	4,8	4,7	4,8		0
20-44	14,5	14,5	13,6		-0,9
45-64	19,4	19,2	21,1		1,7
65+	17,5	18,8	18,1		0,6

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 95/5

Een prognose van het gebruik van zorg voor 1997 is alleen voor de fysiotherapie berekend. Voor de andere beroepsgroepen zijn geen gebruiksgegevens aanwezig op basis waarvan een demografische prognose gemaakt kan worden. In tabel 5.1b is een prognose gemaakt van het aantal personen met contact met de fysiotherapeut per 1 januari 1997. De groei in de hogere leeftijdscategorieën is het grootst, met 6,3% en 4,1% bij respectievelijk de 45 tot 64 jarigen en 65+ers. Het aantal personen van 20 tot en met 44 jaar met contact met de fysiotherapeut daalt licht. Tussen mannen en vrouwen treden in 1997 weinig verschillen in groei van het aantal contacten op, al is het aantal vrouwen met contact met de fysiotherapeut in beide jaren fors hoger. In totaal groeit het aantal personen met contact met de fysiotherapeut met bijna 32.000 personen, ofwel 1,5%.

Tabel 5.6b Prognose van het aantal personen met contact met de fysiotherapeut op 1 januari 1997 (x 1000, afgerond)

	1994	1997	Abs.groei 94-97	Procent.groei 94-97
Totaal	2.102	2.134	32	1,5
Mannen	842	855	13	1,6
Vrouwen	1.264	1.283	19	1,5
0-19 jaar	180	181	1	0,8
20-44	837	825	-13	-1,5
45-64	723	768	45	6,3
65+	363	378	15	4,1

In tabel 5.7 is het totaal aantal verrichtingen in de fysiotherapie aan ziekenfondsverzekerden af te lezen. Het absoluut aantal zittingen is tussen 1992 en 1994 2,3% gedaald, het absoluut aantal uitbehandelingen (buiten de praktijk van de fysiotherapeut) is met 6,3% gedaald.

Tabel 5.7 Totaal aantal verrichtingen in de fysiotherapie aan ziekenfondsverzekerden

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
<b>Aantal absoluut</b>					
Totaal zittingen	21.285.470	21.202.006	20.804.093	-481.377	-2,3
Totaal uitbehandelingen	2.998.825	2.973.593	2.811.224	-187.601	-6,3
<b>Aantal per 1000 verzekerden</b>					
Totaal zittingen	2.283,5	2.252,1	2.172,9	-110,6	-4,8
Totaal uitbehandelingen	321,7	315,9	293,6	-28,1	-8,7

Bron: Ziekenfondsraad 1995

In tabel 5.8 is een aantal fysiotherapeutische interventies weergegeven. Massage therapie wordt in 24% van het totaal van alle toegepaste interventies toegepast, gevolgd door fysische therapie en bewegingstherapie. In 65% van de behandelingen is ten minste één maal massage therapie toegepast. In 91,2% van de behandelingen zijn nog andere dan de genoemde interventies toegepast. Dit betreft met name onderzoek bij de patiënt.

Tabel 5.8 Toegepaste fysiotherapeutische interventies, relatief aandeel in totaal van interventies en het percentage van behandelingen waarin de interventie is toegepast (N=17.201)

Interventies	% in het totaal van alle toegepaste interventies	% van behandelingen waarin interventie is toegepast
Massage therapie	24,0	65,1
Manuele therapie	11,2	33,3
Bewegingstherapie	19,9	56,9
Fysische therapie	21,4	57,8
Instructie en advies	11,2	50,6
Totaal overige	12,3	91,2

Bron: Rijken e.a., 1996 (Van der Valk, Dekker & Boschman 1995 (BEEF))

### 5.2.2 Aanbod van zorg in cijfers

Het aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten is in de periode 1992-1994 licht gestegen met 2,8% tot 11.541 (tabel 5.9). Dit betreft fysiotherapeuten die niet werkzaam zijn in verpleeghuizen, revalidatiecentra en zwakzinnigeninrichtingen. Het percentage vrouwelijke extramuraal werkzame fysiotherapeuten is sterker toegenomen (3,6%) dan het percentage mannelijke (2,1%). Het totaal aantal gekwalificeerde fysiotherapeuten ligt uiteraard hoger dan het aantal extramuraal werkzamen. Een deel werkt immers intramuraal. Totaal zijn er in 1994 29.772 fysiotherapeuten geregistreerd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het aantal intramuraal werkzamen is geschat (1993) op 3.865 (Rijken e.a., 1996).

Het aantal FTE fysiotherapeuten verschilt wat de mannelijke fysiotherapeuten betreft weinig van het aantal werkzamen (1992:5860 FTE, 1994:5922 FTE). Het aantal FTE vrouwelijke fysiotherapeuten is echter veel lager dan het aantal werkzamen (1992:3475 FTE, 1994:3529 FTE). Hieruit blijkt dat vooral vrouwen in deeltijd werken.

Tabel 5.9 Aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten naar geslacht, per 31 december

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Mannen	5.840	-	5.965	125	2,1
Vrouwen	5.382	-	5.576	194	3,6
Totaal	11.222	(11.545)	11.541	319	2,8

Bron: RAZ 1995 (NIVEL 1995)

Uit tabel 5.10 blijkt dat de extramuraal werkzame fysiotherapeuten worden gekenmerkt door een jonge leeftijdsopbouw. Een kwart van de extramuraal werkzame fysiotherapeuten is tussen de 35 en 39 jaar. Opvallend is dat maar 10,5% van de werkzame fysiotherapeuten ouder is dan 50 jaar. Mannelijke fysiotherapeuten zijn relatief ouder dan vrouwelijke.

Tabel 5.10 Leeftijdsverdeling van (extramuraal) werkzame fysiotherapeuten naar geslacht, per 31 december 1994

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
< 30	424	7,1	946	16,7	1.370	11,7
30-34	962	16,0	1.188	20,9	2.150	18,4
35-39	1.580	26,3	1.364	24,0	2.944	25,2
40-44	1.416	23,6	1.022	18,0	2.438	20,9
45-49	957	15,9	603	10,6	1.560	13,4
50-54	392	6,5	338	6,0	730	6,2
55-59	165	2,7	136	2,4	301	2,6
60-64	73	1,2	47	0,8	120	1,0
65-69	14	0,2	16	0,3	30	0,3
> 69	24	0,4	17	0,3	41	0,4
Totaal	6.007	100,0	5.677	100,0	11.684	100,0

Bron: RAZ 1995 (NIVEL 1995)

Tussen 1992 en 1994 is het jaarlijks aantal fysiotherapeuten dat de opleiding voltooid heeft met 3,1% toegenomen (tabel 5.11). Het percentage vrouwen in deze groep is met 5% toegenomen tot 63%. In totaal kwamen in 1994 987 nieuwe fysiotherapeuten op de markt. Dat aanbod overtreft ruimschoots de verwachte uitstroom uit het beroep op basis van de leeftijdsverdeling van de (extramuraal) werkzame fysiotherapeuten. In tabel 5.10 is immers te zien dat in 1994 slechts 492 fysiotherapeuten ouder dan 55 jaar waren.

Tabel 5.11 Aantal fysiotherapeuten die de opleiding voltooid hebben

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Totaal	957	940	987	30	
waarvan % vrouw	58	61	63	3,1	

Bron: RAZ 1995

### 5.2.3 Afstemming van het aanbod op de vraag

Het aantal inwoners per werkzame fysiotherapeut is tussen 1992 en 1994 met 1,6% afgenomen (tabel 5.12). Het aantal inwoners per FTE fysiotherapeut is zowel voor 1992 als voor 1994 1.632. De afname van het aantal inwoners per werkzame fysiotherapeut wordt dus teniet gedaan door het feit dat er meer fysiotherapeuten in deeltijd zijn gaan werken.

Tabel 5.12 Het aantal inwoners per werkzame fysiotherapeut, per 31 december

1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent. groei 92-94
1.358	1.329	1.336	-22	-1,6

Bron: RAZ 1995, CBS

Verdere informatie over de aansluiting van het aanbod op de vraag kan worden gehaald uit de mate waarin patiënten tevreden zijn over de fysiotherapeut. Het Centraal Bureau voor de Statistiek vraagt in de gezondheidsenquête naar het oordeel van patiënten over verschillende hulpverleners. Gemiddeld wordt er door 91,3% van de patiënten een positief oordeel over de fysiotherapeut gegeven. Tussen mannen en vrouwen, verschillende leeftijdscategorieën, opleidingsgraad en type verzekering zijn weinig verschillen in waardering. Het percentage personen met een positief oordeel over de fysiotherapeut varieert van 88,6% (personen van 16 t/m 24 jaar) tot 94,1% (personen van 75 jaar en ouder).

## 5.3 De ergotherapeut

### 5.3.1 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de ergotherapeutische zorg in Nederland, noch over het aantal personen uit de Nederlandse bevolking dat gebruik maakt van ergotherapeutische zorg (Rijken e.a., 1996).

Tabel 5.13 geeft de (hoofdgroepen van) interventies die worden toegepast door ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen, revalidatiecentra en algemene ziekenhuizen. De tabel geeft aan bij welk deel van de patiënten een interventie is toegepast en welk aandeel een interventie heeft in het totaal van de toegepaste interventies. Activiteiten als zelfverzorging, huishouden, verplaatsen/vervoer en spel nemen samen ruim 58% van alle interventies in beslag. 32% van alle interventies bestaat uit het geven van advies en instructies.

Tabel 5.13 Ergotherapeutische interventies, het percentage somatische patiënten waarbij de interventie is toegepast en het aandeel dat de interventie heeft in het totaal van toegepaste interventies bij somatische patiënten

Interventie	% patiënten (N=944)*	% van alle interventies (N=3252)
Activiteiten	201,8	58,6
Advies/Instructie	109,9	31,9
Groepsbehandeling	6,2	1,8
Spalken	11,9	3,5
Overige	4,2	4,2

\* De som van deze percentages kan groter zijn dan 100, omdat meerdere interventies per patiënt werden toegepast

Bron: Rijken e.a., 1996 (Driessen & Dekker 1994)

### 5.3.2 Aanbod van zorg in cijfers

Het aantal gekwalificeerde ergotherapeuten dat geregistreerd is bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg bedraagt per 31 december 1994 in totaal 2.413 (RAZ 1995). Het aantal werkzame ergotherapeuten (geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname) is in de periode 1992-1994 met ruim 15% toegenomen tot 1.576 (zie tabel 5.14).

Tabel 5.14 Aantal werkzame ergotherapeuten, per 31 december

1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
1.368	1.509	1.576	208	15,2

Bron: RAZ 1995 (NIVEL 1995)

Uit tabel 5.15 blijkt dat de beroepsgroep ergotherapeuten een relatief jonge leeftijdsopbouw kent. Van de totale groep werkzame ergotherapeuten is 75% jonger dan 40 jaar. Slechts 1% is ouder dan 55 jaar. Het aantal ergotherapeuten dat de opleiding voltooid heeft, is tussen 1992 en 1994 met 11,3% toegenomen tot 128 in 1994 (tabel 5.16). Het percentage vrouwelijke ergotherapeuten dat de opleiding voltooid heeft, bedroeg in 1993 95%, maar is in 1994 met 3% gedaald.

Tabel 5.15 Leeftijdsverdeling van werkzame ergotherapeuten\* per 31 december 1994

Leeftijd	Abs.	%
< 25	168	15,2
25-29	259	23,5
30-34	241	21,8
35-39	160	14,5
40-44	161	14,6
45-49	71	6,4
50-54	31	2,8
55-59	5	0,5
60-64	3	0,3
> 64	4	0,4
Totaal	1.103	100,0

\* Leden NVE

Bron: RAZ 1995 (NVE 1995)

Tabel 5.16 Aantal ergotherapeuten die de opleiding voltooid hebben

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Totaal	115	128	128	13	11,3
waarvan % vrouw	94	95	91		

Bron: RAZ 1995 (CBS 1995)



### 5.3.3 Afstemming van het aanbod op de vraag

Tabel 5.17 geeft aan dat het aantal inwoners per werkzame ergotherapeut tussen 1992 en 1994 met 1.354 of 12,2% is afgenomen.

Tabel 5.17 Het aantal inwoners per werkzame ergotherapeut, per 31 december

1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
11.140	10.167	9.786	-1.354	-12,2

Bron: RAZ 1995, CBS

## 5.4 De logopedist

### 5.4.1 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

De Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen heeft informatie opgeleverd over het gebruik van eerstelijns logopedische zorg. Uit het enquête-onderzoek in 1987/88 onder 13.014 personen ingeschreven bij een huisarts blijkt 1,3% contact te hebben gehad met een logopedist in de eerste lijn in het jaar voorafgaand aan de enquête (Rijken e.a., 1996). Het totaal aantal verrichtingen bij ziekenfondspatiënten is van 1992 tot 1994 2,2% gegroeid, per 1000 verzekerden iets gedaald (tabel 5.18).

Tabel 5.18 Totaal aantal verrichtingen logopedie

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Absoluut	1.268.640	1.311.816	1.297.114	28.474	2,2
per 1000 verzekerden	136,1	139,3	135,5	-0,6	-0,4

Bron: Ziekenfondsraad 1995

De logopedist beschikt over verschillende interventiemogelijkheden. Deze zijn aangegeven in tabel 5.19. Bij vrijwel alle patiënten wordt het oefenen van specifieke functies toegepast. Ook informeren en adviseren zijn interventies die bij een ruime meerderheid van de patiënten worden uitgevoerd.

Tabel 5.19 Toegepaste logopedische interventies (N=1567)

Interventie	% patiënten*
Informeren/adviseren	83,0
Voorzien in hulpmiddel	10,6
Oefenen van specifieke functies	94,5
Oefenen van vaardigheden	56,9

\* Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 5 behandeldoelen konden worden geregistreerd

Bron: Rijken e.a., 1995 (Raaijmakers & Dekker 1995)

#### 5.4.2 Aanbod van zorg in cijfers

Het aantal gekwalificeerde logopedisten dat is geregistreerd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg was in 1994 6.337 (RAZ 1995). Het aantal werkzame logopedisten, geschat op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname, is in de periode 1992-1994 gedaald van 3.599 in 1992, naar 3.471 in 1993 tot 3.589 in 1994.

In tabel 5.21 is de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep weergegeven. Uit tabel 5.21 blijkt dat ook de beroepsgroep logopedisten een jonge leeftijdsopbouw kent, net als fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Een kwart van de logopedisten is tussen de 26 en 30 jaar. Vrouwelijke logopedisten, 93% van het totaal aantal logopedisten, zijn relatief nog jonger dan mannelijke logopedisten.

Tabel 5.20 Aantal werkzame logopedisten (schatting op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname), per 31 december

1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
3.599	3.471	3.589	-10	-0,3

Bron: RAZ 1995

Tabel 5.21 Relatieve leeftijdsverdeling van logopedisten naar geslacht per 31 december 1994

Leeftijd	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 26	2,3	15,3	14,6
26-30	8,2	25,6	24,6
31-35	12,3	18,6	18,3
36-40	15,0	13,8	13,9
41-45	13,6	9,1	9,4
46-50	15,9	7,7	8,1
51-55	11,4	4,6	5,0
56-60	6,8	3,2	3,4
61-65	8,2	0,9	1,4
> 65	6,4	1,0	1,3
Totaal	100,0	100,0	100,0

Bron: RAZ 1995 (NVL 1995)

Tabel 5.22 Aantal logopedisten die de opleiding voltooid hebben

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Totaal	302	304	279	-23	-7,6
waarvan % vrouw	94	95	96		

Bron: RAZ 1995 (CBS 1995)

Het aantal logopedisten dat de opleiding heeft voltooid is vanaf 1993 met 25 personen afgenomen tot 279 in 1994 (tabel 5.22). Dit is een daling van 8%. Het percentage vrouwen in deze groep is gestegen van 94% tot 96% van het totaal aantal personen dat de opleiding heeft voltooid.

### 5.4.3 Afstemming van het aanbod op de vraag

Het aantal inwoners per logopedist is, overeenkomstig de daling in het aantal personen dat de opleiding heeft voltooid, gestegen met 1,5%, van 4.234 inwoners per werkzame logopedist in 1992 tot 4.297 in 1994.

Tabel 5.23 Het aantal inwoners per werkzame logopedist, per 31 december

1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
4.234	4.420	4.297	63	1,5

Bron: RAZ 1995, CBS

## 5.5 De oefentherapeut

### 5.5.1 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

Het aantal personen uit de Nederlandse bevolking dat gebruik maakt van oefentherapie-Cesar en/of Mensendieck is niet bekend. In tabel 5.24 staan cijfers over het aantal behandelingen oefentherapie dat is gedeclareerd bij de ziekenfondsen. Het absoluut aantal behandelingen oefentherapie-Mensendieck is met 0,3% groei praktisch gelijk gebleven. Het aantal behandelingen afgezet per 1000 verzekerden laat zelfs een daling van 2,4% zien. Het aantal behandelingen oefentherapie-Cesar is absoluut gezien met 3% gestegen. Per 1000 verzekerden is tussen 1992 en 1994 een toename van 0,4% gehaald.

Tabel 5.24 Aantal behandelingen oefentherapie Mensendieck en Cesar

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
<b>Mensendieck</b>					
Absoluut	742.575	743.579	745.166	2.591	0,3
per 1000 verzekerden	79,7	79,0	77,8	-1,9	-2,4
<b>Cesar</b>					
Absoluut	769.262	781.668	792.991	23.729	3
per 1000 verzekerden	82,5	83,0	82,8	0,3	0,4

Bron: Ziekenfondsraad 1995

In tabel 5.25 is weergegeven waar het accent van de behandeling bij oefentherapie ligt. 74% van de patiënten die oefentherapie-Cesar krijgen en 80% van de oefentherapie-Mensendieck patiënten worden behandeld met pijnbestrijdingstechnieken/houdingsoefeningen. Daarnaast worden in beide soorten oefentherapie oefeningen met betrekking tot activiteiten van het dagelijks leven bij (meer dan) de helft van de patiënten toegepast.

Tabel 5.25 Accent van de behandeling uitgevoerd door oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck (N=1020, resp. N=1088)\*

	% patiënten met oefenth.- Cesar	% patiënten met oefenth.- Mensendieck
Pijnbestrijdingstechnieken/ houdingsoefeningen	74	80
Oefeningen gericht op het mobiliseren	27	27
Ademhalingsoefeningen	10	9
Ontspanningsoefeningen	24	32
Oefeningen gericht op spierversterking	49	34
ADL-oefeningen	59	50
Sensomotorische training	5	5
Voorlichting/advies	28	36
Anders	5	3

\* Het geheel telt op tot meer dan 100%, omdat per patiënt maximaal 3 behandelvormen konden worden geregistreerd

Bron: Rijken e.a., 1996 (Zuijderduin & Dekker 1994a)

### 5.5.2 Aanbod van zorg in cijfers

Het aantal gekwalificeerde oefentherapeuten Cesar en Mensendieck bedroeg in 1994 respectievelijk 1.269 en 1.267. Uit tabel 5.26 blijkt dat het aantal werkzamen een stuk lager ligt. Het aantal werkzame oefentherapeuten-Cesar is tussen 1992 en 1994 met 10 personen toegenomen (1,3%); het aantal oefentherapeuten-Mensendieck is met twee personen gedaald (0,2%). Voor beide soorten oefentherapeuten geldt dat het aantal werkzamen in 1993 is gestegen.

Tabel 5.26 Aantal werkzame oefentherapeuten-Cesar en Mensendieck (schatting op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Cesar	783	795	793	10	1,3
Mensendieck	853	860	851	-2	-0,2

Bron: RAZ 1995 (VBC 1990-1995, NVOM 1990-1995, NIVEL 1995)

Tabel 5.27 geeft het aantal oefentherapeuten-Cesar en Mensendieck weer die de opleiding voltooid hebben. Ondanks dat het aantal werkzame oefentherapeuten-Cesar met 10 personen is toegenomen, is het aantal personen dat de opleiding heeft voltooid bij beide soorten oefentherapeuten met twee personen afgenomen. Het percentage vrouwen dat de opleiding heeft voltooid is bij de oefentherapeuten-Cesar met 3% toegenomen; bij de oefentherapeuten-Mensendieck is dit percentage juist met 3% gedaald.

Tabel 5.27 Aantal oefentherapeuten-Cesar dat de opleiding voltooid heeft

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
<b>Oefentherapeuten-cesar</b>					
Totaal	54	46	52	-2	-3,7
waarvan % vrouw	91	96	94		
<b>Oefentherapeuten-mensendieck</b>					
Totaal	46	39	44	-2	-4,3
waarvan % vrouw	96	87	93		

Bron: RAZ 1995 (Opleiding Oefentherapie-Cesar/ Mensendieck 1995)

56,8% Van de oefentherapeuten-Cesar en 52,4% van de oefentherapeuten-Mensendieck is jonger dan 35 jaar (tabel 5.30 en 5.31). Ook de oefentherapeuten kenmerken zich dus door een jonge leeftijdsopbouw.

Tabel 5.30 Leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Cesar (leden VBC), per 31 december 1994

Leeftijd	Abs.	%
< 25	44	5,7
25-29	185	24,1
30-34	207	27,0
35-39	154	20,1
40-44	75	9,8
45-49	49	6,4
50-54	30	3,9
55-59	7	0,9
60-64	8	1,0
> 64	8	1,0
Totaal	767	100,0

Bron: RAZ 1995 (VBC 1995)

Tabel 5.31 Relatieve leeftijdsverdeling van werkzame oefentherapeuten-Mensendieck naar geslacht, per ultimo 1992

Leeftijd	Mannen (N=11)	Vrouwen (N=214)	Totaal (N=225)
< 25	-	3,3	3,1
25-29	36,4	28,5	28,9
30-34	18,2	20,6	20,4
35-39	27,3	15,9	16,4
40-44	18,2	9,3	9,8
45-49	-	10,3	9,8
50-54	-	7,0	6,7
55-59	-	3,7	3,6
60-64	-	0,5	0,4
> 64	-	0,9	0,9
Totaal	100,0	100,0	100,0

Bron: RAZ 1995 (Zuijderduin & Dekker 1994a)

### 5.5.3 Afstemming van het aanbod op de vraag

De beschikbaarheid van oefentherapie is voor wat betreft de oefentherapie-Cesar licht verbeterd; het aantal inwoners per werkzame oefentherapeut-Mensendieck is met 258 toegenomen (1,4%). Het aantal inwoners per werkzame oefentherapeut-Cesar of Mensendieck is in de periode 1992-1994 dus dicht bij elkaar gekomen.

Tabel 5.32 Het aantal inwoners per werkzame oefentherapeut-Mensendieck en oefentherapeut-Cesar, per 31 december

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Oefenther.-Mensendieck	17.865	17.839	18.123	258	1,4
Oefenther.-Cesar	19.463	19.298	19.449	-14	-0,1

Bron: RAZ 1995, CBS

## 5.6 De diëtist

### 5.6.1 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de diëtistische zorg in Nederland, dat wil zeggen over het aantal uitgevoerde behandelingen.

De Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk heeft informatie opgeleverd over het gebruik van diëtistische zorg. De gegevens zijn verkregen door middel van een enquête onder 13.014 personen ingeschreven bij een huisarts. De enquêtes zijn afgenomen in de periode tussen juni 1987 en maart 1988. Van de geënquêteerden blijkt 2,2% contact te hebben gehad met een diëtist in het jaar voorafgaande aan de enquête. Na correctie komt dit neer op 2,1% van de Nederlandse bevolking (Rijken e.a., 1996).

### 5.6.2 Aanbod van zorg in cijfers

Het aantal diëtisten is in de periode 1992-1994 met 136 personen afgenomen, zoals is af te lezen van tabel 5.33. Dit betekent een daling van bijna 6%. De beroepsgroep diëtisten bestaat vrijwel uitsluitend uit vrouwen. Het aandeel mannelijke beroepsbeoefenaren ligt tussen de 1 en 2% (Rijken e.a., 1996).

Tabel 5.33 Aantal werkzame diëtisten (schatting op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname), per 31 december

1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
2.337	2.306	2.201	-136	-5,8

Bron: RAZ 1995 (GHI 1993, NVD 1995, NIVEL 1995)

Een kwart van de diëtisten is tussen de 30 en 34 jaar. Bijna driekwart van de beroepsbeoefenaren is jonger dan 40 jaar. Slechts 5% is ouder dan 55 jaar. Wederom is er sprake van een jonge leeftijdsopbouw van de beroepsgroep (tabel 5.34).

Tabel 5.34 Leeftijdsverdeling van diëtisten, per 31 december 1994

Leeftijd	Abs.	%
< 30	60	6,6
30-34	231	25,4
35-39	208	22,8
40-44	170	18,7
45-49	111	12,2
50-54	59	6,5
55-59	26	2,9
60-64	27	3,0
65-69	11	1,2
> 69	8	0,9
Totaal	911	100,0

Bron: RAZ 1995 (Paas &amp; Friele 1995)

Uit tabel 5.33 bleek dat het aantal werkzame diëtisten met een kleine 6% is afgenomen. Van tabel 5.35 valt af te lezen dat ook het aantal diëtisten die de opleiding hebben voltooid tussen 1992 en 1994 is afgenomen met 11%. Tevens wordt uit deze tabel duidelijk dat het percentage vrouwelijke beroepsbeoefenaren langzaam afneemt.

Tabel 5.35 Aantal diëtisten die de opleiding voltooid hebben

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Proc.groei 92-94
Totaal	179	169	159	-20	-11,2
waarvan % vrouw	90	89	87		

Bron: RAZ 1995 (CBS 1995)

### 5.6.3 Afstemming van het aanbod op de vraag

Het aantal inwoners per werkzame diëtist is in de periode 1992-1994 met 7,5% toegenomen, van 6.521 tot 7.007 (tabel 5.36).

Tabel 5.36 Het aantal inwoners per werkzame diëtist, per 31 december

1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
6.521	6.653	7.007	486	7,5

Bron: RAZ 1995, CBS

## 5.7 Overige paramedische beroepen

### 5.7.1 Vraag naar en gebruik van zorg in cijfers

Over het volume van zorg (het aantal uitgevoerde behandelingen) en het gebruik van zorg (het aantal personen uit de bevolking dat gebruik maakt van zorg) zijn wat betreft de overige paramedische beroepen, waaronder mondhygiëne, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten, geen gegevens bekend.

Een indicatie voor het volume van de zorg van radiodiagnostisch laboranten vormt het aantal röntgenonderzoeken op de afdelingen radiodiagnostiek van Nederlandse ziekenhuizen. In 1993 zijn in de algemene ziekenhuizen 132,14 röntgenonderzoeken per 100 opnamen en 285,09 röntgenonderzoeken per 1000 polikliniekbezoeken verricht. Voor academische ziekenhuizen zijn deze cijfers respectievelijk 199,44 en 235,94.

Het volume van zorg van radiotherapeutisch laboranten kan worden afgeleid uit het aantal zittingen orthovolt- en megavolt-therapie op de afdelingen radiotherapie in Nederlandse ziekenhuizen. In 1993 bedroeg in algemene ziekenhuizen het aantal klinische zittingen orthovolt-therapie per 100 opnamen 0,02 en megavolt-therapie 0,28. Het aantal poliklinische zittingen bedroeg 0,15 en 4,50 per 1000 polikliniekbezoeken. In de academische ziekenhuizen vonden in 1993 0,05 klinische zittingen orthovolt-therapie en 4,78 megavolt-therapie plaats. Het aantal poliklinische zittingen bedroeg 0,64 en 52,88 per 1000 polikliniekbezoeken (Rijken e.a., 1996).

### **5.7.2 Aanbod van zorg in cijfers**

Tabel 5.37 geeft een overzicht van het aantal werkzame personen in de overige paramedische beroepen. Procentueel gezien vertoont de beroepsgroep podotherapie de grootste groei (34,6%). De groepen mondhygiënisten en radiologisch laboranten zijn beide gegroeid met 8 tot 9%. Het aantal orthoptisten is nagenoeg gelijk gebleven.

Wat betreft de leeftijdsopbouw van de verschillende beroepsgroepen zijn alleen gegevens van de mondhygiënisten en podotherapeuten bekend (tabel 5.38). Ook hier blijkt weer dat beide beroepsgroepen, en met name de podotherapeuten, een jonge leeftijdsopbouw kennen. De helft van de werkzame podotherapeuten is nog geen 30 jaar oud.



Tabel 5.37 Aantal werkzame personen per 31 december naar geslacht

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
<b>Mondhygiënisten*</b>					
Totaal	1178	1278	1278	100	8,5
<b>Orthoptisten**</b>					
Totaal	268	269	268	0	0
Mannen	3	3	-	-	-
Vrouwen	265	266	265	0	0
<b>Podotherapeuten***</b>					
Totaal	156	184	210	54	34,6
Mannen	40	52	59	19	47,5
Vrouwen	116	132	151	35	30,2
<b>Radiologisch laboranten****</b>					
Totaal	8340	8662	9072	732	8,8
Radiodiagn. lab. totaal	6898	7143	7445	547	7,9
Mannen	1294	1360	1435	141	10,9
Vrouwen	5604	5783	6010	406	7,2
Radiotherap. lab. totaal	1442	1519	1628	186	12,9
Mannen	327	356	381	54	16,5
Vrouwen	1115	1163	1247	132	11,8

Bron: RAZ 1995 (NVM 1995, NIVEL 1995/ NVvO 1990-1995/ NVvP 1990-1995, NIVEL 1995/ VWS 1995)

\* schatting op basis van een organisatiegraad van 85%

\*\* leden NVvO

\*\*\* leden NVvP

\*\*\*\* aantal bij de hoofdinspectie voor de gezondheidszorg geregistreerde radiologisch laboranten

Tabel 5.38 Relatieve leeftijdsverdeling van het aantal werkzame mondhygiënisten en podotherapeuten (per ultimo 1993) en podotherapeuten (per ultimo 1993 resp. ultimo 1992)

Leeftijd	Mondhygiënisten	Podotherapeuten
< 25 jaar	12,9	10,1
25-29	22,4	39,5
30-34	24,1	12,6
35-39	21,9	3,4
40-45 (40-44)	14,7	9,2
> 45 (>=45)	4,1	25,2

Bron: RAZ 1995 (NVM 1995/ Zijlenderduin en Dekker 1994)

Uit tabel 5.39 blijkt dat het aantal orthoptisten in opleiding en het aantal dat de opleiding voltooid heeft met 38,5% is gestegen. Het aantal podotherapeuten dat de opleiding heeft voltooid is met 17,6% gedaald, waarbij opvalt dat het percentage vrouwen is gedaald van 79% naar 40%. De daling van het aantal mondhygiënisten dat de opleiding heeft voltooid, wordt veroorzaakt doordat de afgestudeerden in 1994 een restant vormen van een oude indeling van de opleiding.

Tabel 5.39 Opleidingsgegevens verschillende paramedici

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
<b>Mondhygiënisten</b>					
Totaal in opleiding,	251	266	374	123	49
waarvan % vrouw	97	97	97	-	-
Opleiding voltooid,	80	96	22 <sup>(1)</sup>	-58	-72,5
waarvan % vrouw	97	94	96	-	-
<b>Orthoptisten</b>					
Totaal in opleiding,	52	65	72	20	38,5
waarvan % vrouw	98	93	100	-	-
Opleiding voltooid,	13	3 <sup>(2)</sup>	18	5	38,5
waarvan % vrouw	100	100	100	-	-
<b>Podotherapeuten</b>					
Totaal in opleiding,	98	104	97	-1	-1
waarvan % vrouw	74	75	76	-	-
Opleiding voltooid,	17	28	20	-3	-17,6
waarvan % vrouw	79	68	40	-	-
<b>Radiologisch laboranten</b>					
Uitstroom gediplom. radiodiagn.lab.	253	197	-	-	-
Uitstroom gediplom. radiother.lab.	49	59	-	-	-

Bron: RAZ 1995 (VWS 1995/ Hogeschool van Utrecht 1995/ Opleiding Podotherapie 1995, VWS 1995/ RBRL, MBRT)

(1 en (2 Bezemklassen, in respectievelijk 1992 en 1991 is de opleiding verlengd tot drie jaar

### 5.7.3 Afstemming van het aanbod op de vraag

Het aantal inwoners per werkzame orthoptist en podotherapeut is omvangrijk, al is de situatie wat betreft de podotherapeuten verbeterd (-24,8%). Het aantal inwoners per werkzame mondhygiënist en radiologisch laborant is in beide gevallen met zo'n 7% gedaald.

Tabel 5.40 Het aantal inwoners per werkzame in de overige paramedische beroepen, per 31 december

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Mondhygiënisten	12.937	12.004	12.068	-869	-6,7
Orthoptisten	56.863	57.032	57.548	685	1,2
Podotherapeuten	97.687	83.378	73.443	-24.245	-24,8
Radiologisch laboranten	1.827	1.771	1.700	-127	-7,0

Bron: RAZ 1995, CBS

## 5.8 Paramedische beroepen: kosten, ontwikkelingen, knelpunten

### 5.8.1 Kosten van zorg in cijfers

In deze paragraaf worden de kosten van de paramedische zorg besproken voor die vormen van paramedische zorg die onder de Ziekenfondswet vallen, te weten fysiotherapie, oefentherapie en logopedie. Over de kosten van zorg verleend door de overige paramedici is geen informatie beschikbaar.

#### *Kosten fysiotherapie en oefentherapie*

In tabel 5.41 zijn de kosten voor fysiotherapie en oefentherapie van particulier verzekerden weergegeven, uitgesplitst naar klinische en niet-klinische fysiotherapie.

De totale kosten voor fysiotherapeutische hulp met betrekking tot particulier verzekerden, met uitzondering van publiekrechtelijk verzekerden, bedroeg in 1994 f 298,6 miljoen (VEKTIS, 1996). In dit totaal zijn fysiotherapie en oefentherapie gezamenlijk vertegenwoordigd. Een uitsplitsing was niet mogelijk. Uit tabel 5.41 blijkt dat de kosten voor particulier verzekerden tussen 1992 en 1994 zijn toegenomen met 2,4%. De kosten voor klinische fysiotherapie stegen sterker dan de kosten voor niet-klinische fysiotherapie. Opvallend is dat zowel voor klinische als voor niet-klinische fysiotherapie de kosten in 1993 lager waren dan in 1992 en 1994.

Tabel 5.41 Ontwikkeling in kosten voor fysiotherapie en oefentherapie ten laste van particuliere verzekeringen over de periode 1992-1994 (mln gld) (exclusief publiekrechtelijk verzekerden in de particuliere sector)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
klinisch*	8,4	8,3	9,1	0,7	8,8
niet-klinisch	283,2	266,8	289,6	6,4	2,3
totaal	291,5	175,2	298,6	7,1	2,4

\* Klinisch betreft alle behandelingen fysiotherapie bij patiënten die langer dan 24 uur zijn opgenomen in een instelling.

Bron: VEKTIS, 1996.

In tabel 5.42 zijn de kosten van fysiotherapie en oefentherapie voor ziekenfondsverzekerden weergegeven. In tabel 5.43 wordt het volledige overzicht van financieringsbronnen gepresenteerd.

De kosten van fysiotherapie voor ziekenfondsverzekerden bedroegen in 1994 862,5 mln (tabel 5.42). De totale kosten van oefentherapie Cesar en Mensendieck lagen verhoudingsgewijs veel lager met respectievelijk 27,0 en 25,4 mln gulden. De kosten van al deze zorgvormen ten laste van de Ziekenfondswet zijn tussen 1992 en 1994 gestegen: de kosten van fysiotherapie met 8,2%, de kosten van oefentherapie Cesar met 6,6% en de kosten van oefentherapie Mensendieck met 2,1%.

Op basis van de gegevens die in het FOZ 1996 zijn vermeld kan worden geconcludeerd dat de totale kosten van fysiotherapie en oefentherapie tussen 1992 en 1994 met 7,2% zijn gestegen, van fl. 1.275,6 mln in 1992 naar fl. 1.367,6 mln in 1994. De kosten ten laste van particuliere verzekeringen in tabel 5.43 kunnen niet vergeleken worden met die in tabel 5.41, omdat de VEKTIS-gegevens in tabel 5.41 exclusief publiekrechtelijk particulier verzekerden zijn.

Tabel 5.42 Totale kosten oefentherapie Cesar, oefentherapie Mensendieck en fysiotherapie ten laste van de ziekenfondsen (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
oefentherapie Cesar	25,3	26,2	27,0	1,7	6,6
oefentherapie Mensendieck	24,8	24,8	25,4	0,5	2,1
fysiotherapie	797,4	838,0	862,5	65,2	8,2

Tabel 5.43 Financiering(-bronnen) fysiotherapie en oefentherapie (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
<b>Fysiotherapie</b>					
Ziekenfonds	797,4	830,0	861,0	63,6	8,0
Particuliere verzekering	390,0	398,0	426,9	36,9	9,5
Overige ontvangsten:	13,6			-	-
- eigen betaling particulieren	13,6			-	-
<b>Totaal fysiotherapie</b>	<b>1.201,0</b>	<b>1.228,0</b>	<b>1.287,9</b>	<b>86,9</b>	<b>7,2</b>
<b>Oefentherapie</b>					
Ziekenfonds	50,1	51,0	52,9	2,8	5,6
Particuliere verzekering	24,5	25,0	26,8	2,3	9,4
<b>Totaal oefentherapie</b>	<b>74,6</b>	<b>76,0</b>	<b>79,7</b>	<b>5,1</b>	<b>6,8</b>
<b>Totaal</b>	<b>1.275,6</b>	<b>1.304,0</b>	<b>1.367,6</b>	<b>92,0</b>	<b>7,2</b>

Bron: FOZ 1996

In tabel 5.44 zijn de exploitatiekosten- en opbrengsten van fysiotherapiepraktijken voor de jaren 1991 en 1992 weergegeven. Het saldo van kosten en opbrengsten bedraagt in 1992 +690,9 miljoen gulden. De kosten bestaan voor ongeveer de helft uit personeelskosten. Tweederde van de opbrengsten is afkomstig van ziekenfondsen.

Tabel 5.44 Exploitatiekosten- en opbrengsten van fysiotherapeutenpraktijken, naar kosten- en opbrengstensoort

	1991 mln.gld.(%)	1992 mln.gld.(%)
Personele kosten	235,4 (51,0)	265,6 (52,5)
Overige kosten	222,0 (49,0)	240,3 (47,5)
<b>Totale kosten</b>	<b>457,4 (100,0)</b>	<b>505,9 (100,0)</b>
Opbrengsten fysiotherapie, w.v.	1.121,3 (98,2)	1.176,1 (98,3)
- Ziekenfondsen	753,3 (66,0)	777,1 (64,9)
- Niet-ziekenfondsverzekerden	367,7 (32,2)	399,0 (33,3)
Opbrengsten andere behandelvormen	7,2 (0,6)	10,4 (0,9)
Overige opbrengsten	12,9 (1,1)	10,4 (0,9)
<b>Totale opbrengsten</b>	<b>1.141,3 (100,0)</b>	<b>1.196,8 (100,0)</b>

Bron: Maandbericht gezondheid (CBS) 95/5

*Kosten logopedie en foniatrie*

In tabel 5.45 zijn de kosten van de logopedische behandeling voor particulier verzekerden weergegeven (exclusief publiekrechtelijk particulier verzekerden). De totale kosten ten laste van privaatrechtelijke verzekeringen bedroegen over 1994 in totaal fl. 15,4 mln. In de tabel is een duidelijke stijging in de kosten zichtbaar over de afgelopen jaren.

Tabel 5.45 Ontwikkeling in de kosten van logopedie en foniatrie over de periode 1991-1994 met betrekking tot privaatrechtelijk verzekerden (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Klinisch*	0,4	0,4	0,2	-0,2	-44,1
Niet-klinisch	13,3	13,8	15,2	1,9	14,9
Totaal	13,7	14,2	15,4	1,8	13,1

\* Klinisch betreft alle logopedische behandelingen bij patiënten die langer dan 24 uur zijn opgenomen in een instelling.

Bron: VEKTIS, 1996.

In tabel 5.46 zijn de kosten voor ziekenfondsverzekerden weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat ook voor ziekenfondsverzekerden de kosten van logopedie zijn gestegen en wel met 6% van fl. 46,1 mln in 1992 naar fl. 48,9 mln in 1994.

Tabel 5.46 Totale kosten logopedie ten laste van de ziekenfondsen (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
kosten logopedie	46,1	48,3	48,9	2,8	6,1

De FOZ-cijfers die in tabel 5.47 zijn weergegeven, laten licht afwijkende cijfers zien voor de kosten ten laste van de ziekenfondsen. Volgens het FOZ nemen de totale kosten van logopedie toe met 4,7% van fl. 70,0 mln in 1992 naar 74,7 mln in 1994.

Tabel 5.47 Financiering(-sbronnen) logopedie (mln gld)

	1992	1993	1994	Abs.groei 92-94	Procent.groei 92-94
Ziekenfonds	46,0	48,3	50,1	4,1	8,9
Particuliere verzekering	24,0	21,7	24,6	0,6	2,5
Totaal	70,0	70,0	74,7	4,7	6,7

Bron: FOZ 1996

## 5.8.2 Ontwikkelingen en signaleringen

### *Ontwikkelingen*

Een belangrijke ontwikkeling voor de paramedische beroepsgroepen is de invoering van de Wet BIG (zie paragraaf 5.1.1.). Voor de paramedische beroepen die niet bij wet geregeld worden, zijn concept-AMvB's opgesteld. De paramedische beroepsgroepen hebben tot 1 maart 1996 de tijd gehad om hun opvattingen over de voorgenomen regelingen aan de minister van VWS kenbaar te maken. Het is duidelijk dat de Wet

BIG voor de paramedische beroepsgroepen aanzienlijke veranderingen met zich meebrengt. Omdat de rijksoverheid behalve voor fysiotherapeuten, geen register zal instellen wordt door de betreffende beroepsverenigingen zelf gewerkt aan plannen voor het instellen van een kwaliteitsregister. Daarnaast wordt door de meeste paramedische beroepsgroepen gewerkt aan een systeem voor klachtregistratie en -behandeling.

Een andere wettelijke regeling die van invloed is op de paramedische zorg is de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Deze wet heeft met name consequenties voor de ergotherapie; ergotherapeuten zijn in adviseursfuncties in dienst getreden bij gemeenten.

Met betrekking tot de financiering van zorg vindt een herordening plaats in drie compartimenten, zoals beschreven is in hoofdstuk 1. Het is nog niet duidelijk welke consequenties deze herordening en de daaraan gekoppelde overhevelingen zullen hebben voor de verschillende paramedische beroepsgroepen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening bereidt momenteel een advies voor over de positionering van de paramedische zorg. Dit advies heeft betrekking op fysiotherapie en oefentherapie en zal in de loop van 1996 beschikbaar zijn. Tevens is een werkgroep samengesteld, bestaande uit de diverse beroepsgroepen (fysiotherapie, oefentherapie), zorgverzekeraars en overheid, waarin overleg wordt gevoerd over de positie van de fysiotherapie en oefentherapie.

In de fysiotherapie en de oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck is per 1 januari 1996 de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering en WTZ (kortweg de 'beperkende maatregel') van kracht geworden (zie paragraaf 5.1.1). In welke mate deze maatregel consequenties zal hebben voor het aanbod van en de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie is ondermeer afhankelijk van het aantal mensen dat zich voor deze zorg aanvullend zal verzekeren. Concrete uitspraken over de consequenties van de beperkende maatregel kunnen eerst na formele evaluatie worden gedaan. De Ziekenfondsraad heeft inmiddels opdracht gegeven voor formele evaluatie van de gevolgen van de beperking op de aanspraken fysiotherapie en oefentherapie. Het ZAO-dienstenmodel is volgens het NPI een beter alternatief (bron: interview NPI).

Het ZAO dienstenmodel is een alternatief op de beperkende maatregel dat de zorgverzekeraar ZAO (Amsterdam) heeft geformuleerd. Dit alternatief beoogt vanuit een meer zorginhoudelijk perspectief de gewenste bezuinigingen te bewerkstelligen. Het voordeel van het dienstenmodel is volgens ZAO vooral voor de patiënt van essentieel belang: de indeling van het dienstenmodel is niet gebaseerd op (medische) diagnoses maar op de gevolgen van aandoeningen uitgedrukt in termen van stoornissen, beperkingen en handicaps, met andere woorden de functionele gevolgen van de aandoening. De indicaties voor paramedische zorg worden vertaald in indicaties voor specifieke zorgproducten (diensten). Dit houdt in dat de fysiotherapeuten zelf kunnen bepalen welk zorgproduct wordt aangeboden aan de patiënt, in plaats van zich uitsluitend te richten op de verwijsindicatie. Mogelijke zorgproducten zijn: diagnostiek, begeleiding en behandeling.

De minister heeft per 1 mei 1996 toestemming gegeven een experiment uit te voeren met het dienstenmodel. Dit experiment zal twee jaar duren. Hiertoe heeft de zorgverzekeraar ZAO gedurende de experimentele periode ontheffing gekregen van de beperkende maatregel geldend voor de fysiotherapie en oefentherapie. De beroepsgroep en de zorgverzekeraar dragen gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het experiment. De verdere ontwikkeling geschiedt dan ook nadrukkelijk in overleg. De betrokken organisaties zijn ZAO zorgverzekeraar, de Amsterdamse Vereniging van Zelfstandige Fysiotherapeuten (AVZF) en de regiovertegenwoordiging van oefentherapeuten-

Cesar/Mensendieck.

Het mogelijk probleem in het ZAO-model is echter dat de criteria voor toedeling van patiënten aan bepaalde diensten elkaar niet uitsluiten. Dat zou ertoe kunnen leiden dat patiënten worden toegewezen aan een verkeerde dienst (bron: interview NPI).

Ook bij andere paramedische beroepsgroepen, zoals de diëtetiek en de logopedie, spelen bezuinigingen een rol.

Wat betreft de financiering van behandeling door de ergotherapeut is per medio 1996 een verandering ingetreden. Vanaf 1996 wordt enkelvoudige ergotherapie via een tijdelijke subsidieregeling beschikbaar. Vanaf 1998 zal definitieve financiering van deze zorgvorm gaan plaatsvinden. Opname van ergotherapie in het ziekenfondspakket zal met name in de eerstelijns/thuissituatie extra mogelijkheden voor behandeling opleveren.

Gezien de ontwikkelingen in de diëtetiek acht de Nederlandse Vereniging voor diëtisten (NVD) het wenselijk dat ook de diëtetiek als enkelvoudige verstrekking wordt opgenomen in het wettelijk verzekerde pakket.

In 1994 is de tandheelkundige hulp voor een groot deel uit het ziekenfondspakket verdwenen. Vooralsnog heeft er geen formele evaluatie plaatsgevonden waarin de consequenties van deze wijziging zijn bepaald. Bij de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM) is geen structurele melding geweest van achteruitgang in de hoeveelheid werkzaamheden van de mondhygiënist.

De beperkende maatregelen voor de aanspraken op fysiotherapie en oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck zullen mogelijk verschuivingen opleveren in het gebruik van zorg bij deze disciplines. De wijze waarop deze maatregelen in de praktijk zullen uitwerken zal echter na formele evaluatie pas kunnen worden vastgesteld.

Voor de ergotherapie geldt dat de invoering van de verstrekking extramurale ergotherapie invloed zal hebben op het gebruik van zorg, zoals geboden door de ergotherapeut. Ook in dit geval zal formele evaluatie moeten plaatsvinden.

Informatie omtrent de vraag naar logopedische zorg zal op den duur worden uitgebreid naar aanleiding van gegevens die worden verzameld middels het LISK-project (Logopedie Informatie Systeem ten behoeve van kwaliteitsbevordering).

Tenslotte hebben de ontwikkelingen in de tandheelkundige zorg en de huidige technologische ontwikkelingen invloed op de vraag naar zorg die wordt geboden door respectievelijk mondhygiënist en radiologisch laboranten.

Onlangs is een onderzoek uitgevoerd door het NIVEL waarin de aard en omvang van de extramurale ergotherapie anno 1996 in kaart is gebracht. De omvang van extramurale ergotherapie heeft de laatste jaren een sterke groei vertoond. De grootste aanbieders van extramurale ergotherapie zijn de verpleeghuizen en vrijgevestigde praktijken. De financiering van deze zorgvorm vindt momenteel voor het grootste deel plaats uit substitutiegelden. De patiënten die extramuraal behandeld worden blijken gemiddeld genomen ouder te zijn dan de patiënten die in de intramurale setting worden behandeld.

De verwijzing naar extramurale ergotherapie wordt het meest frequent door de huisarts gegeven, gevolgd door medisch specialisten (met name verpleeghuisarts en revalidatie-arts) en aanmelders (met name verzorging en wijkverpleging).

De resultaten van de extramurale inventarisatie laten zien dat bij verreweg de meeste patiënten overleg wordt gevoerd met andere hulpverleners. Bij eenderde van de patiënten vindt overleg plaats met de fysiotherapeut en bij eenderde met de huisarts. Bij ongeveer een kwart van de patiënten wordt met de specialisten overleg gevoerd.

De behandeling in de extramurale ergotherapie komt, wat betreft behandeldoelen en aard van de interventies, in grote lijnen overeen met de intramurale ergotherapie (Driessen e.a., 1996).

Een belangrijk punt van aandacht voor de paramedische beroepen is de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Met steun van het Ministerie van VWS wordt momenteel een programma uitgevoerd dat zich richt op het ondersteunen van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepen. Dit programma wordt uitgevoerd door het CBO en het Nederlands Paramedisch Instituut gezamenlijk en geëvalueerd door het NIVEL. In vervolg hierop en in aansluiting op de recente Leidschendam-afspraken heeft het Ministerie van VWS een zogenaamde 'kwaliteitsimpuls' aan de paramedische beroepen ter beschikking gesteld. Deze fondsen zullen in de vorm van programma's worden besteed. Momenteel vindt overleg over de invulling hiervan plaats.

Daarnaast heeft de Ziekenfondsraad besloten een onderzoeksprogramma rond doelmatigheid en effectiviteit van paramedische zorg uit te voeren. Zowel de kwaliteitsimpuls als het onderzoeksprogramma zullen de komende tijd richting geven aan veel activiteiten op het gebied van de paramedische zorg.

Tenslotte kan worden genoemd dat het Ministerie van VWS een 'Pilot informatievoorziening paramedische zorg' zal laten uitvoeren. In dit project zal de behoefte aan (incidenteel en continu verzamelde) informatie over de paramedische zorg in kaart worden gebracht. Tevens zal worden nagegaan hoe in de gesignaleerde informatiebehoefte kan worden voorzien.

#### *Signaleringen*

De arbeidsmarktpositie van diëtisten, fysiotherapeuten en logopedisten verslechterd momenteel; bij deze beroepsgroepen is sprake van een stijgende werkloosheid. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen intredewerkloosheid (periode van minimaal één maand werkloosheid na afronding van de studie) en werkloosheid na één jaar na afstuderen. Voor zowel de fysiotherapie als de ergotherapie geldt dat de intredewerkloosheid een blijvend stijgende lijn vertoont tot respectievelijk 51% en 39%. Voor logopedie en diëtetiek daalde de intredewerkloosheid voor het eerst vanaf 1991 tot respectievelijk 56% en 47%. De werkloosheid één jaar na afstuderen is in 1994 gedaald ten opzichte van 1993, behalve voor de diëtisten. De werkloosheid in de diëtetiek is in 1994 10%, in de fysiotherapie 13 % en in de logopedie 6%. Ergotherapeuten zijn in 1994 een jaar na afstuderen allen aan het werk (RAZ 1996 (Van de Loo e.a. 1995)).

De NRV heeft in 1994 een beroepskrachtenvoorziening logopedie uitgebracht. Ondanks het advies om de instroom van studenten verder te beperken is de opleidingscapaciteit gelijk gebleven.

Uit de beroepskrachtenplanning die door de Vereniging Bewegingsleer Cesar in 1995 is uitgevoerd komt naar voren dat er op dit moment voldoende werkgelegenheid is voor oefentherapeuten-Cesar, maar dat de bezuinigingsmaatregelen van de overheid de werkgelegenheid mogelijk zal terugdringen (Vereniging Bewegingsleer Cesar, 1995). Ook voor oefentherapeuten-Mensendieck is de arbeidsmarktpositie nog redelijk gunstig; volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid lag de vraag in 1992 iets hoger dan het aanbod aan oefentherapeuten-Mensendieck (NRV, 1993).

Podotherapie en ergotherapie zijn de snelst groeiende beroepsgroepen. In het rapport 'Behoefteraming ergotherapeuten 1993' werd nog gewezen op een mogelijk toekomstig tekort aan ergotherapeuten (Harmsen, Hingstman & Driessen, 1993). Inmiddels is een derde opleiding ergotherapie van start gegaan. Voor de radiologisch laboranten en de mondhygiënisten lijkt de arbeidsmarktpositie eveneens gunstig. Voor beide beroepen



heeft men besloten tot het starten van een extra opleiding. Er zijn vrijwel geen werkzoekende mondhygiënist, terwijl er een groot aantal vacatures is (NVM, 1995). Gegevens over de arbeidsmarktsituatie van orthoptisten ontbreken.

Het NPI signaleert een verschuiving van 'cure' naar 'care' en van intramurale naar extramurale zorg. Paramedici staan met één voet in de 'cure' (revalidatie) en met de andere in de 'care' sector. Door de toenemende aandacht voor chronisch zieken en de daarmee samenhangende langdurige begeleiding/behandeling dreigt de aandacht voor de kortdurende begeleiding/behandeling wat onder te sneeuwen (bron: interview NPI).

Er bestaat een druk op de paramedische beroepen tot het geven van een wetenschappelijke onderbouwing van het werk dat men doet. Men kan hier echter nog niet voldoende aan beantwoorden, omdat de basisgegevens over de zorgverlening en een wetenschappelijk kader voor onderzoek voor een gedeelte ontbreken. Effectiviteit en doelmatigheid worden door de beroepsgroepen heel belangrijk gevonden, maar zonder basisgegevens kan onderzoek hiernaar niet starten. Eén van de problemen is, dat het moeilijk is voor paramedische beroepsgroepen om precies aan te geven wat hun interventie is. De functie van de paramedische beroepen per patiëntencategorie zou beter beschreven moeten worden (bron: interview NPI).

## **5.9 Onderlinge relaties in de paramedische sector**

Formele relaties op landelijk niveau zijn niet aanwezig binnen de paramedische sector. Wel is er sprake van een informeel organisatorisch verband, het paramedische overleg, waarin alle paramedische beroepsverenigingen vertegenwoordigd zijn. Sinds 1995 bestaat het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI), voortgekomen uit de voormalige SWSF (Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie). Het NPI en de paramedische beroepsgroepen voeren regelmatig overleg zodat verbreding van de SWSF naar de totale sector gerealiseerd kan worden.

Paramedici werken in de intramurale gezondheidszorg veelal samen in multidisciplinaire behandelteams. Vooral in de revalidatiesector is behandeling via diagnosegerichte teams gebundeld. In teamoverleg en patiëntbesprekingen die in het kader van deze teams plaatsvinden zijn diverse paramedici vertegenwoordigd. Deze onderlinge relaties worden echter op instellingsniveau geregeld; hierover zijn echter geen gegevens beschikbaar.

De afstemming tussen intramuraal en extramuraal werkende beroepsgroepen, in verband met overdrachten en transfer, verloopt niet altijd goed. Veel beroepsgroepen zijn ook onbekend bij huisartsen en specialisten, waardoor transmurale zorg vaak zonder paramedici wordt ingevuld. De hulp van paramedici wordt ook wel geweerd, omdat dit concurrentie inhoudt voor bijvoorbeeld specialisten. Substitutie van de eerste naar de tweedelij wordt op deze manier in de weg gezeten.

De samenwerking tussen de extramurale paramedische beroepen is gering, maar samenwerking met verwijzers is erg belangrijk. Dat geldt vooral voor de samenwerking met de huisarts, als de centrale figuur in de zorg. Hoe goed de samenwerking verloopt is erg lokaal verschillend. Het komt voor dat er op paramedici wordt neergekeken. Een knelpunt is dat samenwerking onder de huidige honorering niet wordt gestimuleerd. De voorwaarden voor goede samenwerking zijn dus niet optimaal.

De communicatie tussen huisarts en fysiotherapeut zou beter kunnen. Een NHG-

standaard voor de verwijfsbrief naar paramedici zou daaraan kunnen bijdragen (bron: interview NPI).

In de paramedische sector kan naast de formele verwijzer ook sprake zijn van een aanmelder. Aanmelders zijn degenen die als eerste signaleren dat een patiënt in aanmerking komt voor een paramedische behandeling. Empirische gegevens over het aandeel van aanmelders in de paramedische zorg zijn verkregen via onderzoeken die door het NIVEL zijn uitgevoerd voor zeven van de tien paramedische beroepen. Aanmelding door andere paramedici komt voor in de ergotherapie, diëtetiek en podotherapie.

In de enquête van het onderzoek naar de functie en plaats van de ergotherapie (Driessen & Dekker, 1994) is ook gevraagd naar personen die patiënten bij de ergotherapeut aanmelden. Belangrijke aanmelder uit de tweede lijn is de fysiotherapeut, genoemd door 30 % van de ergotherapeuten.

Diëtisten behandelen eveneens veel patiënten die door andere zorgverleners worden aangemeld. In het onderzoek van Paas en Friele (1996) is het percentage diëtisten dat een aanmelder noemt berekend voor de totale groep diëtisten alsook voor het ziekenhuis, verpleeghuis, kruiswerk en vrijgevestigde diëtisten afzonderlijk. Het relatieve aandeel van aanmelders kan worden gebaseerd op een schatting van de totale groep diëtisten. Voor paramedici betreft dit aandeel 14,3 % van het totaal. Hierin vertegenwoordigd zijn de fysiotherapeut (11,1 %), de logopedist (5,6%) en de ergotherapeut (1,9%). Indien deze cijfers voor de verschillende werkvelden apart worden bekeken blijkt vooral in verpleeghuizen (21,4%) en in de vrijgevestigde praktijk (28,8%) het percentage diëtisten dat andere paramedici als aanmelder noemt aanzienlijk. Andere belangrijke aanmelders zijn sociaal-geneeskundigen en de overige hulpverleners (bijvoorbeeld verpleging/verzorging en psycholoog).

De podotherapeut krijgt eveneens patiënten aangemeld via niet-geneeskundigen (Zuijderduin & Dekker, 1994). Met name fysiotherapeuten en oefentherapeuten (Cesar-Mensendieck) worden vaak als aanmelders genoemd. Het percentage podotherapeuten dat de fysiotherapeut als aanmelder noemt is 62%; de oefentherapeut-Mensendieck wordt in 26% van de gevallen genoemd en de oefentherapeut zonder nadere specificatie in 16% van de gevallen.

## 6 SAMENHANG EN SAMENWERKING

### 6.1 Relaties tussen de medische sector en V&V

#### 6.1.1 Inleiding

De relatie tussen de medische sector en de verpleging en verzorging lijkt in het beleid wat onderbelicht te zijn. De relaties tussen huisartsen, specialisten en ziekenhuizen hebben ruim de aandacht gekregen ten gevolge van de adviezen van de Commissie Biesheuvel. De relaties binnen de verpleging en verzorging zijn voor wat betreft de ouderenzorg onderwerp geweest van het rapport van de Commissie Welschen en de daarop volgende besluitvorming.

Artsen en verpleegkundigen hebben echter 'van nature' met elkaar te maken bij de uitoefening van hun beroep. De samenwerking tussen beide beroepsgroepen is in het ziekenhuis, althans in de kliniek, beter zichtbaar dan in de thuiszorg. Maar ook in de thuiszorg hebben bepaalde groepen patiënten zowel verpleegkundige en verzorgende hulp nodig als medische zorg.

Uit bestaande registraties kan niet worden afgeleid hoeveel patiënten in verband met één en dezelfde aandoening zowel thuiszorg ontvangen als medische zorg van hun huisarts. Gezien het cliëntenbestand van de thuiszorg (zie hoofdstuk 4) zal het bij deze gezamenlijke patiënten hoofdzakelijk om ouderen gaan.

Omdat huisartsen en wijkverpleegkundigen in het hele land patiënten delen en derhalve op patiëntniveau vaak met elkaar moeten samenwerken, is men op een aantal plaatsen overgegaan tot het vormen van zogeheten hometeams. Hometeams zijn samenwerkingsverbanden zonder gemeenschappelijke huisvesting, waarin tenminste één huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker participeren, die met een vaste regelmaat tenminste maandelijks vergaderen, waarin de deelnemers van de drie genoemde disciplines in de regel aanwezig zijn en waarin het overleg (mede) gericht is op de directe hulp aan individuele patiënten of cliënten (Boerma, 1986). In 1992 functioneerden in Nederland 399 hometeams die voldeden aan de zojuist omschreven definitie; de zogeheten A-hometeams. Daarnaast functioneerden nog eens 205 samenwerkingsverbanden die sterke overeenkomsten vertonen met home-teams, maar niet volledig voldoen aan criteria, doordat zij bijvoorbeeld slechts één keer per drie maanden vergaderen: de zogeheten B-hometeams. Tussen 1990 en 1992 voltrok zich een daling van het aantal A-hometeams van 13,3%. Het aantal B-hometeams nam met 9,1% toe (Harmsen, 1993).

Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn onder één dak werkzaam in gezondheidscentra. Het aantal gezondheidscentra in Nederland is gedaald van 161 in 1992 naar 148 op dit moment (NIVEL: registratie van gezondheidscentra).

De relaties binnen de eerste lijn stonden eind jaren zeventig, begin jaren tachtig in het middelpunt van de belangstelling. Sinds het failliet van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en het bijbehorende gedachtengoed zijn huisartsen zich echter meer gaan richten op de medische as huisarts-specialist, terwijl binnen de thuiszorg de energie vooral is gestoken in de integratie kruiswerk en gezinszorg. Wellicht zal de relatie huisarts-thuiszorg in de toekomst weer aan betekenis winnen, doordat huisartsen en wijkverpleegkundigen gezamenlijk betrokken zijn bij transmurale zorg. Op het niveau van de landelijke organisaties verkeren beide beroepsgroepen echter nog in het stadium dat men elkaar de regiefunctie in transmurale zorg betwist. De huisartsen

hechten belang aan deze regiefunctie, omdat het hoort bij hun centrale positie in de gezondheidszorg. De huisarts moet vanuit die visie steeds de aanspreekbare figuur blijven, die continue en integrale zorg verleend (bron: interview LHV). Verpleegkundigen hebben echter het gevoel dat juist zij vaak degene zijn die in de praktijk de zorg regelt en coördineert, waardoor de regiefunctie beter bij de verpleging op haar plaats is (bron: interview LCVV).

Een nieuw fenomeen vormt de praktijkverpleegkundige die, naar Engels voorbeeld, verbonden is aan een huisartspraktijk en daar bepaalde taken overneemt van de huisarts. De praktijkverpleegkundige hoeft niet per definitie een wijkverpleegkundige te zijn, hoewel organisatorische constructies denkbaar zijn waarbij dit wel het geval is. In Oost-Groningen bijvoorbeeld, loopt een project waarbij de bestaande, geografisch ingedeelde teams van de kruisvereniging zijn omgebouwd naar een indeling die overeenstemt met de indeling in huisartsengroepen. Het streven is om in 1998 in elke huisartspraktijk een praktijkverpleegkundige (beter gezegd: een praktijkgebonden wijkverpleegkundige) in te zetten. Vooruitlopend op deze situatie is een viertal pilots gestart waarbij de gewenste één-op-één relatie al is gerealiseerd. Het project in Oost-Groningen wordt momenteel geëvalueerd door het NIVEL.

Een probleem dat van oudsher speelt in de relatie huisarts-thuiszorg is de afstemming van doelpopulaties. De praktijkpopulatie van huisartsen woont verspreid over een relatief groot gebied, terwijl wijkverpleegkundigen werkzaam zijn in geografisch afgebakende gebieden. Met name in verstedelijkte gebieden leidt dat ertoe dat huisartsen in hun praktijk te maken hebben met een groot aantal wijkverpleegkundigen, terwijl omgekeerd wijkverpleegkundigen zorg verlenen aan patiënten van een groot aantal huisartsen (verg. De Bakker, 1987).

## 6.2 Relaties tussen de medische en paramedische sector

De relaties tussen de medische en paramedische sector kunnen worden beschreven aan de hand van verwijzingsgegevens. De meeste paramedische zorg is alleen toegankelijk op schriftelijke verwijzing van een arts of tandarts. Bij elke paramedische beroepsgroep spelen andere verwijzers een rol, al hebben de meeste paramedici te maken met de huisarts als verwijzer. In de volgende paragrafen komen de verwijzingsgegevens voor de diverse paramedici achtereenvolgens aan de orde.

### *Verwijzing fysiotherapie*

#### *Verwijzers*

Informatie over de verwijzing is verkregen uit het project BEEF (Beleidsgericht Evaluatie en Effectonderzoek Extramuraal Fysiotherapie; Van der Valk e.a., 1995; Dekker & van Baar, 1995) en het project FON (Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk; Wiegerink & Oostendorp, 1994; Nederlands Paramedisch Instituut, 1995). Beide projecten betreffen registratie-onderzoek in de extramuraal fysiotherapie.

Tabel 6.1 geeft een overzicht van de verwijzers van fysiotherapie-patiënten. Het grootste deel van de patiënten (81%) is door een huisarts verwezen; 16% is verwezen door een medisch specialist. De specialisten die het meest verwijzen voor fysiotherapie zijn de orthopeed, chirurg en neuroloog. De resterende 3% van de patiënten komt op eigen initiatief of is verwezen door een andere arts (verpleeghuisarts, bedrijfsarts).

Tabel 6.1 Verwijzers van patiënten voor extramurale fysiotherapie (N=17.201)

Verwijzer	Percentage
Huisarts	80,9
Medisch specialist	16,1
Overige verwijzers of geen verwijzer	2,9
Onbekend	0,2

Bron: Van der Valk e.a., 1995 (BEEF).

### Verwijscijfers

Over de verwijzingen door de huisarts naar de fysiotherapeut is nader onderzoek verricht door Kerssens en Curfs (1993). In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een registratie in 1985 bij 59 huisartsen deelnemend aan het project Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Deze huisartsen hebben gedurende een periode van een jaar alle patiënten die zij verwezen naar de fysiotherapeut geregistreerd. Tabel 6.2 geeft de verwijscijfers\* weer.

Het totale verwijscijfer is 81 per 1000 personen ingeschreven bij een huisarts; het gaat om ongeveer 47 nieuwe verwijzingen en 34 verlengingsverwijzingen per 1000 ingeschreven personen. Het verwijscijfer bij vrouwen is hoger dan het verwijscijfer bij mannen. Tevens neemt het verwijscijfer toe met de leeftijd; bij 65-plussers is het aantal verlengingsverwijzingen groter dan het aantal nieuwe verwijzingen. Het verwijscijfer bij ziekenfonds verzekerden is aanmerkelijk hoger dan het verwijscijfer bij particulier verzekerden.

Tabel 6.2 Aantal nieuwe verwijzingen en verlengingsverwijzingen voor fysiotherapie per 1000 personen ingeschreven bij een huisarts, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm

	Nieuwe verwijzing	Verlengingsverwijzing	Totaal verwijscijfer
<b>Geslacht</b>			
man	43,3	28,1	71,4
vrouw	51,0	38,6	89,6
<b>Leeftijd</b>			
0 - 14	8,8	5,2	13,0
15 - 24	29,4	12,4	41,8
25 - 34	49,9	25,8	75,7
35 - 44	70,2	40,2	110,4
45 - 54	78,8	51,5	130,3
55 - 64	69,5	50,7	120,2
≥ 65	59,0	83,0	142,0
<b>Verzekeringsvorm</b>			
ziekenfonds	58,9	50,0	108,9
particulier	28,2	6,6	33,8
<b>Totaal</b>	<b>47,2</b>	<b>33,5</b>	<b>80,7</b>

Bron: Kerssens & Curfs, 1993.

\* Het verwijscijfer is gedefinieerd als het aantal patiënten dat per jaar door de huisarts wordt verwezen per 1000 personen ingeschreven bij een huisarts. Het leeftijdsspecifieke verwijscijfer is het aantal verwezen patiënten in een bepaalde leeftijdscategorie per 1000 ingeschreven personen in diezelfde leeftijdscategorie. Voor andere specifieke verwijscijfers geldt een analoge operationalisatie.

Uit de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is eveneens informatie verkregen over de verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten (Uunk e.a., 1991). Uit dit onderzoek komt naar voren dat de huisarts in 2,6% van alle gevallen verwijst naar de fysiotherapeut. Dit percentage kan worden gespecificeerd op basis van de diagnose die door de huisarts bij de patiënt wordt gesteld. In tabel 6.3 staan de morbiditeitsspecifieke verwijzpercentages vermeld. Voor de classificatie van diagnosegroepen is gebruik gemaakt van de hoofdstukindeling van de International Classification of Primary Care (Lamberts & Wood, 1987). De rechterkolom bevat het percentage zorgepisodes<sup>1</sup> waarin naar de fysiotherapeut is verwezen.

Tabel 6.3 Morbiditeitsspecifieke verwijzpercentages voor verwijzingen door de huisarts naar de fysiotherapeut (N=285.184 zorgepisodes<sup>1</sup>)

Diagnosegroep (ICPC-hoofdstuk)	Verwijzpercentage
Algemeen (H10)	0,6
Bloed (H11)	0,1
Spijsvertering (H12)	0,1
Oog (H13)	0,1
Oor (H14)	0,0
Hart/ vaat (H15)	0,2
Bewegingsapparaat (H16)	16,0
Zenuwstelsel	2,6
Psyche (H18)	1,2
Ademhaling (H19)	0,4
Huid (H20)	0,2
Voeding (H21)	0,3
Urologie (H22)	0,2
Zwangerschap (H23)	0,1
Vrouwelijke genitaliën (H24)	0,2
Mannelijke genitaliën (H25)	0,1
Sociale problemen (H26)	0,3
Totaal	2,6

<sup>1</sup> In 16.490 (5,5%) zorgepisodes is geen diagnose gesteld.

Bron: Uunk e.a., 1991

Uit de tabel blijkt dat de huisarts bij 16% van de gepresenteerde aandoeningen van het bewegingsapparaat naar de fysiotherapeut verwijst. Bij aandoeningen van het zenuwstelsel wordt in bijna 3% van de gevallen verwezen naar de fysiotherapeut; bij psychische aandoeningen in ruim 1% van de gevallen. Voor alle overige diagnosegroepen is het percentage verwijzingen naar de fysiotherapeut minder dan 1%.

Het project Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO) heeft betrekking op de relatie tussen de huisarts en de fysiotherapeut. Het doel van het CFO-project was om vast te stellen wat het effect is van de invoering van de mogelijkheid voor huisartsen om door te verwijzen naar de fysiotherapeut voor een eenmalige consultatie. In 1992/1993 is met het CFO geëxperimenteerd. Zowel huisartsen als fysiotherapeuten zijn positief over de toepassing en de kwaliteit van het CFO. Voor structurele invoering

<sup>1</sup> Een zorgperiode kan worden omschreven als alle opeenvolgende contacten tussen huisarts en patiënt, die betrekking hebben op de behandeling van een bepaalde klacht.

van het CFO is echter formalisering in de wet noodzakelijk en dienen overeenkomsten tussen de diverse betrokken partijen te worden gerealiseerd (Hendriks e.a., 1994).

### Verwijzing ergotherapie

#### Verwijzers

De gegevens over het gebruik van ergotherapeutische zorg zijn voornamelijk afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg (Driessen & Dekker, 1994). In het kader van dit onderzoek heeft een registratie plaatsgevonden van behandelingen bij patiënten van 15 jaar en ouder die werden verwezen naar de ergotherapeut. Uit het registratie-onderzoek blijkt dat ergotherapeuten te maken hebben met verschillende verwijzers afhankelijk van hun werkring. Bij ergotherapeuten werkzaam in verpleeghuizen wordt 68,1% van de patiënten verwezen door de verpleeghuisarts en 16,9% door de huisarts. Bij ergotherapeuten werkzaam in revalidatiecentra wordt het overgrote deel van de patiënten (85,8%) verwezen door de revalidatie-arts. De ergotherapeuten werkzaam in algemene ziekenhuizen krijgen hun patiënten verwezen door de revalidatie-arts (54,6% van de patiënten), de neuroloog (17,6%) en de reumatoloog (7,8%). Bij ergotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen wordt 56,2% van de patiënten verwezen door de psychiater en wordt ongeveer 40% niet verwezen, maar aangemeld door bijvoorbeeld een verpleegkundige of groepsleider.

Tabel 6.4 is gebaseerd op het enquête-onderzoek onder 264 ergotherapeuten. Ruim de helft van de ergotherapeuten noemt de revalidatie-arts als verwijzer van patiënten in het afgelopen half jaar; ruim een derde noemt eveneens de verpleeghuisarts en de huisarts als verwijzers. Daarnaast worden als verwijzers genoemd specialisten (neuroloog, reumatoloog, chirurg, orthopeed), de psychiater en de schoolarts. Ruim 15% van de ergotherapeuten geeft bovendien aan dat niet altijd sprake is van een verwijzer, omdat ergotherapie onderdeel uitmaakt van een groeps- of afdelingsprogramma.

Tabel 6.4 Verwijzers in het afgelopen half jaar; percentage ergotherapeuten dat deze verwijzer noemt (N=264)

Verwijzer	Percentage <sup>1</sup>
Revalidatie-arts	53,0
Verpleeghuisarts	36,4
Huisarts	36,0
Niet van toepassing (ergotherapie is onderdeel van groeps-/afdelingsprogramma)	15,2

<sup>1</sup> De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere verwijzers konden worden genoemd.  
Bron: Driessen & Dekker, 1994.

#### Aanmelders

In de enquête is ook gevraagd naar de personen die de patiënten bij de ergotherapeut aanmelden. Aanmelders zijn degenen die als eerste signaleren dat een patiënt in aanmerking komt voor een ergotherapeutische behandeling. Aanmelders in het afgelopen jaar zijn weergegeven in tabel 6.5.

Het grootste deel van de ergotherapeuten noemt aanmelders die werkzaam zijn in de tweede lijn. Belangrijke aanmelders uit de tweede lijn zijn met name de fysiotherapeut (genoemd door 30% van de ergotherapeuten) en de verpleging (23%). Bijna de helft

van de ergotherapeuten noemt eveneens aanmelders uit de eerste lijn. De meest genoemde aanmelders uit de eerste lijn zijn de (wijk-)verpleging (24%) en de huisarts (13%). Daarnaast is expliciet gevraagd naar de psycholoog en orthopedagoog als aanmelders; deze worden door respectievelijk 16% en 10% van de ergotherapeuten vermeld.

Tabel 6.5 Aanmelders in het afgelopen half jaar; percentage ergotherapeuten dat deze aanmelder noemt (N=264)

Aanmelder	Percentage <sup>1</sup>
psycholoog	15,5
orthopedagoog	10,2
aanmelders eerste lijn	47,0
aanmelders tweede lijn	61,4

<sup>1</sup> De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere aanmelders konden worden genoemd.  
Bron: Driessen & Dekker, 1994.

### *Verwijzing logopedie*

#### *Verwijzers*

De gegevens over de verwijzing zijn afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van de logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg (Raaijmakers & Dekker, 1995). In het kader van dit onderzoek is een enquête en een registratie-onderzoek uitgevoerd.

Tabel 6.6 is gebaseerd op de resultaten van het enquête-onderzoek. De mate waarin logopedisten te maken hebben met verwijzers is sterk afhankelijk van hun werkkring. Logopedisten in intramurale instellingen en vrijgevestigde praktijken krijgen hun patiënten vrijwel altijd via een verwijzer, terwijl dit bij logopedisten werkzaam in het basisonderwijs/BAGD/GGD voor de helft van hun patiënten geldt. Logopedisten werkzaam in het speciaal onderwijs hebben vrijwel nooit te maken met verwijzers.

Tabel 6.6 Percentage logopedisten dat contact heeft met verwijzers per werkveld

Werkveld	Percentage contact met verwijzers
Intramuraal (N=63)	92,1
Vrijgevestigd (N=155)	99,4
Basisonderwijs/BAGD/GGD (N=58)	48,3
Speciaal onderwijs (N=63)	7,0
Overige (N=19)	52,6
Totaal (N=381)	66,9

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

Er zijn verschillende disciplines die patiënten kunnen verwijzen voor logopedie. Per werkveld is nagegaan welke verwijzers het grootste aantal patiënten verwijzen. Tabel 6.7 laat zien dat hierin aanzienlijke verschillen bestaan tussen intramuraal werkende logopedisten, vrijgevestigde logopedisten en logopedisten werkzaam in het basisonderwijs/BADG/GGD. Logopedisten werkzaam in het speciaal onderwijs worden hier buiten beschouwing gelaten, omdat zij meestal geen contact hebben met verwijzers.

De intramuraal werkende logopedisten noemen diverse artsen als belangrijkste ver-



wijzers, zoals de verpleeghuisarts, KNO-arts en neuroloog. Voor vrijwel alle vrijgevestigde logopedisten is de huisarts de belangrijkste verwijzer; ook krijgen de meeste vrijgevestigde logopedisten veel patiënten via de KNO-arts. Driekwart van de logopedisten werkzaam in het basisonderwijs/BADG/GGD noemt de jeugdarts als de belangrijkste verwijzer. Ook de huisarts en de tandarts/specialist zijn belangrijke verwijzers voor een deel van deze logopedisten.

#### Verwijscijfers

Over de verwijzingen door de **huisarts** is informatie beschikbaar uit het onderzoek van Dekker e.a. (1992). Ten behoeve van dit onderzoek hebben de 60 huisartsen deelnemend aan de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland in 1989 en 1990 alle verwijzingen voor logopedie geregistreerd.

In totaal werden 477 patiënten door de huisartsen naar de logopedist verwezen. Dit komt neer op gemiddeld 1,7 per 1000 patiënten per jaar.

Tabel 6.7 Verwijzers die het meest verwijzen; percentage<sup>1</sup> logopedisten dat deze verwijzer noemt per werkveld (N=240)

Verwijzer	Intramuraal	Vrijgevestigd	Basisonderwijs/ BADG/GGD
Huisarts	19,3	92,8	39,3
KNO-arts	28,1	66,7	21,4
Jeugdarts	-	16,3	75,0
Tandarts/specialist	3,5	19,0	28,6
Verpleeghuisarts	31,6	-	-
Kinderarts	15,8	9,2	3,6
Neuroloog	24,6	7,2	3,6
Revalidatie-arts	22,8	2,0	-
Overige geneeskundigen	10,5	3,3	-
Overige <sup>2</sup>	1,8	8,5	7,1

<sup>1</sup> De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere verwijzers konden worden genoemd.

<sup>2</sup> Het betreft hier niet-medici, zoals psychologen en schoollogopedisten of verwijzende instanties zoals audiologische centra of schoolbegeleidingsdiensten. Wettelijk gezien zijn dit geen erkende verwijzers; in de dagelijkse praktijk is desondanks niet altijd duidelijk welke verantwoordelijke geneeskundige de patiënt verwijst.

Bron: Raaijmakers & Dekker, 1995.

#### Verwijzing oefentherapie-Cesar

De gegevens over de verwijzing zijn afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg (Zuijderduin & Dekker, 1994). De zorg van een oefentherapeut-Cesar is voor patiënten alleen toegankelijk, indien zij zijn verwezen door een arts. Uit het enquête-onderzoek blijkt dat driekwart van de oefentherapeuten-Cesar (N=239) uitsluitend patiënten na verwijzing behandelt. De oefentherapeuten schatten dat 72% van de patiënten die zij behandelen door de huisarts is verwezen en 28% van de patiënten door een medisch specialist. Ongeveer 2% komt naar schatting in eerste instantie zonder verwijzing. Deze schatting komt goed overeen met de gegevens die uit het registratie-onderzoek naar voren komen. Van de geregistreerde patiënten was

<sup>\*</sup> Het totaal percentage is groter dan 100%, omdat het steeds gaat om het gemiddelde percentage dat door de oefentherapeuten werd opgegeven.

76% verwezen door de huisarts, 22% door de specialist en 2% kwam zonder verwijzing.

In tabel 6.8 staan de verwijzers vermeld die volgens de meeste oefentherapeuten patiënten hebben verwezen gedurende het half jaar voorafgaand aan de enquête.

Uit de tabel blijkt dat vrijwel alle oefentherapeuten te maken hebben met de huisarts als verwijzer. De meest genoemde medisch specialisten zijn de orthopeed en de neuroloog. Tevens noemt ruim tweederde van de oefentherapeuten de schoolarts als verwijzer in het afgelopen half jaar. Meer dan de helft van de oefentherapeuten noemt daarnaast de reumatoloog als verwijzer van hun patiënten.

Tabel 6.8 De tien meest genoemde verwijzers; het percentage oefentherapeuten-Cesar dat deze verwijzers noemt (N=239)

Verwijzer	Percentage
Huisarts	95,4
Orthopeed	88,7
Neuroloog	88,3
Schoolarts*	68,2
Reumatoloog	55,6
Revalidatie-arts	43,5
Kinderarts	28,9
Neurochirurg	19,7
Internist	15,9
Gynaecoloog	13,8

\* De schoolarts kan niet rechtstreeks verwijzen; de schoolarts kan de huisarts adviseren tot verwijzing.  
Bron: Zuijderduin & Dekker, 1994a.

#### *Verwijzing oefentherapie-Mensendieck*

De gegevens over de verwijzing naar de oefentherapeut-Mensendieck zijn eveneens afkomstig uit het onderzoek naar de functie en plaats van de oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck in de Nederlandse gezondheidszorg (Zuijderduin & Dekker, 1994). Voor de behandeling door een oefentherapeut-Mensendieck dient men te worden verwezen door een arts. Uit het enquête-onderzoek blijkt dat 83% van de oefentherapeuten-Mensendieck (N=240) nooit patiënten zonder verwijzing behandelt. De oefentherapeuten schatten dat 63% van de patiënten die zij behandelen door de huisarts is verwezen en 36% van de patiënten door een medisch specialist. Ongeveer 1% komt naar schatting in eerste instantie zonder verwijzing. Van de patiënten in het registratie-onderzoek blijkt 69% te zijn verwezen door de huisarts en 28% door een specialist; 2% komt op eigen initiatief.

In tabel 6.9 staan de tien meest genoemde verwijzers. Vrijwel alle oefentherapeuten-Mensendieck hebben het afgelopen half jaar te maken gehad met de huisarts, neuroloog en orthopeed als verwijzers van hun patiënten. Ongeveer driekwart van de oefentherapeuten noemt eveneens de reumatoloog en schoolarts als verwijzers.

Tabel 6.9 De tien meest genoemde verwijzers; het percentage oefentherapeuten-Mensendieck dat deze verwijzers noemt (N=240)

Verwijzer	Percentage
Huisarts	97,5
Neuroloog	96,3
Orthopeed	94,2
Reumatoloog	75,0
Schoolarts	71,7
Neurochirurg	46,7
Revalidatie-arts	44,2
Kinderarts	29,2
Internist	25,8

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994a.

### Verwijzing diëtetik

Diëtisten mogen alleen patiënten voor wie zij een schriftelijke verwijzing hebben ontvangen behandelen. In de praktijk blijkt dat ook anderen dan artsen en tandartsen (de officiële verwijzers) patiënten naar de diëtist sturen. We spreken in dat geval van aanmelders.

Informatie over de verwijzers en aanmelders van patiënten van de diëtist is verkregen uit het onderzoek naar de functie en plaats van diëtetik in de Nederlandse gezondheidszorg (Paas & Friele, 1996). In het kader van dit onderzoek is in 1994 een schriftelijke enquête afgenomen bij 921 diëtisten. De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig van een subgroep van de geënquêteerde diëtisten, diëtisten werkzaam in de gezondheidszorg (N=531). Hiervan waren er 223 werkzaam in ziekenhuizen, 60 werkzaam in kruiswerk-/thuiszorgorganisaties, 131 werkzaam in verpleeghuizen en 73 vrijgevestigd. De resterende 44 diëtisten waren werkzaam in overige gezondheidszorginstellingen.

### Verwijzers

Tabel 6.10 geeft een overzicht van de verwijzers van patiënten voor diëtetik. In de tabel staat het percentage diëtisten dat aangeeft te maken te hebben gehad met de betreffende verwijzer in het half jaar voorafgaande aan de enquête.

Tabel 6.10 Verwijzers in het afgelopen half jaar; percentage diëtisten dat deze verwijzer noemt<sup>1</sup>

Verwijzer	Totaal (N=531)	Ziekenhuis (N=223)	Kruiswerk (N=60)	Verpleeghuis (N=131)	Vrijgevestigd (N=73)
Specialist	78,5	97,8	91,7	64,9	53,4
Huisarts	53,5	11,2	95,0	76,3	94,5
Verpleeghuisarts	12,8	4,0	1,7	38,9	0,0
Afdelingsarts	3,6	4,9	0,0	0,8	1,4
Tandarts	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0

<sup>1</sup> De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere verwijzers konden worden genoemd.

Bron: Paas & Friele (1996).

Medisch specialisten blijken de belangrijkste verwijzers voor diëtisten. Dit geldt met name voor diëtisten werkzaam in ziekenhuizen en kruiswerk-/thuiszorgorganisaties. De specialisten die het meest frequent als verwijzer worden genoemd zijn de internist, de cardioloog, de kinderarts en de algemeen chirurg. Voor diëtisten werkzaam in verpleeghuizen en voor vrijgevestigde diëtisten is de huisarts de belangrijkste verwijzer. Dit geldt ook voor de diëtist werkzaam in de thuiszorg.

#### Aanmelders

Diëtisten behandelen eveneens veel patiënten die door andere zorgverleners worden aangemeld. In tabel 6.11 staat het percentage diëtisten dat aangeeft te maken te hebben gehad met de betreffende aanmelder in het half jaar voorafgaand aan de enquête.

De belangrijkste aanmelders, naast de officiële verwijzers, zijn de verpleegkundigen en verzorgenden. Dit geldt met name voor diëtisten werkzaam in verpleeghuizen. Ook de consultatiebureau-arts wordt relatief vaak als aanmelder genoemd, vooral door diëtisten werkzaam in kruiswerk-/thuiszorgorganisaties en diëtisten werkzaam in verpleeghuizen.

Tabel 6.11 Aanmelders in het afgelopen half jaar; percentage diëtisten dat deze aanmelder noemt<sup>1</sup>

Aanmelder	Totaal (N=531)	Ziekenhuis (N=223)	Kruiswerk (N=60)	Verpleeghuis (N=131)	Vrijgevestigd (N=73)
Sociaal-geneeskundigen	29,2	4,0	83,3	56,5	71,2
consultatiebureau-arts	24,1	0,9	83,3	54,2	6,8
schoolarts	15,8	0,0	53,3	35,1	8,2
bedrijfsarts	13,0	2,2	28,3	23,7	20,5
verzekeringsarts	2,6	0,9	6,7	1,5	8,2
Paramedici	14,3	6,7	8,3	21,4	28,8
fysiotherapeut	11,1	3,1	8,3	16,0	27,4
logopedist	5,6	5,4	0,0	10,7	0,0
ergotherapeut	1,9	0,0	0,0	5,3	1,4
Overige hulpverleners	48,4	50,7	45,0	54,2	20,5
verpleg./verzorging	39,7	39,5	38,3	53,4	1,4
psycholoog	12,4	18,8	8,3	6,1	12,3
ondersteunend pers.	0,9	0,4	1,7	0,8	1,4
anderen	3,2	1,3	1,7	3,1	9,6
Initiatief patiënt	1,7	0,0	1,7	2,3	5,5
Alternatief gezegers	1,3	0,0	1,7	1,5	4,1

<sup>1</sup> De percentages zijn opgeteld meer dan 100, omdat meerdere aanmelders konden worden genoemd.

Bron: Paas & Friele (1996).

#### Verwijzing overige paramedische beroepen

Empirische gegevens over de verwijzers voor mondhygiënistische zorg en het verwijscijfer ontbreken. Tandartsen en tandartsspecialisten zijn de belangrijkste verwijzers. In ziekenhuizen worden de patiënten verwezen naar de afdeling mondziekten en kaakchirurgie. Enkele mondhygiënisten werken in ziekenhuizen met specialismen zoals cardiologie, hematologie, oncologie en radiotherapie. Patiënten kunnen ook afkomstig zijn van multidisciplinaire behandelteams zoals een schisis-team of een osteotomie-team. Tot slot kunnen patiënten verwezen worden vanuit gezondheidsdiensten door bijvoorbeeld jeugdartsen.

Orthoptisten mogen alleen patiënten behandelen voor wie zij een schriftelijke verwijzing hebben ontvangen. Uit een enquête in 1994 onder 124 leden van de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (respons-percentages van 48%) blijkt dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt. Slechts 57% van de orthoptisten schat dat bij 75 tot 100% van de nieuw verwezen patiënten sprake is van een schriftelijke verwijzing. Zevenentwintig procent schat dat dit bij 50 tot 75% van de verwijzingen het geval is. De overige orthoptisten schatten het percentage schriftelijke verwijzingen lager dan 50% (NVvO, 1994).

Uit de enquête komt naar voren dat de oogarts de belangrijkste verwijzer is voor orthoptisten. Op de tweede plaats komt de consultatiebureau-arts en op de derde plaats de huisarts. De schoolarts is de vierde verwijzer voor orthoptie. Minder frequent zijn de patiënten verwezen door de kinderarts, neuroloog, internist, kaakchirurg of andere specialismen (NVvO, 1994).

Naast de genoemde verwijzers worden patiënten incidenteel aangemeld via opticiens (NVvO, 1994).

De radiodiagnostisch laborant handelt op aanwijzing en onder controle van een praktijkuitoefenend arts. Dit betekent dat de radiodiagnostisch laborant niet te maken heeft met officiële verwijzers. Naast opdrachten van de radiodiagnostisch laborant (in)direct opdrachten van andere in het ziekenhuis werkzame specialisten en extramuraal werkzame artsen, zoals huisartsen en verzekeringsartsen.

Ook de radiotherapeutisch laborant handelt op aanwijzing en onder controle van een arts. De bestraling van patiënten door de radiotherapeutisch laborant wordt uitgevoerd in opdracht van en in samenwerking met een praktijk uitoefenend radiotherapeut.

Podotherapeutische zorg is alleen toegankelijk, indien men hiervoor door een arts schriftelijk verwezen wordt. Het enquête-onderzoek geeft informatie over de verwijzing van patiënten voor podotherapie. Naar schatting wordt 59% van alle patiënten verwezen door de huisarts en 10% door de specialist. De overige patiënten komen in eerste instantie zonder verwijzing; 14% wordt doorgestuurd door een aanmelder en 20% komt op eigen initiatief.

Aan de podotherapeuten is gevraagd welke verwijzers het afgelopen half jaar patiënten hadden verwezen voor podotherapie. In tabel 6.12 staan de tien meest genoemde verwijzers vermeld.

Vrijwel alle podotherapeuten noemen de huisarts als verwijzer. Ruim 70% van de podotherapeuten krijgt eveneens patiënten verwezen door een orthopeed. Daarnaast heeft ongeveer de helft van de podotherapeuten te maken met de schoolarts, reumatoloog of internist als verwijzer.

---

\* Het totaal percentage is groter dan 100%, omdat het steeds gaat om het gemiddelde percentage dat door de podotherapeuten werd opgegeven.

Tabel 6.12 De tien meest genoemde verwijzers; het percentage podotherapeuten dat deze verwijzers noemt (N=125)

Verwijzer	Percentage
Huisarts	99
Orthopeed	71
Schoolarts	53
Reumatoloog	50
Internist	49
Dermatoloog	43
Sportarts	34
Revalidatie-arts	23
Kinderarts	18
Neuroloog	14

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994b.

Zoals eerder beschreven sturen ook niet-geneeskundigen patiënten door voor podotherapie. In tabel 6.13 staan de aanmelders die door de meeste podotherapeuten worden genoemd. Met name fysiotherapeuten en pedicures spelen een rol als aanmelder. Oefentherapeuten (Mensendieck of niet gespecificeerd) worden eveneens vaak als aanmelders genoemd.

Tabel 6.13 De vijf meest genoemde aanmelders; het percentage podotherapeuten dat deze aanmelders noemt (N=125)

Verwijzer	Percentage
Fysiotherapeut	84
Pedicure	62
Oefentherapeut-Mensendieck	26
Medewerker schoenenwinkel	26
Oefentherapeut niet gespecificeerd	16

Bron: Zijlderduin & Dekker, 1994b.

### 6.3 Relaties tussen Verpleging en Verzorging en de paramedische sector

De sectoren verpleging en verzorging en paramedische zorg kennen geen formele onderlinge relaties. In de intramurale gezondheidszorg maken beide disciplines veelal deel uit van multidisciplinaire behandelteams. Overleg en uitwisseling van informatie over de behandeling van patiënten vindt dan op lokaal niveau plaats. Er zijn methoden bekend voor de behandeling van bepaalde diagnosegroepen die discipline overstijgend zijn. Een voorbeeld hiervan is de Neuro Developmental Treatment (NDT) die wordt toegepast bij hemiplegie patiënten (patiënten met een halfzijdige verlamming als gevolg van een beroerte). De NDT-methode wordt in verschillende instellingen door meerdere disciplines toegepast waarbij zowel verpleging als paramedici (fysiotherapie en ergotherapie) betrokken zijn.

De tendens om meer patiënten in de thuissituatie te behandelen zal ook invloed hebben op de relatie tussen thuiszorg en extramuraal paramedische zorg. Over deze relaties zijn echter geen gegevens beschikbaar.

In de paramedische sector wordt gewerkt op verwijzing van een arts. Naast formele verwijzers kent de sector ook aanmelders. Aanmelders zijn degenen die als eerste signaleren dat een patiënt in aanmerking komt voor een paramedische behandeling. Empirische gegevens over het aandeel van aanmelders in de paramedische zorg zijn verkregen via de functie en plaats onderzoeken die door het NIVEL zijn uitgevoerd voor zeven van de tien paramedische beroepen. Aanmelding door hulpverleners uit de sector verpleging en verzorging komt voor in de ergotherapie en de diëtetiek.

In de enquête van het onderzoek naar de functie en plaats van ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg (Driessen & Dekker, 1995) is - naast de formele verwijzer - gevraagd naar personen die patiënten bij de ergotherapeut aanmelden. Het grootste deel van de ergotherapeuten heeft aanmelders genoemd die werkzaam zijn in de tweede lijn. Belangrijke aanmelder uit de tweede lijn is de verpleging. Het percentage ergotherapeuten dat de verpleging als aanmelder noemt is aanzienlijk (23%).

In de diëtetiek worden eveneens patiënten behandeld die door andere zorgverleners worden aangemeld (Paas & Friele, 1996). Het percentage diëtisten dat verpleging/-verzorging als aanmelder noemt is 39,7% in de totale groep diëtisten. Met name voor diëtisten werkzaam in verpleeghuizen geldt dat naast de officiële verwijzers de belangrijkste aanmelders de verpleegkundigen en verzorgenden zijn.

## 6.4 Transmurale zorg

In transmurale zorgprojecten is het niet ongebruikelijk dat medici, paramedici en verpleegkundigen gezamenlijk betrokken zijn bij de zorgverlening. Transmurale zorg wordt verleend ingeval van complexe zorgvragen, waarbij tegelijkertijd behoefte is aan generalistische en aan specialistische zorg (NRV, 1995) Het gaat in essentie om een integraal, samenhangend zorgaanbod, waarbij de lokatie, waar die zorg wordt geleverd, in hoge mate wordt bepaald door de wensen van de patiënt. De NRV hanteert de volgende definitie:

***“Transmurale zorg omvat vormen van zorg die, toegesneden op de behoeften van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.”***

De NRV (1995) noemt als doelstellingen van transmurale zorg:

- doeltreffendheid
- patiëntgerichtheid
- continuïteit van zorg
- beschikbaarheid van zorg
- doelmatigheid
- geïntegreerde zorg.

Transmurale zorg lijkt de laatste jaren een hoge vlucht te nemen, niet in het minst ondersteund door een aantal technologische ontwikkelingen, die de behandeling en verzorging van patiënten steeds minder afhankelijk maken van het ziekenhuis als institutionele voorziening. Het is helaas niet mogelijk om deze ontwikkeling in harde cijfers weer te geven. Transmurale zorg is niet een dermate vastomlijnd begrip, dat er statistische overzichten te maken zouden zijn, waarin bijvoorbeeld de ontwikkeling van

het aantal initiatieven in beeld kan worden gebracht, het aantal patiënten of cliënten, dat er nu bij betrokken is, of het aantal patiënten, dat er potentieel bij betrokken zou kunnen zijn.

Dergelijke schattingen zijn wel gemaakt voor ziekenhuisverplaatste zorg (Munsterman, 1993). Tabel 6.14 is aan dit artikel ontleend.

Tabel 6.14 Schatting potentiële doelgroep ziekenhuisverplaatste zorg

	LAAG	HOOG
Hartrevalidatie	20.000	50.000
Chirurgie: post-operatief	5.000	40.000
Terminale patiënten	2.000	20.000
Orthopedische revalidatie	5.000	20.000
Kinderen	10.000	15.000
Diabetes mellitus type 2	3.000	10.000
Pijnbestrijding	4.000	8.000

Bron: Munsterman, 1993

De spreiding in deze schattingen is erg groot en mede afhankelijk van de randvoorwaarden en de medische keuzes van de behandelend specialist.

#### *Vormen van transmurale zorg*

Op grond van een analyse van de Databank Zorgvernieuwing (een databank over zorgvernieuwingprojecten in de gezondheidszorg, onderhouden door het NIVEL, het NcGv en het NZi), komt de NRV tot de volgende onderverdeling van vormen van transmurale zorg:

1. Eerste- en tweedelijnsdisciplines verlenen gezamenlijk zorg, zonder dat er overdracht van patiënten plaats vindt.
2. "Tussen" de eerste en de tweede lijn wordt een speciale functionaris (of team) in het leven geroepen om tot een betere samenwerking te komen. In het bijzonder gaat het daarbij om ontslag uit het ziekenhuis. Voorbeelden van dergelijke functionarissen zijn de liaison- of de transferverpleegkundige.
3. Projecten waarin wordt getracht te komen tot één centraal meldpunt ("zorgloket") of tot één centrale indicatiestelling.
4. Projecten, waarin ziekenhuiszorg wordt verleend buiten de muren, maar nog wel onder de regie en verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Deze vorm van zorg wordt getypeerd met de term 'ziekenhuisverplaatste zorg'. De minister is van mening, dat deze vorm van zorg in het ziekenhuisbudget moet worden meegenomen. (Ankoné, 1995)

De laatste twee categorieën zijn niet per sé transmurale zorg volgens de definitie van de NRV. Er hoeft immers niet te zijn voldaan aan de eis van coördinatie tussen de eerste en de tweede lijn. In de meeste gevallen zal daarvan echter wel sprake zijn.

Uitgaande van haar definitie, onderkende de NRV op 15 januari 1995 42 transmurale projecten (voor ziekenhuizen en verpleeghuizen). In 30 daarvan verleenden eerste en tweede lijns disciplines gezamenlijk zorg, in 14 was er een aparte functionaris aangesteld (2 projecten hadden beide kenmerken). Enige bevindingen uit dit onderzoek over deze 42 projecten:

- In 24 projecten was sprake van protocolontwikkeling
- Bij 31 projecten waren specialisten betrokken. Bij 25 de ziekenhuisverpleging.
- In 11 projecten bestond de doelgroep uit (terminale) kankerpatiënten.



Een bijzondere vorm van transmurale zorg is de ontwikkeling naar transmurale medicijnverstrekking. Momenteel is het op grond van de Wet Geneesmiddelenvoorziening voor ziekenhuisapotheken nog verboden om medicijnen te verstrekken aan niet-opgenomen patiënten. De minister van VWS heeft het voornemen dit verbod op te heffen. In het kader van de ontwikkeling van transmurale zorg is er al een ontwikkeling aan de gang, waarin ziekenhuisapotheken geneesmiddelen leveren in het kader van bijvoorbeeld ziekenhuisverplaatste zorg. Hun korte communicatielijnen met de medisch specialisten kunnen hierbij van belang zijn. (Overigens blijkt uit onderzoek, dat 10 tot 15 procent van de totale extramurale medicatie wordt voorgeschreven door een medisch specialist. (Visser en Van Dam, 1996) De transmurale apotheker kan dus ook een sterke concurrent worden in deze markt.

In de literatuur worden op de volgende gebieden knelpunten gesignaleerd, waar het gaat om de realisering van transmurale zorg (zie onder meer: NRV, 1995;):

#### *Samenwerking tussen organisaties*

Hier worden als knelpunten gezien:

- Onvoldoende bekendheid met elkaars werkterrein en mogelijkheden
- Te weinig gerichtheid bij beroepsbeoefenaren op de mogelijkheden van echelon-overstijgende zorg
- Onvoldoende deskundigheid ten aanzien van samenwerking
- Organisatorische obstakels

In dit verband wordt een aantal specifieke knelpunten genoemd, waar het gaat om de samenwerking tussen professionele beroepsbeoefenaren. Geconstateerd wordt, dat het in veel gevallen ontbreekt aan:

- een brede benadering van de hulpvraag geïntegreerde indicatiestelling
- een gemeenschappelijk opgesteld zorgplan
- duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden
- samenwerking binnen de eigen sector
- overdracht van deskundigheden en vaardigheden
- informatie-uitwisseling tussen betrokkenen

De Raad is van mening, dat het merendeel van deze knelpunten kunnen worden verholpen door de ontwikkeling van protocollen.

#### *Personele en materiële capaciteit*

Er kan onvoldoende capaciteit beschikbaar zijn (mensen en bedden) om intramurale zorg mogelijk te maken. Eén van de oorzaken daarvan is de huidige erkenningssystematiek, die onvoldoende flexibiliteit mogelijk maakt. Daarnaast moet er bijvoorbeeld capaciteit zijn voor een 'achterwachtfunctie' voor acute specialistische hulpvragen. Ook kan er sprake zijn van te weinig mogelijkheden tot mantelzorg. Dit soort problemen vraagt om een veel meer systeemgerichte benadering dan een uitsluitend cliëntgerichte benadering.

#### *Financiering*

Ten aanzien van de financiering van transmurale zorg worden door de NRV de volgende knelpunten onderscheiden:

- Geen financiële prikkels
- Het bestaan van financieringsschotten
- Beschikbaar stellen van ziekenhuisapparatuur in de thuissituatie
- Leveren van medicijnen vanuit het ziekenhuis.

Veel transmurale zorg wordt gefinancierd op grond van incidentele financiering. Een groot knelpunt vormt de overgang van projectfinanciering naar reguliere financiering, wanneer het project zichzelf bewezen heeft.

Een oplossing hiervoor kan worden gevonden in het creëren van een vijfde onderhandelingsparameter (transmurale zorg) naast de vier al bestaande: opnamen, ligdagen, eerste polikliniekbezoeken en dagverpleging.

Voor wat betreft de ziekenhuisverplaatste zorg wordt als belangrijkste knelpunt de financiering door de ziektekostenverzekeraars gezien. Verzekeraars zijn geïnteresseerd, maar stellen zich afwachtend op (Munsterman, 1993).

## **7 RELATIES MET ZORGVERZEKERAARS**

### **7.1 De relatie huisarts - verzekeraar**

De positie van zorgverzekeraars in de Nederlandse gezondheidszorg is sinds het einde van de jaren tachtig nogal verschoven. Was er tien jaar geleden nog duidelijk sprake van enerzijds de ziekenfondsen als uitvoeringsorganen van de Ziekenfondswet en anderzijds de particuliere schadeverzekeraars, tegenwoordig zijn beide typen verzekeraars naar elkaar toe gegroeid -en niet zelden ook daadwerkelijk gefuseerd tot zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars worden bovendien steeds meer taken toebedeeld op het gebied van de bewaking van de kwaliteit en kosten van zorg. Het idee daarachter is dat verzekeraars dichter op de zorgverlening staan dan de overheid en over meer informatie beschikken met betrekking tot de zorgverlening. Dit zou hen in staat moeten stellen de regiefunctie in de gezondheidszorg beter te vervullen dan de overheid (Schut, 1996).

De relatie huisarts-verzekeraar verschilt ondanks het naar elkaar toegroeien van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars nog steeds wezenlijk voor beide type verzekeraars. Met een ziekenfonds heeft een huisarts een contract. Op basis van dit contract kunnen zij patiënten inschrijven in hun praktijk. Zij ontvangen daarvoor een abonnementshonorarium van fl. 123,44 voor de eerste 1600 ingeschreven patiënten en fl. 70,47 voor de rest. Om deze administratieve reden moeten ziekenfondspatiënten op naam zijn ingeschreven bij een huisarts. De zogeheten kostenknik bij 1600 ziekenfondspatiënten heeft te maken met de vergoeding voor praktijkkosten die inbegrepen is in het abonnementsstarief. In de honoreringsstructuur wordt ervan uitgegaan dat de praktijkkosten volledig gedekt zijn bij een praktijkomvang van 1600 ziekenfondspatiënten. Particulier verzekerden betalen de huisarts per consult of visite (resp. fl. 35 en fl. 70). Voor zover zij verzekerd zijn voor de kosten van huisartsenzorg en afhankelijk van hun eventuele eigen risico, krijgen zij deze kosten vergoed van hun verzekeraar. Door dit restitutiestelsel voor particulier verzekerden ontbreekt er een formele link tussen huisartsen en particuliere verzekeraars. De tarieven van huisartsen zijn gebaseerd op een norm-inkomen, waaraan gekoppeld is een norm-praktijkomvang en een norm-praktijkkostenvergoeding. De norm-praktijkomvang ligt op 2350 patiënten. Tot 1987 werd het inkomensbeleid voor huisartsen gevoerd op basis van de Wet Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren. Sindsdien is het norminkomen vastgesteld op het niveau 1987 en wordt jaarlijks geïndexeerd. De tarieven kunnen op basis van een aanwijzing van de minister van VWS worden bijgesteld indien het macrobudget voor huisartsenzorg wordt overschreden.

Met het verschijnen van het rapport van de Commissie Biesheuvel werd het vraagstuk van de honorering van huisartsen weer actueel, nadat de voorstellen voor een aparte honorering van medisch-technische verrichtingen -zoals die eind jaren tachtig op tafel lagen in de vorm van een overeenkomst tussen de LHV en de toenmalige VNZ- begin jaren negentig een natuurlijke dood waren gestorven. De Commissie Biesheuvel stelde een uniform, gedifferentieerd abonnement voor. Uniform, dat wil zeggen, voor ziekenfonds- en particuliere patiënten gelijk; gedifferentieerd naar leeftijd van de patiënt, dat wil zeggen, met hogere tarieven voor patiënten tussen de 65 en 75 en ouder dan 75 jaar. De LHV stelde daar een andere voorstel tegenover: de uniform, gemengde honorering met een abonnementshonorarium dat zou moeten voorzien in 60% van het

norminkomen en honorering voor consulten en visites waarmee de resterende 40% zou moeten worden verdiend. Bij overheid en verzekeraars bestond echter -volgens de LHV (1995, p. 67)- weinig animo om bij het LHV-model aan te sluiten. Overeenstemming over de toekomstige honorering werd uiteindelijk bereikt binnen de PWH. De PWH onderscheidt vier onderdelen binnen de huisartsenzorg:

- (1) Het basisaanbod, dat gefinancierd dient te worden uit Compartiment II.
- (2) Aanvullend transmuraal aanbod, ter vervanging van intramurale zorg, dat afhankelijk van het type intramurale zorg waarvoor het substitueert, gefinancierd moet worden uit Compartiment I of Compartiment II.
- (3) Programmatische preventie vanuit de huisartspraktijk, die gefinancierd zou moeten worden uit Compartiment I.
- (4) Overige huisartsenzorg, die uit elk van de Compartimenten gefinancierd moet worden, afhankelijk van het type zorg.

De honoreringsstructuur die de PWH voorstelt zou leiden tot een zekere convergentie tussen particuliere en ziekenfondsverzekering. Voor de betaling van het basisaanbod wordt namelijk voorgesteld een naar leeftijd van de patiënt gedifferentieerd abonnement, zoals dat ook al door de Commissie Biesheuvel werd bepleit, met aanvullende modules (of consulten voor particuliere patiënten).

Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de positie van de huisartsgeneeskunde in de komende jaren hebben de Onderhandelingscommissie van de LHV en de zorgverzekeraars de Commissie Toekomstverkenningen ingesteld. In haar rapport 'De huisarts van morgen' formuleert deze commissie beleidsaanbevelingen en onderwerpen die aan de orde zouden moeten komen in het overleg en de onderhandelingen tussen huisartsen en zorgverzekeraars. De commissie komt tot de volgende aanbevelingen (Commissie Toekomstverkenningen, 1996, p. 37-38):

- (1) Er moet meer taakdelegatie en samenwerken plaatsvinden tussen huisartsen onderling. De commissie bepleit daartoe de HOED-constructie (Huisartsen Onder Een Dak).
- (2) Ten behoeve van het kwaliteitsbeleid acht de commissie automatisering en inschrijving van patiënten op naam van de huisarts gewenst.
- (3) Met betrekking tot de contracten tussen huisartsen en verzekeraars, is de Commissie Toekomstverkenningen van mening dat er een mogelijkheid moet komen voor contractering op het niveau van de huisartsengroep, naast landelijke en individuele (standaard)contracten.
- (4) De honorering voor basistaken dient plaats te vinden op basis van een abonnement, met behulp waarvan de huisarts het norminkomen kan verdienen. Voor extra taken is een extra kostenvergoeding mogelijk.
- (5) Voor de facilitering van de huisartsgeneeskunde is een geconditioneerde uitbreiding van de praktijkkostenvergoeding nodig.
- (6) De dienstverlening buiten kantooruren moet worden uitgebreid door per huisartsengroep op een aantal werkdagen avondsprekuren te houden.
- (7) Er is een structurele uitbreiding van het aantal huisartsen en assistentes nodig. Ook de introductie van praktijkverpleegkundigen is noodzakelijk.

Het wegvallen van de regionale monopolies van de vroegere ziekenfondsen heeft het ook voor ziekenfondsverzekerden mogelijk gemaakt om van zorgverzekeraar te veranderen. Hoewel de keuzemogelijkheden voor verzekerden door de fusiegolf van de afgelopen jaren beperkter is geworden, behoort concurrentie tussen verzekeraars op basis van premie en pakket nog steeds tot de mogelijkheden. De introductie van deze concurrentie, oorspronkelijk gebaseerd op de voorstellen van de Commissie Dekker, had tot doel het bevorderen van doelmatigheid: verzekerden zouden kiezen voor een

verzekeraar die het beste pakket aanbiedt tegen de laagste prijs. Het beoordelen van de kwaliteit/prijsverhouding is volgens Groenewegen (1992) voor verzekerden echter nauwelijks mogelijk, waardoor het voor de hand ligt het adagium 'meer is beter' te hanteren. Een formele belemmering in de polisvoorwaarden die het verzekerden onmogelijk maakt om rechtstreeks de 'best mogelijke medische zorg' te ontvangen die specialisten in ziekenhuizen te bieden hebben, zou in dat geval de concurrentie-positie van een verzekeraar kunnen verslechteren. Nu al is op enkele plaatsen (Kennemerland) de verplichte verwijfskaart afgeschaft, terwijl veel particuliere verzekeraars een verwijzing door de huisarts weliswaar verplicht stellen, maar weinig controle uitoefenen op de naleving daarvan. De beoogde convergentie van ziekenfonds en particuliere verzekering vereist echter dat ook ten aanzien van de poortwachtersfunctie van de huisarts stroomlijning van bestaande regelingen plaatsvindt. De PWH bepleit daarom dat ook particuliere verzekeraars hun verzekerden verplichten om alleen op verwijzing van de huisarts naar een specialist te gaan. Het enthousiasme voor een dergelijke maatregel zal echter uit concurrentie-overwegingen naar verwachting gering zijn.

## **7.2 De relatie specialist/ziekenhuis en verzekeraar**

Zoals al eerder gesteld, is er in termen van wettelijke regelingen nog maar heel weinig veranderd in de relatie tussen medisch specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Er zijn nog steeds UvO's, er is nog steeds een WTG, enz.

Tegelijkertijd zijn er echter op experimentele basis vele ontwikkelingen aan de gang. Juist in de relatie tussen ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars tekenen zich op drie gebieden ingrijpende veranderingen af, namelijk: de integratie van de medisch specialist in het ziekenhuis, bijvoorbeeld middels ontwikkelingen van managementparticipatie (zie paragraaf 6.1.2, de onderhandelingsrelatie tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars van de huidige systematiek van functiegerichte budgettering naar produkttypering en outputpricing en als derde de afstemming van het budget voor medisch specialistische zorg met het ziekenhuisbudget. Voor wat betreft dit laatste zijn een veelheid aan experimenten aan de gang onder de noemer 'lokale experimenten'.

### *Produkttypering en output-pricing*

Tot 1995 werd de zorg geleverd door ziekenhuizen en medisch specialisten op uiteenlopende wijze bekostigd.

Het bekostigingssysteem voor de ziekenhuiszorg is gebaseerd op het Functiegericht Budget systeem (FB-systeem). Kort gezegd komt dat erop neer dat het totale budget van een ziekenhuis voor een bepaald jaar van tevoren wordt vastgesteld aan de hand van de capaciteit van het ziekenhuis, gemeten in bedden en aantallen specialisten, de productie van het ziekenhuis en een aantal voor het ziekenhuis specifieke kosten, de lokatie-gebonden kosten. Voor wat betreft de productie van het ziekenhuis worden vooraf door verzekeraars en ziekenhuis zogenaamde productie-afspraken gemaakt: afspraken over het volume van de te leveren zorg naar een aantal categorieën: eerste polikliniekbezoeken, verpleegdagen, opnamen, dagverpleging en een aantal bijzondere verrichtingen. Om het budget van het ziekenhuis te bepalen worden dan alle afgesproken en vastgelegde volumes van capaciteit en productie vermenigvuldigd met landelijk vastgestelde, uniforme richtlijnbedragen. Het ziekenhuis weet dus van te voren hoeveel 'omzet' het komende jaar zal hebben. Ook al zouden de werkelijke productieaantallen afwijken van de afgesproken aantallen, het budget blijft gelijk.

Voor de zorg geleverd door de ziekenhuizen wordt door de overheid een macro-kader afgesproken. Indien zou blijken dat, bijvoorbeeld vanwege hogere productie-afspraken dan verwacht, de som van de budgetten van de ziekenhuizen groter dreigt te worden dan dat macro-kader, kan de overheid aanwijzingen aan het COTG geven om de richtlijnbedragen te verlagen, zodat de som van de ziekenhuisbudgetten weer gelijk wordt aan het macro-budget.

Het bekostigingssysteem voor de zorg verleend door zelfstandig gevestigde specialisten wijkt op een aantal punten aanzienlijk af van dat voor de ziekenhuiszorg. In principe komt dat systeem erop neer dat de specialisten voor elk van de door hen werkelijk uitgevoerde verrichtingen, volgens de afgesproken spelregels, een vast landelijk uniform vastgesteld bedrag kregen. In tegenstelling tot bij de ziekenhuizen speelde hier de werkelijke productie wel een rol en ook in tegenstelling tot bij de ziekenhuizen kon pas achteraf worden vastgesteld wat de werkelijke kosten van de medisch specialistische zorg geweest zijn. Ook hier geldt echter dat de overheid de totale kosten van de zorg door specialisten in de hand wil houden. De laatste jaren zijn daartoe die landelijke uniforme maximumtarieven en -bedragen telkenmale verlaagd.

De rol van verzekeraars in dit systeem bestond enerzijds uit het maken van de productieafspraken met het ziekenhuis en anderzijds eigenlijk uit het uitbetalen van de declaraties van de specialisten en het ziekenhuis. De middelen waaruit verzekeraars die betalingen moesten doen werden nagecalculeerd. Het financiële risico voor de verzekeraars was beperkt. De beperking van de kosten van de ziekenhuis- en medisch specialistische zorg liep via beheersing van de aanbodkant.

Een van de effecten van dit systeem van voor specialisten en ziekenhuis verschillende bekostigingsmethoden was dat er als het ware een soort rem op de kosten ingebouwd was. Het ziekenhuis werd geconfronteerd met een vast budget, gebaseerd op een beperkt aantal typen productie. Specialisten genereerden omzet door de productie van enkele duizenden verschillende soorten verrichtingen. Bij bijna iedere verrichting die door specialisten uitgevoerd werd, stegen de kosten van het ziekenhuis, zonder dat daar een verhouding van het budget tegenover stond. Het was dus in het belang van het ziekenhuis om zelf te proberen de productie van de specialisten te controleren.

Sinds begin dit jaar heeft 95% van de ziekenhuizen en de daaraan verbonden specialisten een andere systematiek. Daarbij is de FB-systematiek voor de ziekenhuizen overleind gebleven. In het kader van lokale 'experimenten' zijn echter nu ook voor de medisch specialisten verbonden aan een ziekenhuis budgetten vastgesteld. In de meeste gevallen is daarbij uitgegaan van de historische omzet van de specialisten. Eventuele aanpassingen daarop zijn gebaseerd op ofwel bijzondere omstandigheden van dat ziekenhuis en/of mutaties in dezelfde typen productie als waarvoor met het ziekenhuis-productieafspraken worden gemaakt. Sinds begin van dit jaar zijn dus de meeste ziekenhuizen en de meeste specialisten gebudgetteerd en zijn voor de budgetmutaties voor zowel het ziekenhuis als de specialisten dezelfde typen productie van belang: opnamen, verpleegdagen, eerste polikliniek-bezoeken, dagverpleging en eventuele bijzondere verrichtingen.

De indertijd door de commissie Dekker en later door de plannen van Simons geopperde ideeën over marktwerking in de gezondheidszorg hebben geleid tot veranderingen in de inzichten, ook over de manier waarop ziekenhuiszorg en specialistenzorg zouden

moeten worden gefinancierd en de rol die daarbij door verzekeraars en aanbieders zou moeten worden gespeeld.

Een budgetsysteem voor de aanbodkant past in principe niet bij die ideeën. Bij marktwerking zou er sprake moeten zijn van 'klanten' en 'leveranciers'. Verzekeraars en patiënten zouden de rol van klant gaan spelen; de aanbieders van gezondheidszorg, ziekenhuizen en specialisten, de rol van leveranciers. Om in een dergelijk systeem toch de totale kosten van de gezondheidszorg in de hand te kunnen houden moeten de uitgavemogelijkheden van de 'klanten' beperkt worden; verzekeraarsbudgettering is daarbij een logische stap.

Marktwerking impliceert keuzemogelijkheden en informatie. De klant moet kunnen kiezen en moet geïnformeerd worden over aard, kwaliteit en prijs van de verschillende keuzemogelijkheden. De huidige manier waarop de productie van ziekenhuizen en medisch specialisten wordt gemeten biedt daartoe onvoldoende mogelijkheden. Opnamen, verpleegdagen, eerste polikliniekbezoeken en dagverpleging zijn telkens maar onderdelen van de behandeling van een patiënt. Een verzekeraar wil inzicht hebben in de behandeling die voor een bepaald type patiënt gegeven kan worden en de kosten en de kwaliteit die daarmee verband houden.

Een beschrijving van het zorgaanbod zoals dat door ziekenhuizen en specialisten wordt geleverd in de vorm van een (beperkt) aantal producten, waarbij telkens aangegeven wordt voor welk type behandeling zo'n produkt bedoeld is, hoe zo'n produkt globaal wordt samengesteld en wat de kosten van dat produkt zijn, zou in dit licht een sterke verbetering zijn. Bovendien zou een dergelijk systeem van produkttypering bij het management van de organisatie van medisch specialistische en ziekenhuiszorg een belangrijk hulpmiddel zijn omdat daarmee de koppeling wordt gelegd tussen enerzijds het type behandelingen dat wordt gedaan en anderzijds de middelen die daarvoor binnen de ziekenhuisorganisatie benodigd zijn alsmede de inzet van de medisch specialisten daarbij.

Alle betrokken partijen, verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten zijn overtuigd van de noodzaak om te komen tot een dergelijk systeem van produkttyperingen.

Vorig jaar is dan ook een gezamenlijk project gestart door verzekeraars, ziekenhuizen en specialisten, gesteund door het Ministerie van VWS, om te komen tot een systeem van produkttypering. Daarbij zijn op voorhand al een aantal eisen gesteld aan zo'n te ontwikkelen systeem:

- het merendeel van het zorgaanbod van specialisten en ziekenhuizen moet in de vorm van producten beschreven worden (80% minimaal)
- het aantal producten moet toch zo hanteerbaar mogelijk zijn
- ieder produkt moet geschikt zijn om zowel de inzet van specialisten als de ziekenhuiskosten te bekostigen: dezelfde reeks van producten geldt zowel voor ziekenhuis als specialist
- de ziekenhuiskosten en de inzet van de medisch specialist moeten voor ieder produkt niet teveel spreiding laten zien.
- de producten moeten medisch herkenbaar zijn.

In een zestal pilot-projecten wordt op dit moment, onder leiding van een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers van verzekeraars, specialisten en ziekenhuizen, gewerkt aan de ontwikkeling van een dergelijk systeem van produkttypering. De ver-

wachting is, dat aan het eind van dit jaar een eerste versie van zo'n systeem gereed zal zijn.

Tegelijkertijd met de ontwikkeling van zo'n systeem zal dan tussen betrokken partijen overeenstemming moeten worden bereikt over de manier, waarop dat financieel zal worden 'vertaald'. Vooraf heeft het Ministerie van VWS gesteld, dat een systeem van landelijk uniforme prijzen voor elk van de onderscheiden produkten niet wordt voorgestaan.

Het scala aan keuzemogelijkheden voor die financiële vertaling is nog groot.

- in hoeverre blijft het huidige systeem van budgettering van aanbieders nog overeind? Past een dergelijke 'dubbele' budgettering (zowel aanbieders als verzekeraars) nog wel binnen de inzichten over de wijze waarop gezondheidszorg moet worden aangestuurd?
- ontstaat er een systeem met één of met twee geldstromen; dat wil zeggen een bedrag per produkt zowel voor specialist als ziekenhuis of twee geormerkte bedragen voor ziekenhuis en specialist afzonderlijk?
- als er een systeem van output-pricing komt, is dat dan van toepassing op 100% van de kosten van de inzet van ziekenhuis en specialist, of wordt een deel van die kosten, zoals bijvoorbeeld in Duitsland de kosten van de infrastructuur en gebouwen, op een andere wijze, gefinancierd?

Het blijkt dat de betrokken partijen met name over de uiteindelijke manier van die financiële vertaling van een systeem van produkttypering nog niet uitgedacht zijn en voor een deel nog verschillende standpunten innemen.

In dit verband kan overigens nog een onderscheid worden gemaakt tussen twee mogelijke manieren om die financiële vertaling tot stand te brengen. De eerste mogelijkheid is dat tussen partijen overeenstemming wordt bereikt over de manier waarop die vertaling er in de eindsituatie uit zou moeten zien en dat op basis daarvan een overgangstraject wordt geconstrueerd om van de huidige naar de uiteindelijk gewenste situatie te komen: het planningsmodel. De tweede mogelijkheid is dat telkens stapjes worden gezet vanuit de huidige situatie waarover betrokken partijen al overeenstemming hebben bereikt: het incrementele model. De eerste mogelijkheid kent een duidelijk plaatje van de gewenste eindtoestand, bij de tweede mogelijkheid wordt de te bereiken eindtoestand in de loop van het proces pas duidelijk.

#### *Lokale initiatieven*

In het kader van de modernisering van de curatieve zorg zijn in 1995 de directies en medische staven van 104 algemene ziekenhuizen met hun respectievelijke zorgverzekeraars overeenkomsten aangegaan om te komen tot een alternatieve honoreringsstructuur voor medisch specialisten. Het ministerie van VWS heeft -onder voorwaarden- vrijwel al deze raamovereenkomsten goedgekeurd. Er zijn in totaal 84 zogenaamde 'lokale initiatieven', inclusief 5 'officiële' experimenten, die door de Ziekenfondsraad worden geëvalueerd.

De aanleiding voor de overheid om op lokaal niveau dergelijke initiatieven te stimuleren was het vastlopen van de in het najaar van 1994 gevoerde onderhandelingen tussen de landelijke koepels van medisch-specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. De minister besloot daarop de totstandkoming van lokale initiatieven te stimuleren, in principe onder dezelfde voorwaarden als welke golden voor de vijf experimenten van de Ziekenfondsraad.



Met het stimuleren van deze lokale initiatieven streeft het ministerie met name vier doelstellingen na:

- Een beheerste kostenontwikkeling. Het middel daartoe is de vaststelling van een lump-sum voor medisch-specialistische zorgverlening. De deelnemende medisch specialisten zijn in ruil daarvoor gevrijwaard van verdere tariefskortingen ten gevolge van volumetoenames.
- Bevordering van kwaliteit en doelmatigheid. De initiatieven zijn vrij in de wijze, waarop dit wordt ingevuld.
- Stimuleren van doeltreffendheid in de zorgverlening, bijvoorbeeld in de vorm van transmurale projecten.
- Bevordering van samenwerking binnen het ziekenhuis om een goed geïntegreerd produkt te leveren.

Om in aanmerking te kunnen komen voor de goedkeuring van een lokaal initiatief moet aan een aantal spelregels zijn voldaan. De minister noemt:

- Het moet meer zijn dan alleen een financiële vormgeving. Het gaat om de effecten op de hierboven genoemde doelstellingen.
- Lokaal moet worden onderhandeld tussen specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Het onderhandelingsresultaat moet worden vastgelegd in een overeenkomst over financiële en inhoudelijke zaken.
- In principe dienen alle poortspecialismen mee te doen.
- Extramurale praktijken kunnen niet voor een project in aanmerking komen.
- Er kan niet worden geëxperimenteerd met het systeem van functionele budgettering voor ziekenhuizen.
- Het projectvoorstel moet worden aangemeld bij de minister. Vervolgens stelt het COTG het startbudget vast.

De mogelijkheid om te komen tot lokale initiatieven is op vele plaatsen aangegrepen. Op dit moment doen slechts vier ziekenhuizen niet mee aan een dergelijk initiatief.

Bij de start van de lokale initiatieven had ieder van de betrokken partijen haar eigen motiveringen om aan de initiatieven mee te doen. Iedere partij had en heeft daarin ook eigen standpunten.

*Voor de medisch specialisten* zijn onder meer de volgende doelstellingen en overwegingen van belang:

- Eindelijk rust op het honoreringsfront na meer dan vijftien jaar conflicten over de inkomens van medische specialisten.
- Vrijwaring van tariefsmaatregelen. De laatste jaren werden macro-budgetoverschrijdingen steeds gevolgd door tariefskortingen.
- Handhaving van hun professionele verantwoordelijkheid.
- Behoud van het zelfstandig ondernemerschap
- Een gelijkwaardige relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuisdirectie.
- Afzonderlijke contracten tussen ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars.

*Voor de zorgverzekeraars* is in het bijzonder belangrijk de gelijkgerichtheid van de honoreringssystematiek in relatie tot de bekostiging van het ziekenhuis om tot eenduidige afspraken te kunnen komen over het produktievolume en daarmee over de kosten. Kostenbeheersing is voor hen belangrijk in het licht van de aankomende budgettering en daarmee het in toenemende mate risicodragend worden. Zorgverzekeraars wensen één financieringsstroom met het ziekenhuis als geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Zij gaan ervan uit, dat de verdeling van het honorariumbudget een interne zaak is tussen medisch specialisten onderling dan wel tussen management en medisch

specialisten. Ook wensen zij, dat vooraf gemaakte budget- en productie-afspraken gedurende het lopende jaar niet meer worden gewijzigd en dat eventuele afwijkingen worden meegenomen naar de onderhandelingen voor het volgende jaar.

De *ziekenhuizen* zijn gebaat bij duidelijkheid over budgetten en productie op ziekenhuisniveau. Bindende afspraken over een jaarbudget voor medische specialisten zijn bevorderlijk voor de integratie van specialisten in de ziekenhuisorganisatie en schept ruimte voor zorgvernieuwing. De gelijkgerichtheid van ziekenhuisbudgetsysteem en de honorering van specialisten maken een betere afstemming mogelijk.

Tripartiet zijn deze partijen tot afspraken gekomen over de invulling van het lokale initiatief.

Deze afspraken zijn neergelegd in een zogenaamde 'raamovereenkomst'. Hierin zijn afspraken opgenomen over de duur van de overeenkomst; over het niveau, waarop nadere afspraken worden gemaakt (maatschap/specialisme en/of ziekenhuis/regio); over de wijze, waarop de bevordering van kwaliteit en doelmatigheid nader zal worden ingevuld en over de financiële aspecten.

In het eerste jaar van de raamovereenkomst hebben de financiële aspecten veel aandacht gekregen. Hiervan een beperkte uitwerking:

Centraal staat de vaststelling van het startbudget van het initiatief en de mutaties daarop in latere jaren. Daarover is door de minister onder meer het volgende vastgelegd:

- Partijen zijn vrij om te kiezen van welk basisjaar zij uit wensen te gaan: 1992, 1993 of 1994, omgerekend naar tarieven per 1 april 1994. Afhankelijk van deze keuze is vervolgens voor 1995 een bepaald percentage autonome volumegroei beschikbaar (respectievelijk 2,5%, 1,75% en 1,0%).
- De keuze van het basisjaar bepaalt tevens de mogelijke verdiscontering van het effect van het erkenningenbeleid van VWS. In de praktijk blijkt, dat in het kader van de goedkeuring van de lokale initiatieven op een aantal plaatsen tevens witte vlekken in de erkenningen nader zijn ingevuld. Per specialistenplaats wordt rekening gehouden met een bedrag van f 350.000 gulden op jaarbasis.
- Bij de bepaling van het budgetniveau wordt rekening gehouden met de via het COTG lopende generieke tariefsmaatregelen en de trend 1995 annex produktiviteitskorting 1995 (1,05%). De opbrengst van de produktiviteitskorting is volledig beschikbaar voor herinvestering.

Verder stelt de minister, dat de projecten via een centraal punt de reguliere medisch-specialistische tarieven dienen te blijven declareren (clearing house). Het verschil tussen de opbrengst van die tarieven en de vastgestelde lumpsum (positief of negatief) wordt jaarlijks verrekend op een door het COTG vast te stellen wijze via het verpleegtarief van het betrokken ziekenhuis, respectievelijk ziekenhuizen.

Mutatie van de lump sum naar het volgende jaar vindt plaats op basis van drie parameters: aantallen opnamen, dagbehandelingen en 1e polikliniekbezoeken en is in 1996 gemaximeerd tot 1% (FOZ 1995).

De huidige stand van zaken met betrekking tot de lokale initiatieven is als volgt:

Tabel 7.1 Stand van zaken afhandeling lokale initiatieven door het COTG

	Algemene ziekenhuizen	Categoriale ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen
Aantal instellingen, waar een initiatief mogelijk is:	108	4	8
Overeenkomst inclusief cijfers aangeleverd:	104	4	8
Lumpsum berekend door het COTG:	71	3	0
Instellingen met openstaande knelpuntvragen bij VWS of die nog langs VWS moeten:	18	0	1
Initiatieven met openstaande vraagpunten	12	0	6
Initiatieven nog niet afgehandeld door het secretariaat	3	1	1

Bron: COTG, mei 1996

Bij deze tabel moet overigens worden opgemerkt, dat -hoe recent zij ook is- de werkelijkheid haar inmiddels alweer achterhaald kan hebben. De ontwikkelingen gaan zeer snel.

Naast de eerder genoemde doelstellingen vormen de initiatieven ook een overbruggingsperiode tussen de oude financieringssystematiek op basis van verrichtingen en de nieuwe, mogelijk op basis van produkttypering en outputpricing. Een dergelijk nieuw systeem zal echter niet per 1 januari 1997 kunnen worden ingevoerd. Daarmee staan alle betrokkenen bij de lokale initiatieven nu voor de keus om het initiatief al dan niet te verlengen en, indien tot verlenging wordt besloten, of dat op dezelfde condities zal gebeuren. Gezocht wordt naar oplossingen voor knelpunten op het gebied van harmonisatie van de inkomens van medisch specialisten en van de good-will-problematiek.

Op sommige plaatsen wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een 'loondienst-plus' voor medisch specialisten. Daarbij wordt rekening gehouden met de huidige budgetten voor medisch specialistische zorg om te komen tot een acceptabel inkomensniveau en daarbij behorende arbeidsvoorwaarden (loon naar werken).

### 7.3 De relatie verloskundige - verzekeraar

In deze paragraaf wordt hoofdzakelijk ingegaan op de relatie tussen verloskundigen en verzekeraars. Voor de relatie gynaecologen-verzekeraars en huisartsen-verzekeraars wordt verwezen naar de beide vorige paragrafen.

Met uitzondering van eigen risico's en eigen bijdragen is de standaard prenatale zorg en zorg tijdens de bevalling (inclusief klinische zorg voor het kind) op gelijke wijze gedekt door ziekenfondsen en particuliere verzekeraars (Bonsel & Van der Maas, 1994).

In vergelijking met ziekenfondsen kennen particuliere verzekeraars op twee punten vaak ruimere keuzemogelijkheden. Het kan daarbij gaan om (poli)klinisch bevallen onder leiding van een gynaecoloog, eventueel onafhankelijk van een medische indicatie. Tevens worden de kosten van verloskundige huisartsenhulp vergoed ook als er in hetzelfde werkgebied een verloskundige werkzaam is. Zowel de getrapte toegankelijkheid als het primaat van de verloskundige bestaan in feite dus niet voor particulier verzekerden. Bovendien vergoeden particuliere verzekeraars in tegenstelling tot ziekenfondsen ook hulp door particuliere kraambureaus (Bonsel & Van der Maas, 1994).

De tarieven van verloskundigen zijn evenals de tarieven van huisartsen gebaseerd op een norminkomen. De normpraktijk van huisartsen wordt uitgedrukt in het aantal ingeschreven patiënten; de normpraktijk van verloskundigen bestaat uit een normatief aantal van 155 bevallingen per jaar. Onder een bevalling verstaat het COTG een vrouw die het volledige traject aan zorg bij een verloskundige doorloopt. Daarnaast verleend een verloskundige ook partiële zorg, bijvoorbeeld wanneer een vrouw gedurende het traject wordt overgedragen aan een gynaecoloog of bij de zogeheten 'losse kraambeden' (vrouwen die alleen gedurende het kraambed zorg van de verloskundige ontvangen en waarbij de prenatale zorg en zorg tijdens de bevalling gewoonlijk door een gynaecoloog is verleend). Doordat de verloskundige ook voor partiële zorg een vergoeding ontvangt, resulteert het uitvoeren van 155 bevallingen in COTG-termen in een hoger inkomen dan het norminkomen (Jabaaij e.a., 1994).

Verloskundigen klagen al enige jaren over een hoge werkdruk die onder andere wordt veroorzaakt door een tekort aan verloskundigen. Tevens stond begin jaren negentig de norm-praktijkomvang van 155 bevallingen ter discussie. Volgens de NOV resulteert het leiden van 155 bevallingen per jaar in een maatschappelijk onaanvaardbaar lange werkweek. De NOV is van mening dat er een discrepantie bestaat tussen de hoeveelheid werk en het inkomen bij een normpraktijk (bron: interview NOV). Om meer inzicht te krijgen in de werkdruk en de tijdsbesteding van verloskundigen is in 1993-1994 een onderzoek daarnaar gedaan door het NIVEL (Jabaaij e.a., 1994). Uit dit onderzoek bleek dat de gemiddelde werkweek van verloskundigen 43 uur telt (50 uur voor solo-werkenden en respectievelijk 41 en 39 uur voor verloskundigen werkzaam in duo- en groepspraktijken). Solo-werkende verloskundigen werken langer, maar zij begeleiden ook meer bevallingen en verdienen dus meer: 152 bevallingen per jaar versus respectievelijk 111 en 99 voor verloskundigen in duo- en groepspraktijken. Daarnaast draaien solo-verloskundigen meer diensten dan hun collegae in duo- en groepspraktijken. Uit het onderzoek bleek tevens dat solowerkende verloskundigen weliswaar gemiddeld 50% meer cliënten begeleiden dan verloskundigen in groepspraktijken; hun totale werktijd is gemiddeld echter slechts 25% hoger (Jabaaij e.a., 1994).

De overheid en de verzekeraars hebben op basis van de resultaten van het onderzoek van Jabaaij e.a. (1994) de normpraktijk niet verkleind. In wederzijds overleg zijn verloskundigen, overheid en verzekeraars tot een soort actieprogramma gekomen waarin drie punten centraal staan: het (blijven) stimuleren van thuisbevallingen, het bevorderen van de kwaliteit van de verloskundige zorg en het bevorderen van de doelmatigheid. Met name de implementatie van het kwaliteitsbeleid vraagt om meer inzet dan geleverd kan worden met behulp van vrijwilligers. Daarom heeft VWS voor de komende jaren 3 miljoen op jaarbasis vrijgemaakt voor de ondersteuning van het kwaliteitsbeleid van verloskundigen. Daartoe zullen op plaatselijk niveau coördinatoren worden vrijgesteld. De doelmatigheid zal moeten worden verhoogd door de inzet van meer assistentie. Tevens vindt een onderzoek naar praktijkautomatisering plaats (bron: interview NOV). De NVOG benijdt de NOV overigens om deze ondersteuning. De gynaecologen hebben enkele jaren geleden zelf de contributie van hun wetenschappelijke vereniging verhoogd om tegemoet te komen aan de eisen die een goed kwaliteitsbeleid stelt (bron: interview NVOG).

Sinds de opheffing van de contracterplicht voor ziekenfondsen zijn de onderhandelingen tussen verloskundigen en verzekeraars verschoven van het landelijke naar het plaatselijke niveau. De plaatselijke onderhandelingen tussen verloskundigen en verzekeraars worden gevoerd door vrijwilligers. Dat kost veel tijd en energie, met als

gevolg dat er geen vrijwilligers meer zijn om de huidige garde af te lossen (bron: interview NOV).

Daarnaast vreest de NOV dat met de 3%-flexiregeling zorgverzekeraars de mogelijkheid zullen krijgen om 3% van het budget voor verloskundige zorg over te hevelen van de verloskundigen naar verloskundig actieve huisartsen. De NOV is van mening dat verloskundigen, vergeleken met huisartsen, een relatief kwetsbare positie hebben (bron: interview NOV).

#### **7.4 De relatie thuiszorg - verzekeraar**

De relatie tussen instellingen voor thuiszorg en verzekeraars is aan veranderingen onderhevig door de afbouw van de budgetgarantie voor het kruiswerk. De budgetten worden met 35% afgebouwd om de overgang naar meer marktwerking budgettair neutraal te doen verlopen (vergelijk paragraaf 3.1). Het gegarandeerde deel van het budget blijft onderwerp van productie-afspraken met verzekeraars. De vrijgekomen middelen zijn bestemd voor de financiering van nieuw erkende, particuliere instellingen, voor het persoonsgebonden budget en voor aanvullende productieafspraken. Langs deze weg kunnen reguliere instelling een deel van het afgebouwde budget weer binnenhalen. Financiering voor deze 35% vindt plaats op basis van output-financiering i.p.v. input-financiering.

Alle instellingen komen daarmee in principe in aanmerking voor contractering. De LVT verwacht echter niet dat de reguliere instellingen voor het gehele bedrag worden 'teruggecontracteerd' (bron: interview LVT, brief LVT d.d. 23 april 1996).

Ten behoeve van de outputfinanciering heeft de LVT een landelijke produktdefiniëring ontwikkeld, alsmede een kostprijsmodel waarmee per groep van producten een kostprijs kan worden vastgesteld.

Om te komen tot een systeem van produkttypering en output-pricing als basis voor onderhandelingen tussen thuiszorginstellingen en zorgverzekeraars heeft de LVT in 1995 een voorstel ontwikkeld voor een onderverdeling van de thuiszorgproducten in 18 produktgroepen. Dit zijn:

- Intake en indicatiestelling
- Zorgcoördinatie
- Voeding en dieetadvisering
- Ergotherapie
- Uitleen verpleegartikelen
- Huishoudelijke verzorging
- Bemiddeling voor Alpha-hulpverlening
- Gespecialiseerde verzorging
- Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
- Dagverzorging voor ouderen
- Centrum voor thuiszorg
- Verpleging
- Advies, instructie en voorlichting
- Psycho-sociale begeleiding
- Jeugdgezondheidszorg
- Voorlichting en preventie in groepsverband
- Kraamverzorging en verpleging
- Partusassistentie

(Bron: Zemelink & Van Rooij, 1996)

Dit voorstel is nog niet algemeen geaccepteerd, noch door de zorgverzekeraars (sommigen willen nog steeds onderhandelen over uren), noch door alle thuiszorginstellingen zelf (sommigen nemen in de praktijk bijvoorbeeld bepaalde productgroepen samen). Overigens moet hierbij worden opgemerkt, dat het in de thuiszorg relatief gemakkelijk is om uren te vertalen in producten en andersom. Een uur wijkverpleging is het produkt verpleging; een uur verzorging kan betekenen het produkt ADL of het produkt Huishoudelijke hulp, enz.

Het NZi heeft een onderzoek gedaan naar de mogelijkheid kengetallen te ontwikkelen, waar de produkttypering nader op kan worden gebaseerd. Deze kengetallen zijn gegroepeerd rondom drie invalshoeken: efficiency, kwaliteit en markt. Voorbeelden van dergelijke kengetallen zijn respectievelijk: kosten per product en inzet van deskundigheid; bereikbaarheid en doelrealisatie; marktaandeel en productieafspraken.

Er worden algemene kengetallen ontwikkeld en productgroepgebonden kengetallen. (Zemmelink & Van Rooij, 1996)

De relatie tussen de particuliere thuiszorgorganisaties en verzekeraars verschilt voor ziekenfondsen en particuliere verzekeraars. Aanvankelijk leverden particuliere bureaus (intensieve) thuiszorg of kraamzorg aan particulier verzekerden. Met het verkrijgen van een AWBZ-erkenning en een toelating in het kader van de Ziekenfondswet voor wat betreft de kraamzorg, kunnen deze organisaties ook zorg leveren aan ziekenfondsverzekerden. NTN signaleert dat sommige ziekenfondsen echter terughoudend zijn in het contracteren van particuliere bureaus. De reden daarvoor is volgens NTN dat ziekenfondsen voor het voldoen aan hun zorgplicht afhankelijk zijn van zorgaanbieders. Als zij particuliere organisaties contracteren bestaat het gevaar dat de LVT en de reguliere thuiszorg zullen protesteren (bron: interview NTN).

## 7.5 De relatie ziekenhuis - verzekeraar

Zorgverzekeraars zien zichzelf ten opzichte van zorgaanbieders als "coaches aan de zijlijn", zoals de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland het heeft geformuleerd. Hij ziet daarbij de volgende rolverdeling: De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, de zorgverzekeraars bewaken of de cliënten die zorg ook tegen een redelijke prijs krijgen. Dat vergt inzicht in de relatie tussen prijs en produkt. De zorgverzekeraars zijn dan ook een groot voorstander van de ontwikkeling van output-pricing. De zorgaanbieders zullen daarmee inzichtelijk moeten maken, wat een produkt kost (bron: interview ZN).

Een ander beeld, dat van de zorgverzekeraar als 'regisseur van de zorg', wordt door directies van ziekenhuizen sterk genuanceerd. (Van Dooren, 1995) Met name wordt nogal eens geklaagd over het ontbreken van een zorgvisie bij de verzekeraar. Geconstateerd wordt, dat zorgverzekeraars de afgelopen jaren hun aandacht vooral hebben gericht op de veranderingen in hun eigen wereld: fusies, strategische allianties met schadeverzekeraars en bancaire instellingen, enz. De zorgverzekeraars zijn zo druk bezig met het veroveren van de verzekerdenmarkt, dat zij aan de zorginkoopmarkt niet toekomen.

Zorgverzekeraars blijken drie zaken belangrijk te vinden, waar het gaat om de zorginkoop (Kessener, 1994):

- Transparantie van het zorgaanbod

Het gaat hierbij om inzicht in het zorgaanbod: Wat kan worden geleverd? Voor welke doelgroepen? Tegen welke prijs? Welke middelen zijn daarvoor nodig? Welke resultaten mogen worden verwacht?

- Procesbeheersing, patiëntgerichtheid en doelmatigheid  
Het gaat hierbij om inzicht in de proceskant: heldere organisatie, planning, verantwoordelijkheidsverdeling, enz. Op de problematiek van de patiënt gerichte samenwerking.
- Een lerende organisatie  
Het kunnen inspelen op veranderingen, in het bijzonder waar het gaat om zaken als kwaliteitsbevordering.

Overigens zal de relatie tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen verder onder druk komen te staan, wanneer de zorgverzekeraars in de toekomst volledig gebudgetteerd zullen zijn. Dat zal de onderhandelingen ongetwijfeld onder druk gaan zetten. Daar komt nog bij, dat die onderhandelingen over een steeds groter deel van het budget zullen gaan. Ontwikkelingen, zoals de rentenormering en de deregulering van de WZV maken, dat het ziekenhuismanagement over een steeds groter deel van het totale ziekenhuisbeleid een steeds grotere beleidsvrijheid krijgt.

## **7.6 De relaties paramedici - verzekeraar**

Vergoeding van zorg verleend door fysiotherapeuten, oefentherapeuten en logopedisten vindt plaats via de ziekenfondswet en voor particulier verzekerden via de standaardpakket-polis. De zorgverzekeraars hebben voor deze wettelijk verzekerde zorg afspraken gemaakt met de betreffende beroepsgroepen.

Een aantal van de overige paramedische beroepen zijn regelingen overeengekomen met zorgverzekeraars met betrekking tot de vergoeding van onderdelen van de door hen geleverde zorg. Op lokaal niveau worden afspraken gemaakt tussen beroepsorganisaties en zorgverzekeraars met betrekking tot aanvullende verzekeringen.

Enkele verzekeraars zijn tot op heden bereid ergotherapie te vergoeden. Per medio 1996 wordt de verstrekking 'enkelvoudige ergotherapie' ingevoerd middels een tijdelijke subsidieregeling. Vanaf 1998 zal definitieve financiering worden geregeld. Met de invoering van deze verstrekking wordt ergotherapeutische behandeling in de eerste-lijn/thuissituatie op grotere schaal mogelijk gemaakt. Voorlopig betreft dit een subsidieregeling, in afwachting van definitieve financiering.

Wat betreft de diëtetiek wordt de zorg verleend door de vrijgevestigde diëtist betaald door de patiënt zelf. De kosten voor de patiënt worden in een enkel geval vergoed door een particuliere verzekering.

De financiering van de mondhygiënistische zorg is voor mondhygiënist in loondienst en vrijgevestigde mondhygiënist verschillend geregeld. Mondhygiënist werkzaam in loondienst declareren niet zelf; de werkgever stuurt een rekening aan de patiënt of declareert bij het ziekenfonds. Vrijgevestigde mondhygiënist sturen hun rekening aan die patiënt, die - afhankelijk van de verzekering - (gedeeltelijke) restitutie van de ziektekostenverzekeraar ontvangt. De ziekenfondsen hebben in hun aanvullende tandheelkundige polissen vergoeding van de vrijgevestigde mondhygiënist niet opgenomen. Particuliere ziektekostenverzekeraars vergoeden in toenemende mate nota's die zijn uitgeschreven door een mondhygiënist.

De zorg die wordt verleend door podotherapeuten is niet opgenomen in het reguliere verzekeringspakket van de ziekenfondsen. Wel kan voor bepaalde categorieën patiënten (bijvoorbeeld reuma-of diabetespatiënten) op grond van aanvullende

regelingen een vergoeding gegeven worden. De vergoeding door particuliere ziektekostenverzekeraars is veel ruimer.

Per 1 januari 1996 is de beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie van kracht geworden. Met de invoering van deze maatregel zijn veel zorgverzekeraars overgegaan tot het aanbieden van aanvullende verzekeringen voor vormen van therapie die per 1 januari jongstleden niet langer standaard vergoed worden.

De zorgverzekeraar ZAO (Amsterdam) heeft een alternatief geformuleerd op deze beperkende maatregel, het zogenaamde dienstenmodel (zie paragraaf 5.8.2).



## 8 CONCLUSIE

### 8.1 Inleiding

Bij het trekken van conclusies op basis van een beschrijving van een branche die zo breed is als de somatisch curatieve zorg, kan niet anders dan de grote lijn worden aangehouden. In de voorafgaande hoofdstukken is voor de afzonderlijke sectoren een overzicht gegeven van de belangrijke ontwikkelingen en knelpunten. Tevens zijn de onderlinge relaties en de relaties met verzekeraars aan de orde gekomen. In dit laatste hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de gehele branche. Dat gebeurt ten eerste aan de hand van een kwantitatief overzicht van het totale gebruik, aanbod en kosten in de somatische curatieve zorg. Daarnaast wordt een drietal ontwikkelingen aan de orde gesteld die een gemeenschappelijk noemer vormen, te weten: integratie, concurrentie en het verschuiven van schotten in de financiering. Tot slot wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de informatievoorziening in de branche en worden aanbevelingen gedaan voor verbetering daarvan.

### 8.2 Een kwantitatief overzicht

In tabel 8.1 wordt een overzicht gegeven van het gebruik, het aanbod en de kosten van zorg per sector van de somatisch curatieve zorg. Uiteraard kunnen in een dergelijke overzichtstabel uitsluitend indicatoren op een hoog aggregatieniveau worden weergegeven.

Op basis van dergelijk geaggregeerde gegevens is het niet goed mogelijk uitspraken te doen over zaken als doelmatigheid. Het feit bijvoorbeeld, dat in ziekenhuizen meer opnamen plaatsvinden bij een dalend aantal erkende bedden kan een indicatie van toegenomen efficiency zijn. Het cijfer zegt echter niets over de kwaliteit van de geleverde zorg en niets over de mate waarin door vervroegd ontslag het gebruik van thuiszorg of mantelzorg toeneemt. Er ontbreekt voor de interpretatie van deze geaggregeerde gegevens een gouden standaard op basis waarvan zou kunnen worden vastgesteld in welke mate de ingezette middelen optimaal worden gebruikt.

Daar komt bij dat de beschikbare gegevens niet altijd geschikt zijn om doelmatigheid en produktiviteit te monitoren. Bijvoorbeeld, voor huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten zijn gegevens beschikbaar over het aantal werkzame beroepsbeoefenaren. Een groeiend deel van deze beroepsbeoefenaren is in deeltijd werkzaam. Aangezien 'deeltijd' bij vrije beroepen evenwel moeilijk te definiëren is, zijn er geen gegevens over het aantal FTE huisartsen en verloskundigen. Voor specialisten zijn in tabel 8.1 wel FTE's weergegeven, maar deze zijn gebaseerd op erkenningsbeschikkingen en weerspiegelen niet altijd exact de werkelijkheid.

Tabel 8.1 Overzicht van gebruik, aanbod en kosten (volgens FOZ 1996) in de somatisch curatieve zorg 1992 en 1994

sector	indicatoren	1992*	1994**	Proc. groei 1992-1994
<b>huisartsen</b>	gebruik: gemid. aant. contacten/inwoner	4,0	3,8	-0,2
	aanbod: aantal zelfst. gevest. huisartsen	6.595	6.753	2,4
	totale kosten huisartsenzorg (mln gld)	2.123,0	2.234,0	5,5
<b>specialisten</b>	gebruik: aantal 1e polibezoeken/FTE	766,4	830,9	8,4
	gebruik: totaal aantal polibezoeken/FTE	3.103,3	3.166,8	2,0
	aanbod: aant. FTE in alg. ziekenhuizen	5.909	5.991	1,4
	totale kosten med. spec. zorg (mln gld)	2.675,0	2.555,0	-4,5
<b>ziekenhuizen</b>	gebruik: aantal opnamen * 1.000	1.561	1.601	2,6
	gebruik: tot. aant. verpleegdagen * 1.000	16.679	16.141	-3,2
	aanbod: tot. aantal erkende bedden	63.416	61.345	-3,3
	aanbod: FTE patiëntgeb. functies in algemene ziekenhuizen (incl. leerlingen)	68.264	68.266	0,0
	totale kosten ziekenhuiszorg (mln gld)	15.403,0	16.365,0	6,2
<b>thuiszorg (excl. kraamzorg)</b>	gebruik: totaal aantal cliënten	463.124	487.713	5,3
	gebruik: tot. aantal uren zorg * 1.000	53.375,5	54.127,0	1,4
	aanbod: FTE uitvoerend personeel	44.484	44.242	-0,5
	aanbod: totaal personeel in FTE	53.179	52.967	-0,4
	totale kosten van thuiszorg (mln gld)	2950,0	3218,5	9,1
<b>verloskunde</b>	gebruik: aantal geboorten	198.066	197.086	-0,5
	gebruik: aantal thuisbevallingen	62.391	60.308	-3,3
	aanbod: aant. werkzame verloskundigen met eigen praktijk	1.203	1.276	6,1
	aanbod: aant. FTE gynaecol. in alg. zh.	449	452	0,7
	totale kosten verloskund. zorg (mln gld)	103,0	115,0	11,7
<b>fysio-/oefenther.</b>	gebruik: tot. aant. zittingen fysio/oefentherapie t.l.v. ziekenfondsen * 1.000	22.797,3	22.342,3	-2,0
	gebruik: % pers. met contact fysiother.	13,5	13,7	0,2
	aanbod: aantal werkz. fysio/oefentherap.	12.858	13.185	2,5
	tot. kosten fysio/oefentherapie (mln gld)	1.275,6	1.367,6	7,2
<b>logopedie</b>	gebruik: tot. aantal verrichtingen ten laste van ziekenfondsen * 1.000	1.268,6	1.297,1	2,2
	aanbod: aantal werkzame logopedisten	3.599	3.589	-0,3
	totale kosten logopedie (mln gld)	70,0	74,7	6,7

\* Gebruik en aanbodcijfers over de thuiszorg betreffen het jaar 1993

\*\* Gebruikcijfers over de verloskunde betreffen het jaar 1993

Tot slot bestaan er verschillen tussen de sectoren in de mate waarin de FOZ-kosten-cijfers betrouwbaar zijn. Voor zover kosten gebaseerd op bijvoorbeeld de werkelijke uitgaven van ziekenfondsen, geven deze kostencijfers de werkelijkheid goed weer. Dat is echter in mindere mate het geval wanneer cijfers gebaseerd zijn op ramingen zoals bijvoorbeeld voor de particuliere kosten van de huisartsenzorg.

Kortom: tabel 8.1 dient met de nodige slagen om de arm te worden geïnterpreteerd. In het algemeen kan worden gesteld dat een sector het 'goed' doet, wanneer de geleverde zorg sterker toeneemt (in termen van aantallen behandelde patiënten, uren

zorgverlening en/of aantallen verrichtingen) dan de beschikbaar capaciteit (in termen van aantallen beroepsbeoefenaren of personeel), bij gelijkblijvende of dalende kosten. Op basis van die criteria hebben specialisten het tussen 1992 en 1994 bijzonder goed gedaan. Het aantal eerste polikliniekbezoeken nam toe met 8,4%, het totaal aantal polikliniekbezoeken steeg met 2%, terwijl de toename in het aantal FTE specialisten slechts 1,4% bedroeg. De totale kosten van medisch specialistische zorg daalden met 4,5%, vooral als gevolg van tariefsdaling. Ook in de ziekenhuizen en in de thuiszorg is het gebruik van zorg toegenomen terwijl de capaciteit afnam.

In tegenstelling tot de medisch specialisten stond daar echter in deze sectoren een stijging van de kosten tegenover. Hierbij is sprake van loon- en prijsontwikkelingen. Bij de logopedisten steeg het gebruik, maar ook de kosten. Bij de huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten en logopedisten nam het gebruik van zorg toe en stegen de kosten volgens het FOZ. Omdat het aantal werkzame huisartsen en verloskundigen niet in FTE's bekend is, kan over de capaciteit van deze beroepsgroepen geen uitspraak worden gedaan. Bij de stijging van de kosten moet voor de huisartsen bovendien worden aangetekend dat onderzoek van Deloitte & Touche heeft uitgewezen dat in werkelijkheid de inkomsten van huisartsen voor particulier verzekerden tussen 1993 en 1994 zijn gedaald. Volgens dit onderzoek zijn de totale kosten voor huisartsenzorg alleen door een toename in het ziekenfondsdeel licht gestegen.

Uit de gebruikscijfers die in tabel 8.1 worden gepresenteerd, kan worden afgeleid dat de vraag naar huisartsenzorg, fysiotherapie en verloskunde min of meer gelijk blijft. Een fors toenemend gebruik treedt op van poliklinische zorg verleend door medisch specialisten en van thuiszorg. De vraag naar thuiszorg is in de afgelopen jaren zelfs zo sterk gestegen, dat momenteel wachtlijsten bestaan voor gezinsverzorging. Ook blijkt uit het feit dat het aantal cliënten sterker toeneemt dan het aantal uren zorgverlening dat de zorg gerantsoeneerd wordt (de 'kaasschaaf-methode'). De groei van de poliklinische zorg kan duiden op interne substitutie, waarbij patiënten vaker poliklinisch dan klinisch worden behandeld. Deze ontwikkeling werd in ieder geval gesignaleerd door de NVOG voor wat betreft de gynaecologie en verloskunde [bron: interview NVOG]. Het totaal aantal FTE specialisten dat deze groeiende poliklinische zorg moet verlenen neemt licht toe met 1,4%. Deze groei is echter niet over alle specialismen gelijk verdeeld. Capaciteitsproblemen spelen bijvoorbeeld al een aantal jaren bij oogheelkunde en orthopedie. Ook aan kinderartsen is in het afgelopen decennium een duidelijk tekort geweest [Hingstman e.a., 1996]. Uit de interviews die gevoerd zijn met de NVOG en NOV kwam naar voren dat een dergelijk tekort in kleinere ziekenhuizen op den duur ook de tweedelijnsverloskunde bedreigt, aangezien die niet kan worden beoefend zonder de beschikbaarheid van kinderartsen.

### 8.3 Integratie, concurrentie en financieringsschotten

Qua ontwikkelingen en knelpunten laat de somatisch curatieve zorg zich het best beschrijven aan de hand van drie trefwoorden: integratie, concurrentie en (het opheffen van) financieringsschotten.

#### *Integratie*

Integratie is in de somatisch-curatieve zorg zichtbaar in zorginhoudelijk opzicht en in organisatorisch opzicht. Integratie in zorginhoudelijk opzicht kan worden samengevat onder de noemer transmurale zorg. Transmurale zorg is niet nieuw maar heeft een belangrijke stimulans gekregen met het verschijnen van de voorstellen van de commis-

sie Biesheuvel. Met name in de verpleeghuissector is echter al jaren op grote schaal sprake van 'transmurale zorg' in de vorm van verpleeghuiszorg buiten de muren.

In transmurale zorg volgens de definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid [NRV, 1995, p. 9] staat gedeelde verantwoordelijkheid als uitgangspunt centraal. Het gaat om het verlenen van zorg op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie. In veel transmurale en 'aanverwante' projecten in de somatisch curatieve zorg vindt samenwerking plaats over de verpleegkundige as, waarbij zorg niet langer in het ziekenhuis maar thuis, door (wijk)verpleging en gezinsverzorging wordt geboden. Transmurale zorg op de as huisarts-specialist heeft vaak betrekking op het overhevelen van behandeling en monitoring van specifieke categorieën (chronische) patiënten, bijvoorbeeld diabetici, CARA-patiënten, reumapatiënten. Knelpunten in transmurale zorg worden onder meer samengevat in het advies 'Transmurale somatische zorg' van de NRV [1995]. Knelpunten liggen op het vlak van samenwerking tussen organisaties en tussen professionele beroepsbeoefenaren, personele en materiële capaciteit, en financiering. Met name het ontbreken van financiële prikkels en het bestaan van financieringsschotten vormen volgens het NRV-advies een belemmering voor transmurale zorg. Op het opheffen van financieringsschotten wordt verderop in deze paragraaf ingegaan.

De integratie in organisatorisch opzicht uit zich in de thuiszorg, waar kruiswerk en gezinszorg geïntegreerd worden en in de tweede lijn, waar specialisten en ziekenhuizen samen een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf moeten gaan vormen. De integratie kruiswerk en gezinsverzorging is al enige jaren geleden in gang gezet op basis van het heroverwegingsonderzoek 'Van samenwerken naar samengaan' uit 1990 [WVC, 1990]. Het doel van deze integratie was onder meer om te komen tot efficiencywinst door schaalvergroting. Tevens zouden door de integratie de mogelijkheden verbeterd moeten worden voor het delegeren van taken naar een lager deskundigheidsniveau. Het aantal geïntegreerde thuiszorgorganisaties is inmiddels opgelopen tot 47 [VWS, 15 april 1996]. Het feit dat instellingen voor kruiswerk en gezinszorg gefuseerd zijn, houdt overigens niet per definitie in dat in deze thuiszorginstellingen ook geïntegreerd gewerkt wordt. Om de zorginhoudelijk integratie van kruiswerk en gezinsverzorging te ondersteunen, zijn in dertien regio's projecten gesubsidieerd met een innovatief karakter. Deze projecten dienen als voorbeeld voor integratieprocessen elders in het land. In deze projecten is eveneens geëxperimenteerd met een geïntegreerde intake/indicatiestelling, met het werken in geïntegreerde teams en met coördinatie van zorg. Uit een eerste evaluatie van deze projecten kwamen voornamelijk weinig positieve effecten van de integratie naar voren. Reden daarvoor was waarschijnlijk dat 1992/1993 een te vroeg tijdstip was om hierover al uitspraken te kunnen doen. Derhalve wordt momenteel een tweede evaluatie uitgevoerd, waarvan de resultaten najaar 1996 bekend zullen zijn.

De integratie van specialisten en ziekenhuizen stoelt op de voorstellen van de Commissie Biesheuvel. Van oudsher kennen ziekenhuizen in Nederland een duale structuur. De overwegend vrijgevestigde medisch specialisten hebben via een toelatingsovereenkomst toegang tot de faciliteiten van het ziekenhuis. Daarmee is er sprake van twee circuits: het medisch en het facilitaire. Deze beide circuits zijn verschillend georganiseerd. Met de invoering van budgetfinanciering voor ziekenhuizen in 1983 ontstond de noodzaak tot afstemming tussen enerzijds de medische eisen en anderzijds de budgettaire mogelijkheden van ziekenhuizen. Eind jaren '80 mondde dit uit in de roep om managementparticipatie van medisch specialisten. De Commissie Biesheuvel bepleitte in 1994 echter een veel verdergaande integratie van specialisten in ziekenhuizen. De minister van VWS heeft aangegeven aan deze aanbevelingen uitvoering te

willen geven met inachtneming van de ervaringen die worden opgedaan in de vijf 'officiële' honoreringsexperimenten [Tweede Kamer, 1994-1995d].

In het kader van deze modernisering van de curatieve zorg zijn in 1995 de directies en medische staven van 104 ziekenhuizen met hun regionale zorgverzekeraars overeenkomsten aangegaan waarin onder meer een alternatieve honoreringsstructuur voor specialisten is neergelegd. De meeste van deze overeenkomsten zijn door het ministerie (onder voorwaarden) goedgekeurd. Specialisten in deze 'lokale initiatieven' worden niet langer per verrichting betaald maar via een lump-sum. In ruil daarvoor blijven zij gevrijwaard van tariefkortingen. De bekostigingssystematiek van specialisten en ziekenhuizen is in de lokale initiatieven gelijkgericht, waar deze in de oude situatie tegengestelde prikkels bood. Lokale initiatieven hebben echter een bredere reikwijdte dan uitsluitend afspraken over de honorering. Teneinde goedkeuring te verkrijgen van het ministerie dienden de betrokken partijen ook voorstellen te doen voor de verbetering van kwaliteit en doelmatigheid.

Gezien het feit dat de lokale initiatieven nog geen jaar lopen, is geen evaluatie van de effecten voorhanden. De vijf 'officiële' experimenten danken deze officiële status aan het feit dat zij deelnemen aan een evaluatie-onderzoek dat met subsidie van de Ziekenfondsraad wordt uitgevoerd door de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam (SEO). Resultaten van dit onderzoek zijn nog niet bekend.

#### *Concurrentie*

Concurrentie speelt met name een rol in de thuiszorg en in de verloskundige zorg. In beide sectoren is sprake van verschillende typen aanbieders van zorg, die allen geen monopoliepositie hebben.

Concurrentie in de thuiszorg is ontstaan met de opkomst van particuliere bureaus aan het einde van de jaren tachtig. Door een maas in de regelgeving was het mogelijk dat commerciële bureaus voor thuiszorg een (landelijke) erkenning verkregen. Sindsdien verkeert de markt in een overgangssituatie van een markt met monopolieposities van de thuiszorginstellingen naar een markt met vrije toetreding van aanbieders. Het ministerie is van mening dat deze ontwikkeling dient te worden doorgezet, maar is wel voornemens de marktwerking te reguleren. Iedere aanbieder zal in de toekomst een integraal pakket van thuiszorg dienen te leveren, moeten voldoen aan wettelijk vastgelegde kwaliteitseisen en zich houden aan algemeen geldende arbeidsvoorwaarden. De facto zullen particuliere en reguliere thuiszorgorganisaties daardoor qua functioneren gaandeweg meer op elkaar gaan lijken. Mogelijk zullen particuliere bureaus ook afzien van een AWBZ-erkenning en zich in plaats daarvan richten op het leveren van zorg in het derde compartiment.

Een andere ontwikkeling die de monopoliepositie van de reguliere thuiszorgorganisaties heeft aangetast is de invoering van het persoonsgebonden budget in 1995. Uit experimenten met een dergelijk systeem was reeds gebleken dat houders van een persoonsgebonden budget een deel van hun zorg buiten de reguliere thuiszorgorganisatie inkopen [Miltenburg e.a., 1993]. Voor de Ziekenfondsraad vormde dit de reden om het persoonsgebonden budget in eerste instantie slechts voor twee jaar in te voeren.

Om de erkenning van particuliere bureaus en de introductie van het persoonsgebonden budget budgettair neutraal te doen verlopen, wordt de budgetgarantie van kruisorganisatie afgebouwd. De instellingsbudgetten worden de komende jaren met 35% vermindert. De vrijgekomen middelen zijn bestemd voor de financiering van de nieuwe particuliere instellingen, voor het persoonsgebonden budget en voor aanvullende productieafspraken. Langs deze weg kunnen reguliere instellingen een deel van het afgebouwde budget weer binnenhalen.

De afbouw van de budgetgarantie is overigens niet de enige oorzaak van de budgettaire krapte bij thuiszorginstellingen. De LVT signaleert dat tussen 1991 en 1996 de groei van het macrobudget voor de instellingsbudgetten in 'guldens' is achtergebleven bij de groei die op basis van nominale ontwikkelingen nodig zou zijn geweest. Daarnaast worden de instellingsbudgetten in gezinsverzorging aangepast aan nieuwe verdeelcriteria. De mutaties bedragen maximaal 3% per jaar en worden over meerdere jaren uitgesmeerd. Toch leiden de verschuivingen bij sommige instellingen tot financiële problemen, soms zelfs resulterend in ontslagen. Weliswaar staan tegenover ontslagen bij de ene instelling, nieuwe banen bij andere instellingen; de ontslagen werknemers zijn echter niet noodzakelijk degenen zijn die de vacatures elders opvullen.

Concurrentie in de verloskundige zorg speelt al decennia lang een rol. De verhouding tussen verloskundigen en huisartsen wordt sterk beïnvloed door 'het primaat' van de verloskundige. Dit primaat houdt in dat iemand die bij het ziekenfonds is verzekerd alleen verloskundige zorg door een verloskundige vergoed krijgt, tenzij in de regio geen verloskundige werkzaam is, of als er een medische indicatie aanwezig is voor specialistische zorg. Deze regeling heeft ertoe geleid dat met het toenemen van het aantal verloskundigen, het aandeel van huisartsen in de verloskunde steeds verder is gedaald.

De concurrentie tussen verloskundigen en huisartsen komt grotendeels voort uit tegengestelde economische belangen. Voor huisartsen levert het bedrijven van verloskunde slechts een nevenverdienste op, terwijl verloskundigen voor hun inkomen volledig afhankelijk zijn van de verloskunde. Tot op heden heeft het primaat de economische belangen van de verloskundigen relatief veilig gesteld. De LHV heeft echter de rechtmatigheid van het primaat voorgelegd aan de rechter in een bodemprocedure tegen de Nederlandse staat en is in het gelijk gesteld op grond van het gelijkheidsbeginsel. De rechtbank beschikte dat het primaat met ingang van 1 januari 1999 zou moeten worden afgeschaft. De Staat der Nederlanden is hiertegen inmiddels in beroep gegaan.

Behalve concurrentie binnen de eerste lijn is in de verloskunde sinds jaar en dag sprake van verschillen van opvatting tussen eerste- en tweedelijnsberoepsbeoefenaren. Deze verschillen van opvatting spelen zowel ten aanzien van de plaats als ten aanzien van de leiding van de bevalling. Men is het algemeen eens over het principe dat de 'normale', fysiologische bevalling tot het werkterrein van de verloskundige of de huisarts behoort. Er bestaat echter op onderdelen een gebrek aan overeenstemming over de uitwerking van de vraag wat 'normaal' is en wat dus onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn kan vallen [Bonsel & Van der Maas, 1994]. Volgens de NVOG zullen deze verschillen van mening over de taakafbakening blijven bestaan, ondanks aanpassingen en verbeteringen van de Verloskundige Indicatielijst. De afspraken die gemaakt zijn rond risico-selectie werken volgens de NVOG namelijk alleen als de betrokken hulpverleners goed met elkaar omgaan en samenwerken. Om die samenwerking te bevorderen, zijn de zogeheten Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) in het leven geroepen. Resultaten van een evaluatie van het functioneren van deze samenwerkingsverbanden komen in het najaar 1996 beschikbaar.

#### *Financieringsschotten*

De invoering van compartimentering is tot op heden vooral van invloed geweest op de financiering van de thuiszorg en van de fysiotherapie en oefentherapie.

In de thuiszorg wordt per 1 januari 1997 'kortdurende thuiszorg' overgeheveld van het eerste compartiment (AWBZ) naar het tweede. Doel daarvan is het stimuleren van

substitutie van ziekenhuiszorg naar thuiszorg en het faciliteren van transmurale zorg. De knip moet verzekeraars, samen met de voorgenomen flexibilisering van de Ziekenfondswet en de reeds ingezette budgettering, een instrument bieden om de doelmatigheid te bevorderen. Een bijkomend doel van de knip is te voorkomen dat ziekenhuis-geïndiceerde patiënten worden afgewenteld op de AWBZ.

Per 1 januari 1997 zal een eerste stap worden gezet door alle thuiszorg die na een ziekenhuisopname wordt geboden en daarmee verband houdt over te hevelen naar het tweede compartiment. Door deze knip in de thuiszorg in te voeren, wordt het financieringsschot tussen ziekenhuis en thuiszorg weggehaald. De LVT verwacht dat daarvan een extra stimulans uitgaat op transmurale zorg [bron: interview LVT]. Zolang de ziekenhuisbudgettering geldt, blijft de situatie echter gehandhaafd dat vervroegd ontslag van patiënten het ziekenfonds op korte termijn in feite extra geld kost: het ziekenfonds dient te betalen voor de thuiszorg die volgt op het ontslag uit het ziekenhuis, terwijl het variabele deel van het ziekenhuisbudget niet tegelijkertijd daalt. Pas de voorgenomen flexibilisering van de ziekenfondswet zal het ziekenfondsen mogelijk maken om geldstromen om te buigen.

Met ingang van 1 januari 1996 zijn de aanspraken op fysiotherapie en oefentherapie in de Ziekenfondswet en WTZ beperkt. De maatregel moet leiden tot een vermindering van de kosten voor (extramuraal) fysiotherapie. Deze beperking heeft tot gevolg dat elke verzekerde, indien verwezen door een arts, recht heeft op maximaal 9 zittingen fysiotherapie per indicatie per jaar. Indien de verzekerde een aandoening heeft waarvoor langdurige fysiotherapie noodzakelijk is, blijktens de medische diagnose danwel de diagnose van de fysiotherapeut, dan ontstaat het recht op het noodzakelijke aantal zittingen per jaar, indien daartoe schriftelijk toestemming is verleend door de verzekeraar. Voor deze aandoeningen is een lijst met indicaties samengesteld waarvoor langdurige fysiotherapie is aangewezen. In welke mate deze maatregel gevolgen zal hebben voor het aanbod van en de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie is ondermeer afhankelijk van het aantal mensen dat zich voor deze zorg aanvullend zal verzekeren. De Ziekenfondsraad heeft opdracht gegeven voor een formele evaluatie van de gevolgen van de beperking op de aanspraken fysiotherapie en oefentherapie.

## 8.4 Informatievoorziening

Het beoordelen van de informatievoorziening dient plaats te vinden in het licht van de informatiebehoefte van de overheid. De functies van het JOZ zijn ten eerste een beschrijving van het verleden (aan de hand van cijfers over kosten, financiering, instellingen en beroepsbeoefenaren), ten tweede een analyse van de werking van het zorgstelsel (voor wat betreft de relatie tussen zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten) en ten derde een evaluatie van beleidsmaatregelen [VWS, 23 oktober 1995]. Om deze functies te vervullen zijn twee typen informatie nodig. Enerzijds bestaat behoefte aan relatief globale cijfers over gebruik, aanbod en kosten van zorg teneinde de werking van het zorgstelsel te kunnen monitoren. Anderzijds is de overheid gebaat bij informatie aan de hand waarvan het effect van specifieke beleidsmaatregelen kan worden vastgesteld.

### *Monitoring*

Het doel van dit brancherapport was een beschrijving en waar mogelijk een prognose te geven van feiten, ontwikkelingen en knelpunten in de curatieve somatische zorg.

Onder 'feiten' wordt verstaan een beschrijving van regelgeving en financiering en een overzicht van cijfers over kosten, financiering, instellingen en beroepsbeoefenaren. Daarnaast is aandacht besteed aan de vraag naar en het gebruik van zorg. Door deze cijfers over een aantal jaren te presenteren kunnen ontwikkelingen in kaart worden gebracht aan de hand waarvan een globale evaluatie van beleidsmaatregelen mogelijk is. De evaluatie van specifieke beleidsmaatregelen vraagt om aanvullende gegevensverzameling in speciaal daartoe opgezette onderzoeksprojecten. Dergelijke evaluaties maakten geen deel uit van dit brancherapport. Het rapport is daarmee gericht op de twee eerstgenoemde functies van het JOZ: een beschrijving van het verleden en een analyse van de werking van het zorgstelsel. Om in dat laatste meer inzicht te bieden is behalve aan gebruik, aanbod en kosten van zorg ook expliciet aandacht besteed aan de relaties tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en verzekeraars.

Generaliserend kan gesteld worden dat de cijfers over de kosten van zorg en het aanbod completer zijn dan die over de vraag naar en het gebruik van zorg. Met name over de uitgaven op basis van de Ziekenfondswet en de AWBZ wordt door de Ziekenfondsraad uiteraard nauwkeurig verslag gedaan. Uitgaven in de particuliere sector worden geschat, onder andere met behulp van gegevens van particuliere verzekeraars. Afhankelijk van het type zorg zijn deze schattingen meer of minder betrouwbaar. Datzelfde geldt voor de gegevens over het aanbod aan zorg. De informatie over aantallen instellingen is over het algemeen zeer betrouwbaar, tenminste voor zover het instellingen betreft die werken op basis van erkenningen, zoals ziekenhuizen en reguliere thuiszorginstellingen. Toch zijn zelfs voor wat betreft reguliere thuiszorginstellingen verschillende bronnen niet altijd vergelijkbaar. Zo bleek in tabel 4.13 dat het CBS op een iets hoger aantal instellingen voor thuiszorg komt dan de Databank Thuiszorg van de LVT en het NZi. Informatie over het aantal particuliere bureaus voor thuiszorg ontbreekt helemaal.

Een betere maat voor het aanbod dan het aantal instellingen vormt over het algemeen het aantal werkzame beroepsbeoefenaren. Met betrekking tot de verplegende en verzorgende beroepen bestaat hierover in het algemeen relatief goede, zij het globale informatie, waarbij cijfers beschikbaar zijn over zowel het aantal werkzame personen als over het aantal FTE. Een uitzondering vormen alweer de verplegenden en verzorgenden die werkzaam zijn via een particuliere thuiszorgorganisatie. Voor de informatie over de 'reguliere' verpleging en verzorging geldt daarnaast dat deze met het vervagen van de grenzen tussen de echelons steeds minder inzicht zal gaan bieden in de werkelijke capaciteit van de eerste en de tweede lijn afzonderlijk. Het is denkbaar dat een toenemend aantal verpleegkundigen die formeel in dienst van het ziekenhuis zijn, hun functie in de thuissituatie van patiënten gaan uitoefenen. Omgekeerd kunnen wijkverpleegkundigen in dienst van de thuiszorg feitelijk gedetacheerd zijn in het ziekenhuis, bijvoorbeeld als liaisonverpleegkundige. Deze transmuraal werkende verpleegkundigen kunnen in de huidige registraties niet worden herkend.

De betrouwbaarheid van de informatie over vrije beroepsbeoefenaren als huisartsen, specialisten, verloskundigen, fysiotherapeuten en andere paramedici verschilt afhankelijk van de beschikbare bron. Er zijn drie soort informatiebronnen: de wettelijke registers (bijvoorbeeld het huisartsenregister of specialistenregister, of de registratie van bijvoorbeeld ergotherapeuten en radiologisch laboranten bij de Inspectie), de ledenlijst van beroepsverenigingen en ten behoeve van onderzoek opgezette registraties van beroepsbeoefenaren. De wettelijke registers zijn weliswaar betrouwbaar, zij geven echter geen goed beeld van het aanbod aan zorg, aangezien de registratie gebaseerd is op bevoegdheid en niet op het daadwerkelijk werkzaam zijn in het



beroep. Datzelfde bezwaar kan worden aangevoerd tegen de ledenlijsten van beroepsvereniging, waarbij als bijkomend nadeel geldt dat lang niet alle beroepsbeoefenaren een organisatiegraad van 100% kennen.

Ten behoeve van onderzoek opgezette registraties bestaan voor huisartsen, verloskundigen, extramuraal werkende fysiotherapeuten en per 1 januari 1996 ook van alle ergotherapeuten. Houder van deze registraties is het NIVEL. Ook de registratie van NZi van het aantal werkzame specialisten in FTE's kan worden gezien als een cijfer dat onderzoeksmatig is verzameld, namelijk via NZi-enquêtes onder ziekenhuizen. De eenheden waarover in deze enquêtes informatie wordt vastgelegd zijn echter ziekenhuizen en niet specialisten. Bijkomend probleem is dat het cijfer over aantallen FTE's specialisten, zoals gezegd, gebaseerd is op de erkenningsbeschikking en niet per definitie de werkelijke situatie weergeeft. De NIVEL huisartsenregistratie omvat alle zelfstandig gevestigde huisartsen en assistent-huisartsen. Hoewel de omschrijving 'zelfstandig gevestigd' wellicht anders doet vermoeden, betreft het hierbij zowel vrijgevestigde huisartsen als huisartsen in loondienst (bijvoorbeeld van een gezondheidscentrum). Analoog hieraan omvat de NIVEL-registratie van verloskundigen alle zelfstandig gevestigde verloskundigen. Zowel de huisartsenregistratie als de registratie van verloskundigen gelden als zeer betrouwbaar. Het manco van de NIVEL-registratie van fysiotherapeuten is dat het hierbij uitsluitend extramuraal werkende fysiotherapeuten betreft. Het werkelijk aantal intramuraal werkende fysiotherapeuten is niet bekend, hoewel het hier naar schatting een groep van 4000 tot 6000 personen betreft. De NIVEL-registraties van huisartsen, verloskundigen, ergotherapeuten en extramuraal werkzame fysiotherapeuten leveren onder meer informatie over het aantal werkzame personen en hun leeftijds-/geslachtsopbouw en voor wat betreft fysiotherapeuten en ergotherapeuten ook over de omvang van de werkweek.

Voor sommige beroepsgroepen kan uitsluitend een schatting worden gegeven van het aantal werkzamen op basis van het aantal bij een beroepsvereniging aangesloten personen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor paramedici als diëtisten en mondhygiënisten. Het is niet bekend in welke mate de geschatte werkzame personen fulltime of in deeltijd werken.

De globale informatie over het gebruik van zorg vertoont de meeste lacunes. Een aantal kengetallen wordt continu verzameld. Het betreft daarbij bijvoorbeeld contacten met de huisarts, specialist en fysiotherapeut in de CBS-gezondheidsenquête, het gebruik van ziekenhuiszorg in de NZi-enquêtes en in de LMR van SIG Zorginformatie voor zover het klinische zorg betreft, en het gebruik van verloskundige zorg in de LVR1 en LVR2. Voor wat de huisartsenzorg betreft kunnen met het operationeel worden van LINH inmiddels ook weer betrouwbare verwijs- en prescriptiecijfers worden geleverd. Nieuw is ook de Databank Thuiszorg, waaruit in 1993 en 1994 voor het eerst cijfers over het gebruik van thuiszorg konden worden gehaald. Lacunes treden voornamelijk op bij de kleinere paramedische beroepsgroepen: ergotherapeuten, diëtisten, mondhygiënisten, orthoptie, podotherapeuten en radiologisch laboranten.

Samengevat kwamen specifieke problemen bij het samenstellen van dit rapport naar voren op de volgende terreinen:

1. Productiecijfers van huisartsen (verwijscijfers, voorschrijven, aanvragen diagnostiek e.d.) ontbreken voor de periode tussen de Nationale Studie (1987-1988) en het operationeel worden van LINH (vanaf 1993). Met het uitbouwen van LINH komen deze cijfers nu weer in steeds betrouwbaardere vorm beschikbaar.

2. Het beeld van de verloskunde zoals dat uit de LVR naar voren komt, is incompleet omdat verloskundig actieve huisartsen slechts in zeer beperkte mate deelnemen aan de LVR.
3. Vanaf 1994 houden gemeenten de plaats van bevalling en de primaire zorgverlener niet meer bij, waardoor deze gegevens niet langer door het CBS kunnen worden gepresenteerd. De ontwikkeling van het percentage thuisbevallingen versus ziekenhuisbevallingen kan daarmee uitsluitend nog via de LVR worden gevolgd, waaraan -zoals gezegd- verloskundig actieve huisartsen niet deelnemen.
4. Door de verschillende opzet van het Jaarboek Thuiszorg 1993 en het Jaarboek Thuiszorg 1994 zijn alleen de ontwikkelingen in de tijd voor de *gehele* thuiszorg vergelijkbaar. In het Jaarboek Thuiszorg 1993 zijn cijfers apart weergegeven voor kruiswerk, gezinsverzorging en kraamzorg. In de versie van 1994 vormen daarnaast de geïntegreerde instellingen voor kruiswerk en gezinszorg, eventueel aangevuld met kraamzorg, een aparte categorie. Het is daardoor niet mogelijk uitspraken te doen over ontwikkelingen binnen de wijkverpleging of binnen de gezinsverzorging of kraamzorg.
5. Thuiszorg wordt in toenemende mate geleverd door niet-reguliere aanbieders. Met betrekking tot deze particuliere bureaus ontbreekt ieder cijfermateriaal. Er zijn geen basale gegevens over het aanbod aan zorg (aantal bureaus, aantal werkzame verplegenden en verzorgenden) noch over het gebruik van zorg (aantal cliënten, aantal uren zorgverlening).
6. Er zijn geen gegevens bekend over de totale omvang van de ergotherapeutische zorg in Nederland (d.w.z. totaal aantal verrichtingen), noch over het aantal personen in de bevolking dat er gebruik van maakt.
7. Er zijn gegevens over het aantal verrichtingen logopedie voor ziekenfondspatiënten, maar gegevens over het aantal personen dat gebruik maakt van logopedie dateren uit 1987/1988 (Nationale Studie).
8. Het aantal personen in de Nederlandse bevolking dat gebruik maakt van oefentherapie-Cesar en/of Mensendieck is niet bekend.
9. Er zijn geen gegevens over de totale omvang van de diëtistische zorg (aantal behandelingen) in Nederland. Gegevens over het aantal personen dat gebruik maakt van diëtistische zorg dateren uit 1987/1988 (Nationale Studie).
10. Voor de overige paramedische beroepen (mondhygiëne, orthoptie, podotherapie en radiologisch laboranten) ontbreken gegevens over het volume (aantal behandelingen of verrichtingen) en het gebruik van zorg.
12. Gegevens over de kosten van paramedische zorg zijn alleen bekend voor die vormen van zorg die onder de Ziekenfondswet vallen (fysiotherapie, oefentherapie en logopedie). Over de kosten van zorg verleend door de overige paramedici zijn geen cijfers bekend.

Een algemeen probleem was verder dat de gepresenteerde informatie niet altijd even recent is als wenselijk. Voor zover de cijfers afkomstig zijn uit eigen NIVEL- of NZi-registraties, is het in de meeste gevallen mogelijk een cijfer voor 1995 of zelfs een voorlopig cijfer voor 1996 (bijvoorbeeld voor LINH-verwijscijfers) te produceren. Bij het samenstellen van dit Brancherapport moest daarnaast echter gebruik worden gemaakt van door andere organisaties gepubliceerde cijfers. Deze cijfers zijn vaak wat ouder. De meest recente LVR-cijfers die in een publikatie te vinden zijn, dateren bijvoorbeeld uit 1993 (gepubliceerd in maart 1996). Een ander voorbeeld betreffen de CBS-cijfers over het aantal thuiszorginstellingen: in het Maandbericht Gezondheidsstatistiek van maart 1996 worden de cijfers weergegeven voor 1993.

Lacunes in de informatievoorziening bestaan tenslotte ook op het gebied van de afstemming van het aanbod op de vraag. Op een aantal terreinen in de gezondheidszorg bestaan wachtlijsten. Een actueel voorbeeld vormen de wachtlijsten voor gezinsverzorging, waarvan in hoofdstuk 4 melding is gemaakt. De registratie van wachtlijsten in de Nederlandse gezondheidszorg heeft echter een gefragmenteerd karakter. Slechts bij uitzondering wordt informatie over wachtlijsten regionaal gebruikt. Exacte cijfers over de omvang van de wachtlijsten (aantal mensen) en de duur van de wachttijden worden zeer verschillend geregistreerd (alleen de verstandelijk gehandicaptenzorg kent een landelijke registratie). Hierdoor ontbreekt een totaaloverzicht over de wachtlijstproblematiek in de zorg.

#### *Evaluatie*

Voor de evaluatie van beleidsmaatregelen kan niet altijd worden volstaan met de globale cijfers die met een zekere continuïteit worden geproduceerd ter monitoring. Soms is het nodig om door middel van aanvullend onderzoek specifiekere gegevens te verzamelen aan de hand waarvan effecten kunnen worden vastgesteld. Het doen van aanvullend onderzoek is vaak echter alleen mogelijk onder bepaalde voorwaarden. Eén van de belangrijkste voorwaarden is dat het vaststellen van effecten door middel van kwantitatief onderzoek veelal vraagt om een opzet waarin sprake is van een voormeting en een nameting in zowel een experimentele groep als in een controlegroep. Dat impliceert dat voor een gedegen evaluatie metingen moeten plaatsvinden vóór de invoering van een beleidsmaatregel en na de invoering van de maatregel. Het uitvoeren van een voormeting is alleen mogelijk als de invoering van een beleidsmaatregel daarop kan wachten. Afhankelijk van welk type maatregel het betreft, moet de nameting bovendien niet te snel op deze voormeting volgen. Sommige veranderingen worden immers pas na enige tijd zichtbaar (verg. de besparing die de integratie kruiswerk en gezinszorg op termijn zou moeten gaan opleveren). Idealiter zou de te evalueren beleidsmaatregel verder niet zo breed moeten worden ingevoerd dat er geen mogelijkheid meer is een controlegroep samen te stellen. De ontwikkelingen op het terrein van de specialistenhonorering vormen in dit opzicht een voorbeeld van hoe het - in onderzoeksmatig opzicht - niet moet: doordat op grote schaal lokale initiatieven van de grond zijn gekomen, bestaan er feitelijk geen controlegroepen meer voor de vijf officiële experimenten van de Ziekenfondsraad. De lokale initiatieven zelf zijn bovendien van start gegaan zonder dat er een voormeting is uitgevoerd. Hierdoor is het nauwelijks nog mogelijk om de effecten van de lokale initiatieven op het medisch handelen van specialisten vast te stellen.

Tenslotte kan nog worden gewezen op een informatiebehoefte die in de stukken over de opzet van het JOZ wat onderbelicht lijkt te blijven: de behoefte aan prognoses van de ontwikkeling van gebruik en aanbod van zorg. Beleid maken vraagt uiteraard niet alleen om een gedegen analyse van het verleden, maar ook om betrouwbare voorspellingen van de toekomst. Dat kan uitsluitend op basis van gedetailleerde gegevens over het huidige gebruik en de huidige capaciteit. Voor het voorspellen van het gebruik van zorg zijn naast epidemiologische voorspellingen van de toekomstige gezondheidstoestand van de bevolking vooral morbiditeitsspecifieke productiecijfers nodig. De ziekte of aandoening waaraan een patiënt lijdt, vormt meestal immers de belangrijkste determinant van het gebruik dat hij of zij maakt van de gezondheidszorg. Morbiditeitspecifieke productiecijfers zijn in de huisartspraktijk voor het laatst verzameld in de Nationale Studie van 1987/1988. In LINH worden weliswaar morbiditeitsspecifieke verwijs- en voorschrijfgegevens verzameld, maar de belangrijke 'noemer', morbiditeitspecifieke contactfrequenties, wordt nog niet geregistreerd. Voor zover het de klinische

produktie van specialisten betreft, worden gedetailleerde gegevens vastgelegd in de LMR. Morbiditeitsspecifieke cijfers over het gebruik van zorg ontbreken echter voor poliklinische specialistische zorg, thuiszorg en paramedische zorg. Naast epidemiologische en morbiditeitscijfers moeten voor voorspellingen ten aanzien van het gebruik van zorg ook technische ontwikkelingen en trends worden meegenomen. Illustratief daarvoor zijn de prognoses voor de aantallen verpleegdagen in paragraaf 2.3.2. Wanneer die uitgangspunten echter helder zijn geformuleerd, kunnen demografische ontwikkelingen wel als voorspellende factor worden gehanteerd (zoals dat bijvoorbeeld gebeurt bij de 'Gezondheidszorg in Tel-rapportages).

Het voorspellen van de toekomstige capaciteit van zorg vraagt om gedegen manpowerstudies. De informatie die daarvoor nodig is, kan vaak niet uit de bestaande registraties worden gehaald. De cijfers die daarin zijn vastgelegd zijn namelijk over het algemeen globaal. Een voorbeeld vormt de grote beroepsgroep verplegenden en verzorgenden. Binnen deze beroepen is sprake geweest van een enorme specialisatie en differentiatie. Behoeftesamenstellingen over het aantal op te leiden verplegenden en verzorgenden dienen daarom niet alleen inzicht te geven in het aantal op te leiden personen, maar tevens in de samenstelling van deze groep qua deskundigheidsniveau en specialisatie.

## LITERATUUR EN BRONNEN

### Bronnen van kwantitatieve informatie:

- Centraal Bureau voor de Statistiek: Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1991, Voorburg/Heerlen, 1992.
- Centraal Bureau voor de Statistiek: Vademecum gezondheidsstatistiek 1995, verrichtingen in de curatieve gezondheidszorg
- Centraal Bureau voor de Statistiek: Maandberichten Gezondheid 95/5, 95/10, 95/11, 96/3, 96/4, 96/5
- COTG: Utrecht 1995, 1996
- FOZ: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Financieel Overzicht Zorg 1996. Den Haag: SDU 1995
- FOZ: Tweede Kamer der Staten Generaal. Financieel Overzicht 1994, Vergaderjaar 1993-1994, 23 407, nrs. 1-2.
- FOZ: Tweede Kamer der Staten Generaal. Financieel Overzicht 1995, Vergaderjaar 1994-1995, 23 904, nrs. 1-2.
- FOZ: Tweede Kamer der Staten Generaal. Financieel Overzicht 1996, Vergaderjaar 1995-1996, 24 404, nrs. 1-2.
- LINH (LHV/NHG/NIVEL/WOK): Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
- LVT/NZI: Jaarboek Thuiszorg 1993 en 1994. Bunnik: 1995, 1996
- NIVEL (Rijken e.a.): Brancherapport paramedische zorg. Utrecht: NIVEL 1996
- NIVEL: registratie van ergotherapeuten, Utrecht
- NIVEL: registratie van extramuraal werkende fysiotherapeuten, Utrecht
- NIVEL: registratie van verloskundigen, Utrecht
- NIVEL: registratie van hometeams, Utrecht
- NIVEL: registratie van huisartsen, Utrecht
- NIVEL: registratie van gezondheidscentra, Utrecht
- NZi/NIVEL (Van der Kwartel e.a.): Branche-rapport Verpleging en verzorging. Utrecht, juli 1994.
- NZi/NIVEL (Van der Kwartel & De Bakker): Curatieve zorg in Nederland; Feiten, ontwikkelingen, knelpunten. Utrecht: 1993.
- NZi: Financiële statistiek 1992; Categoriele ziekenhuizen, landelijke tabellen, Utrecht, 1993.
- NZi: Financiële statistiek 1993; Categoriele ziekenhuizen, landelijke tabellen, Utrecht, 1994.
- NZi: Financiële statistiek 1993; Totale intramurale gezondheidszorg, landelijke tabellen, Utrecht, 1994.
- NZi: Financiële statistiek 1994; Categoriele ziekenhuizen, landelijke tabellen, Utrecht, 1995.
- NZi: Financiële statistiek 1994; Totale intramurale gezondheidszorg, landelijke tabellen, Utrecht, 1995.

NZi: De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1992, Utrecht 1993.

NZi: De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1993, Utrecht 1994.

NZi: De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1995, Utrecht 1996.

RAZ: NIVEL/NZI/OSA. Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1995 en 1996 (Van de Loo e.a. 1995). Utrecht: 1995, 1996 in voorbereiding

SIG Zorginformatie: Verloskunde in Nederland; grote lijnen 1989-1993. Utrecht: SIG 1996

SRC: Specialisten Registratie Commissie, KNMG, Utrecht

VEKTIS: Tabellen 1991-1994 (1996).

Ziekenfondsraad: Financieel jaarverslag 1994. Amstelveen, december 1995

## Literatuur:

- ADVIESCOMMISSIE VERLOSKUNDE. Verloskundige organisatie in Nederland: Uniek, bewonderd en verguisd. Eindrapport van de Adviescommissie Verloskunde. Rijswijk, 1987
- ALGRA, W.. 'Complexe thuiszorg betekent veel regelwerk'. Het Ziekenhuis, 1996, 2: 14-16
- ANKONÉ, A.. Transmurale zorg hoort in het ziekenhuisbudget, Medisch Contact, 50 (1995): 885-887
- ARRONDISSEMENTSRECHTBANK 'S-GRAVENHAGE. Vonnis in de zaak met rolnummer 94/1548: Landelijke Huisartsen Vereniging tegen de Staat der Nederlanden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Datum vonnis 27 december 1995.
- ARTS, S.E.J., D. WIJKEL. Evaluatie van het nieuwe verwijssysteem in Amsterdam. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn VU Ziekenhuis, 1994
- BAKKER, D.H. DE. Afstemming van werkgebieden in Rotterdam. Utrecht: NIVEL, 1987
- BAKKER, D.H. DE, J. HARMSSEN, D.M.J. DELNOIJ, C. WAGNER. Verhoging eigen bijdragen gezinsverzorging: gevolgen voor de hulpverlening en cliënten. Utrecht: NIVEL, 1994
- BEKKERS, F., F. DE BAKKER, J. NIJENHUIS-VAN WEERT, A. PETERS. Implementatie van een Stafconvent Verpleging. Utrecht: Lemma, 1996
- BENSING, J.M., P.F.M. VERHAAK. Konsultatieproject Eindhoven: verwijspatronen. Utrecht: NHI, 1980
- BERSEE A.P.M., PLUIMAKERS. De wet BIG, de betekenis van de nieuwe wetgeving voor beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Lelystad: Koninklijke Vermande 1993
- BEUGELING, A. Niet-klinische behandelcentra toch weer in de race?. Ziekenhuis Management Magazine, 1994, nummer 7/8
- BOER A.H. DE, M. MOOTZ. Thuiszorg in Nederland. Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg, 74 (1996): 89-95
- BOERMA W.G.W. Home-teams 1985. Cijfers over Samenwerking 8. Utrecht: NIVEL, 1986
- BONSEL, G., P.J. VAN DER MAAS. Aan de wieg van de toekomst; Scenario's voor de zorg rond de menselijke voortplanting 1995-2010. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994
- BROERS, E.A.A. Grote sprong voorwaarts in wachtlijstinformatie; NZi ontwerpt methodiek voor uniforme registratie. Het Ziekenhuis, 1994, 21

- CARBO, C. Voorziening op drempel ziekenhuis. Verpleegkundig nieuws, 20 juli 1995: 11-13
- COLLEGE VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN. Advies inzake reparatiewetgeving artikel 18 WZV: Rapportnummer 387. Utrecht: CvZ, 30 mei 1994
- COLLEGE VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN. Advies Actualisatie ziekenhuisnormering. Utrecht: CvZ, januari 1994
- COMMISSIE TOEKOMSTVERKENNINGEN. De huisarts van morgen; Rapportage van de Commissie Toekomstverkenning. CTV: 14 februari 1996
- COMMISSIE MODERNISERING OUDERENZORG. Ouderenzorg met toekomst. Rijswijk: Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994
- COMMISSIE STRATEGISCHE HERORIËNTATIE GEZONDHEIDSZORG. Gezondheidszorg in Tel. Utrecht: NZi, september 1993.
- COMMISSIE MEDISCH SPECIALIST EN ZIEKENHUISORGANISATIE II. Managementparticipatie van medisch specialisten en decentraal organiseren. Utrecht: NZI/NVZ/LSV, augustus 1995
- CONSUMENTENBOND. Consumentengids oktober 1993
- CRÉBAS A. Beroepsomschrijving Verloskundigen. Bilthoven: NOV, 1992b
- CRÉBAS A. Beroepskrachtenvoorziening verloskundigen nota I. Bilthoven: NOV, 1992a
- DAALEN R VAN. De groei van de ziekenhuisbevalling; Nederland en het buitenland. Amsterdams Sociologisch Tijdschrift, 3 (1988): 414-435
- DEKKER J, MJ DRIESSEN, H STUMPEL e.a. Verwijzingen door huisartsen naar logopedisten. Huisarts en Wetenschap, 1992 (35): 425-427
- DEKKER, J., M.E. VAN BAAR. Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie; eindrapport. Utrecht: NIVEL, 1995
- DELNOIJ D.M.J., KWARTEL A.J.J. VAN DER. De relatie huisarts-ziekenhuis. In: AJJ van der Kwartel, DH. de Bakker (red). Curatieve zorg in Nederland: feiten, ontwikkelingen, knelpunten. Utrecht: NZi/NIVEL, 1993
- DELNOIJ, D.M.J. De huisarts in het ziekenhuis. Utrecht: NIVEL, september 1992
- DELNOIJ D.M.J. Transmurale somatische zorg in Nederland. Gezondheidszorg & Management, 3 (1995), 6: 21-24
- DOOREN, J. VAN. Geldwolven zonder Zorgvisie pruimen we niet". Het Ziekenhuis, 1995, nr. 4
- DOPHEIDE, J.P. Thuiszorg. In: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom, bijgewerkt tot april 1994
- DRIESSEN, M.J., J. HARMSSEN, J. DEKKER, W. BOSVELD, L. HINGSTMAN. Inventarisatie extramurale ergotherapie. Utrecht: NIVEL, 1996
- DRIESSEN, M.J., J. DEKKER. Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1994
- DURLINGER, L.J.M. Managementparticipatie, visie en vormen. Het Ziekenhuis, 1993, nr. 18
- ENGELSMAN, C., A. GEERTSMA. De kwaliteit van verwijzingen. Rijksuniversiteit Groningen: Groningen, 1994. Proefschrift.
- FRANCKE, A.L. Transmuralisering. In: Jaarboek Verpleegkunde 1996. Dwingeloo: Kavanah, in druk
- FRIELE R.D., R.H.C. BAKKER, Y. VAESSEN. De logboekjes tegen het licht. Utrecht: NIVEL/Consumentenbond, 1996a

- FRIELE R.D., R.H.C. BAKKER, Y. VAESSEN. NIVEL onderzocht tandartsenbezoek in 1995. Nederlands Tandartsenblad; 51 (1996b), 9: 440-443
- GLOERICH, A.B.M., J. VAN DER ZEE. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelij. Utrecht: NIVEL, 1992
- GOUW, J.M.M. DE, L. VAN WAVEREN. Verkeerde-bed-problematiek, Den Haag: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, december 1993
- GOUW, J.M.M. DE. Niet-klinische behandelcentra in Zuid-Holland. Den Haag: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, augustus 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
- GROENEWEGEN, P.P. Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een imperfecte markt? Utrecht: NIVEL, 1992 (oratie)
- HARMSSEN, J, L. HINGSTMAN, M.J. DRIESSEN. Behoefteschatting ergotherapeuten 1993. Utrecht: NIVEL 1993
- HARMSSEN, J. Hometeams 1992: Cijfers over Samenwerking 22. Utrecht: NIVEL 1993
- HARTOG, M. DEN, R.T.J.M. JANSSEN. Privé-klinieken nader onderzocht, Medisch contact, 48, 14 mei 1993
- HARTOG, M. DEN. Strategieën van ziekenhuizen, Gezondheidszorg & Management, 1994, nr. 6
- HENDRIKS, H.J.M., C. WAGNER, J. DEKKER, J.W. BRANDSMA, Evaluatie van het Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO) in de eerste lijn. Utrecht/Amersfoort: NIVEL/SWS 1994
- HERMANS, E., H.W.M. ANTEN, J.P.M. DIEDERIKS, H. PHILIPSEN, H.W.J.M. BEEREN. Patiëntkenmerken met voorspellende betekenis voor 'verkeerde-bedproblematiek op de neurologische afdeling van een algemeen ziekenhuis'. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1995, 29 april; 139(17): 890-894
- HERTOGH, C.M.P.M., M.W. RIBBE. Verkeerde bedden en verkeerde zorg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1996, 20 april; 140(16)
- HINGSTMAN, L., J.B. POOL. Behoefteschatting huisartsen 1992. Utrecht: NIVEL 1992
- HINGSTMAN, L., J. HARMSSEN. Registratie van verloskundigen: peiling 1993. Utrecht: NIVEL 1993
- HINGSTMAN, L., J. HARMSSEN, R.A. HOLL. Behoefteschatting kinderartsen 1995-2005. Utrecht: NIVEL, 1996
- HINGSTMAN, L., J. HARMSSEN. Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994. Utrecht: NIVEL, 1994
- HINGSTMAN, L., J.B. POOL, R. BARENTSEN. Behoeftebepaling gynaecologen/obstetici. Utrecht: NIVEL 1992
- HOFF, B.W. VAN 'T. Uitwerking Spoedenquête Landelijke Vereniging voor Thuiszorg met betrekking tot budgetproblemen in de sector. Terp Advies: Utrecht/Eck en Wiel, 9 juni 1996
- HOMANS, C.F., J.P. GLASER. Evaluatie integratie Kruiswerk en Gezinsverzorging. Enschede: Hoeksma. Homans & Menting, 1993
- HUBBEN, J.H. De relatie ziekenhuis-medisch specialist vanuit gezondheidsrechtelijk perspectief, Medisch Contact, 51 (1996), nr. 5: 149-151
- HULST L. VAN DER. Verloskunde is een verrijking van het vak. Interview met de voorzitter van de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen. Tijdschrift voor Verloskundigen 1995 (juli/augustus): 356-362



- HUYBREGTS, V. Een gigantische klus; ABVAKABO bindt strijd aan met valse concurrentie in de thuiszorg. Tijdschrift voor Verzorgenden, 28 (1996), 5: 6-8
- IDENBURG, P. Wij zijn coaches aan de zijlijn. Het Ziekenhuis, 23 februari 1995, nr. 4: 6-8
- JABAAIJ L., M. WINCKERS, L. HINGSTMAN, W. MEIJER. De vrijgevestigde verloskundige in Nederland: werk en werkdruk. Utrecht: NIVEL 1994
- JANSEN, P.G.M., A. KERKSTRA. Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1993
- JANSEN, H.M. Succesfactoren voor niet-klinische behandelcentra. Gezondheidszorg & Management, januari 1996, nr. 1/2
- JANSEN, P.G.M., W. MEIJER. Verkennende studie naar de voorgestelde splitsing van de thuiskraamzorg. Utrecht: NIVEL, 1993
- KANTERS, H.W., C.H. VAN DER KOOIJ, A.A. SMIT EN J.K. VAN DIJK. Managementparticipatie van de verpleging: naar integraal zorgmanagement. Utrecht: NZi, maart 1995
- KEMENADE, Y.W. VAN, J.J.G.M. VAN DEN HOEK. Boetes kunnen helpen bij oplossing vraagstuk verkeerde-bed. Het Ziekenhuis, 9 maart 1995
- KEMENADE, Y.W. VAN, K.C.N.M. BAKX. Medisch specialisten gehonoreerd? Utrecht: De Tijdstroom, 1996
- KERSSENS, J. Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg. Utrecht: NIVEL 1991
- KERSSENS, J.J., E.C. CURFS. Extramuraal fysiotherapie. Utrecht: NIVEL 1993
- KERSSENS, J.J., M.G. ANDELA. Ziekenhuizen laten patiënt te lang wachten; Onderzoek naar wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg. Het Ziekenhuis, 21 april 1994, nr 8: 330-333
- KESSELS-BUIKHUIZEN, M., J.M.H. VISSERS. Innovatie projecten op grensvlak ziekenhuis-thuis. Utrecht: NZi/NVZ, maart 1995
- KESSENER, A.W. Ziekenhuis moet bedrijfsresultaat zichtbaar maken. Het Ziekenhuis, 20 oktober 1994, nr. 19: 789-791
- KLUIVER E.P. DE, P.A.J. REMKES, G.R. VISSER, A.S.P.M. BREED. Samenwerkingsproject huisarts-cardioloog. Medisch Contact, 49 (1994), 26: 873-876
- KROONEN, A. Wachtlijsten in ziekenhuizen. Het Ziekenhuis, 12 januari 1995, nr 1/2: 14-16
- KWARTEL A.J.J. VAN DER, L.J.R. VANDERMEULEN, D.M.J. DELNOIJ, J. HARMSSEN. Branche-rapport Verpleging en Verzorging. Utrecht: NZi, 1994
- KWARTEL A.J.J. VAN DER, D.H. DE BAKKER (red). Curatieve zorg in Nederland: Feiten,ontwikkelingen, knelpunten. Utrecht: NZi/NIVEL, 1993
- L'ORTYE, M., A. AMENT. Electronische Communicatie tussen Ziekenhuis en Huisarts: Een Evaluatie van het 3I-project. Tijdschrift Medische Informatica, 21 (1992), nr. 2: 85-88
- LAMBERTS, H, M. WOOD. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press 1987
- LCVV. Goed onderwijs, een waarborg voor een goede beroepsuitoefening. Utrecht: Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging, 14 februari 1996
- LHV. Basistakenpakket. Utrecht: LHV, 1987
- LHV. De wereld verandert en de huisarts verandert mee; Discussienota 1995. Utrecht: LHV, 1995
- LIGTENSTEIN, D.A., CHR. VAN DER WERKEN. Met het gebroken been in het verkeerde bed beland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1996, 20 april; 140(16)

- LVT. Brief aan de vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Onderwerp: Reactie op VWS-brief beleidsvoornemens thuiszorg. Landelijke Vereniging voor Thuiszorg: Bunnik, 23 april 1996
- MASSOP, J.M.W., I.M.J.G. TIJSSSEN, J.H. VAN DER MADE. Thuis in het kruiswerk; Organisatie, regelgeving, financiering en beleidsvrijheid. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Beleidswetenschappen, 1991
- MEEGDES, J.G. Klinische geriatrie op maat; Klinisch geriatrische zorgverlening in en vanuit het Slotervaart-ziekenhuis. Amsterdam: NZf/Consult, maart 1993
- MEIJBOOM-DE JONG. De huisarts als poortwachter. NTvG 138 (1994); 53: 2668-2673
- MEIJER, F., M.L. HOFSTRA. Specialistische berichtgeving na polikliniekbezoek, Een onderzoek naar snelheid en kwaliteit. Medisch Contact, 45 (1990): 1375-1376
- MEULEMANS, E.W.M. Toelatingsovereenkomst, stafreglement en maatschap. Medisch Contact, 51 (1996), nr. 5: 152-154
- MILTENBURG, TH., J. MENSINK, C. RAMAKERS. Experiment cliëntgebonden budget verzorging en verpleging; Beleidsgerichte evaluatie. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS), Stichting Katholieke Universiteit, 1993
- MULDERS, H. Een niet vrijblijvende uitbouw van goede relaties; Regionale aanpak hoofdstedelijke wachtlijsten ziekenhuizen, Het Ziekenhuis, 1 december 1994, nr. 22: 923-926
- MUNSTERMAN, D.K. De ontwikkeling van ziekenhuisverplaatste zorg in Nederland, Ziekenhuis Management Magazine, december 1993, 12: 284-290
- NEDERLANDS PARAMEDISCH INSTITUUT. Basisgegevens van het Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk. Amersfoort: NPI 1995
- NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. Werkbare wetenschap: Beleidsplan 1994-1998 van het NHG. Utrecht: NHG
- NEDERLANDS ECONOMISCH INSTITUUT. Beheersbaarheid kosten ziekenvervoer. Amersfoort: NPI maart 1996
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN RADIOLOGISCH LABORANTEN. Het beroepsprofiel radiotherapeutisch laborant. Utrecht: NVRL 1992b
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN DIËTISTEN. Jaarverslag 1994. Oss: NVD 1994
- NEDERLANDSE VERENIGING VAN RADIOLOGISCH LABORANTEN. Het beroepsprofiel laborant medisch beeldvormende technieken. Utrecht: NVRL 1992a
- NHG. Transmurale afspraken (NHG-beleidsnota). Utrecht: NHG, maart 1996
- NIENOORD-BURÉ, C.D., L.J.R. VANDERMEULEN. Meerwaarde honoreringsexperimenten specialisten. ZM magazine, mei 1995, nr. 5
- NRV. Wachtlijsten, Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College van Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer: NRV/CvZ, juni 1994.
- NRV. Wachtlijsten II, Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College van Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer: NRV/CvZ, februari 1995.
- NRV. Advies Uitwisseling gedigitaliseerde gegevens in gezondheidszorg (publikatienr. 11/92). Zoetermeer: NRV. 1992
- NRV. Transmurale somatische zorg; advies van de NRV. Zoetermeer: NRV, 1995

- NRV. Verkeerde-bedproblematiek; Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Zoetermeer: NRV/CvZ, februari 1995.
- NRV. Beroepengids Zorgsector. Zoetermeer: NRV, 1993
- NVvO. Project Kwaliteitsbeleid NVvO; inventarisatie van knelpunten ervaren door orthoptisten in de uitoefening van hun beroep. Amersfoort: NVvO/NPI 1994
- PAAS, G.R.A., R.D. FRIELE. De relatie tussen de diëtist en andere zorgverleners. Utrecht: NIVEL 1996
- PALMEN, F.M.L.H.G. De 'geïntegreerde specialist' vanuit het perspectief van de beroepsbeoefenaar, Medisch Contact, 1996 (51), 5: 155-157
- PWH. Rapportage Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Utrecht: Ministerie van VWS/LHV, 1995
- RAAIJMAKERS, M.F., J. DEKKER. Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL 1995
- RIJEN, A.J.G. VAN, L. OTTES. EDI in de gezondheidszorg. Tijdschrift Medische Informatica, 18 (1989), 4: 141-144
- RIJKEN P.M., C.M. VAN HEUGTEN, J. DEKKER. Brancherapport paramedische zorg. Utrecht: NIVEL 1996
- RITECO, J.A., L. HINGSTMAN. Evaluatie invoering 'verloskundige indicatielijst'. Utrecht: NIVEL 1991
- RUISSSEN, R., J.J. POIESZ. Medische zorg en ziekteverzuim. Utrecht: NZi, 1993
- RUTTERS-VAN LIEROP, D., P.G. ARNOU. Supra-regionaal communicatienetwerk zuidwest-Nederland. In: Proceedings M.I.C. 1994: 135-143
- SANTEN, W. VAN, S.D. SWEERMAN, M.R. VOGEL. Niet-klinische behandelcentra: voor de muziek uit of randverschijnsel? Amsterdam: Bakkenist Management Consultants, Juli 1993
- SCHEPERS, R., N. KLAZINGA, G. SCHOLTEN. Beter maten dan managers. Gezondheid, 1996, nr. 1
- SCHULLER, R. D.H. DE BAKKER. Huisartsenzorg buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken. Utrecht: NIVEL, 1996
- SCHUT, E. Waarom ziekenfondsen budgetteren en responsabiliseren? Lezing gehouden in het kader van: Financiële responsabilisering van ziekenfondsen en risicosolidariteit. 8e Symposium Gezondheid en Economie, Universitaire Instelling Antwerpen: 10 mei 1996
- SCHUUR, B.W., L.M. VAN KUIJK. Ziekenhuispatiënten wachten op vrij verpleeghuisbed. Signet, 1996, nr. 1: 7-10
- SEBREGTS E., L.J. STOKX, H. VAN DEN HOOGEN. Het verwijkskaartensysteem onder de loep. Medisch Contact, 50 (1995): 735-739
- SEEGERS, F. Huisartsenzorg ruim 300 miljoen goedkoper dan FOZ beweert. De Huisarts 1996, 6: 7-8
- SPREEUWENBERG C. (Net)werken voor chronisch zieken. Medisch Contact, 49 (1994), 50: 1585
- STEINHOFF, P. Zorg op maat voor de dusterpatiënt. Trefpunt, 1995, 12: 5-7
- STG. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg; Deel 1 Scenariorapport. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum. 1992
- TROUW. 10.000 mensen op wachtlijst thuiszorg. 11 juni 1996, p. 4
- TWEDE KAMER.  
- Ouderenbeleid 1995-1998, Integraal Actieprogramma. Bijlagen Handelingen Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1994-1995a, 24 319, nrs. 1-2

- Zorg in het regeerakkoord, Bestuurlijk/wetgevend programma zorgsector 1995-1998. vergaderjaar 1994-1995b, 24 124, nrs. 1-2
- Gezond en Wel. Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998. Bijlagen Handelingen Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1994-1995c, 24 126, nrs. 1-2
- Kostenbeheersing in de zorgsector. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bijlagen Handelingen Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1994-1995d, 24 124, nrs. 1-2

UUNK, W., J. DEKKER. P. GROENEWEGEN. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitsspecifieke verwijspersentages. Utrecht: NIVEL 1991

VALK, R.W.A. VAN DER, J. DEKKER, M. BOSCHMAN. Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989-1992. Gegevens uit BEEF. Utrecht: NIVEL 1995

VERENIGING BEWEGINGSLEER CESAR. Voorlopige beroepskrachtenplanning oefentherapeuten-Cesar. Utrecht: VBC 1995

VERHAAK, P.F.M., M. ANDELA, J.J. KERSSSENS. Bejegening en informatieverstrekking door huisarts en specialist. Medisch Contact 50 (1995): 864-866

VERHAGE-SPLIET, C.M.Th., T.J.J.M.T. KERSTEN. De inhoud van verwijzbrieven en specialistenbrieven. Huisarts en Wetenschap, 33 (1990): 148-151

VERHEIJ, R.A., W.M.C.M. CARIS-VERHALLEN, A. KERKSTRA. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Utrecht: NIVEL, 1993

VISSER, E.T. Van alle markten thuiszorg. Een inventarisatie van aanvullende thuiszorg in Nederland. Regioplan: Amsterdam, 1989

VISSER, T., J.G. VAN DAM. Transmurale farmacie staat voor kwaliteit. Het Ziekenhuis, 1996, 1: 10-12

VLIET, R. VAN. Normuitkeringen voor ziekenfondsen. Lezing gehouden in het kader van: Financiële responsabilisering van ziekenfondsen en risicosolidariteit. 8e Symposium Gezondheid en Economie, Universitaire Instelling Antwerpen: 10 mei 1996

VOGEL J. LHV-district Groot Gelre experimenteert met vijf projecten transmurale zorg. De Huisarts 1994, 9: 29-33

VUGT, A.B. VAN, C.R. TOUW. Kwantificering van te langdurige ziekenhuisopname ("verkeerde-beddenproblematiek"); heupfracturen bij bejaarden. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1994, 3 september; 138(36)

VWS:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Informatiebeleid volksgezondheid en zorg 2. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede kamer der Staten-Generaal. 23 oktober 1995
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Stand van zaken beleidsvoornemens thuiszorg. Brief van de minister en staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Bijlagen Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996; 23 235; nr. 11; 15 april 1996.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vervolgbrief Stand van zaken beleidsvoornemens thuiszorg. Brief van de minister en staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Bijlagen Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996; 23 235; nr. 12; 6 mei 1996.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Thuiszorg 1997. Brief van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 28 mei 1996

WIEGERINK, R., R.A.B. OOSTENDORP. Profiel patiënten populatie: een inventarisatie onder de FON-praktijken naar patiëntkenmerken bij instroom in de praktijk. Amersfoort: SWSF 1994

WIEGERS, T., G. BERGHS. Bevallen...thuis of poliklinisch?. Utrecht: NIVEL 1994

WVC:

- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan'; Gezinsverzorging en kruiswerk naar een geïntegreerd aanbod in de thuiszorg. Rapport van de heroverwegingswerkgroep doelmatigheidsonderzoek organisatiestructuur gezinsverzorging en kruiswerk. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Thuiszorg in de jaren '90; brief van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Rijswijk: Ministerie van WVC, 16 december 1991

ZEMMELINK, H.W., P.M. VAN ROOIJ. Beheersen van thuiszorginstellingen met behulp van kengetallen, meetinstrument voor bedrijfsvoering in de thuiszorg. Utrecht/Bunnik: NZi/LVT, juni 1996

ZIEKENFONDSRAAD:

- Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorgvernieuwing, verpleging en verzorging 1995, waarin opgenomen verpleeghuisvervangende zorg, het persoonsgebonden budget en coördinatie vrijwillige thuiszorg. Ziekenfondsraad: Amstelveen, 23 maart 1995a
- Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat verpleging en verzorging 1996. Ziekenfondsraad: Amstelveen, 21 december 1995b

ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND. Innovatie van de Indicatie (Discussienota van de gezamenlijk zorgverzekeraars over indicatiestelling verpleging en verzorging). Houten: ZN, maart 1995

ZUIJDERDUIN, W.M., J. DEKKER. Podotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL 1994

ZWART, J. Reactie op interview met de voorzitter van de Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen. Tijdschrift voor Verloskundigen 1995, juli/augustus: 361-362

ZIMMERMAN, M. De beschikbaarheid van het medisch dossier voor de zorgverlening aan de patiënt. Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Technische Bedrijfskunde: januari 1994. Afstudeeronderzoek

## LIJST VAN AFKORTINGEN

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
AGIO	Assistent Geneeskundige In Opleiding
AVZF	Amsterdamse Vereniging van Zelfstandige Fysiotherapeuten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BEEF	Beleidsgericht Evaluatie en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CAK	Centraal Administratiekantoor AWBZ
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CFO	Consultatief Fysiotherapeutisch Onderzoek
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
EDI	Electronic Data Interchange
FON	Fysiotherapie Ontwikkelings Netwerk
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
FTE	Full-time equivalent
FTO	Farmaco Therapie Overleg
GIRST	Geïntegreerd Informatiesysteem en Registratiesysteem Thuiszorg
HOED	Huisartsen Onder Een Dak
ICPC	International Classification of Primary Care
ITS	Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen
IVF	In Vitro Fertilisatie
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KPZ	Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekeraars
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LIER	Landelijk Indicatie en Registratiesysteem
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen
LISK	Logopedie Informatie Systeem ten behoeve van Kwaliteitsbevordering
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVR	Landelijke Verloskunde Registratie
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NDT	Neuro Developmental Treatment
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

NOV	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NPCF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NPI	Nederlands Paramedisch Instituut
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVM	Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënisten
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthoptisten
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZI	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
PWH	Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg
RAZ	Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SIG	SIG Zorginformatie
SRC	Specialisten Registratie Commissie
SWSF	Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie
TIRS	Thuiszorg Indicatie en Registratiesysteem
UvO	Uitkomst van Overleg
VNZ	Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZAO	Zorgverzekeraar Amsterdam
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland





## **BIJLAGE**

### **PRODUKTIE IN DE HUISARTSPRAKTIJK 1995/1996**

**Een presentatie van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) ten behoeve van het Jaar Overzicht Zorg (JOZ)**

Dinny de Bakker, Frans Kok, Harald Abrahamse,  
Henk van den Hoogen, Jan-Willem de Jonge

augustus 1996

LINH is een samenwerkingsverband van:

LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging  
NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap  
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
WOK, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (KUN/RL)

Contactadres: NIVEL, Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht -  
Telefoon: 030 2319946 Fax: 030 2319290



## INHOUD

LIJST VAN TABELLEN	204
1 INLEIDING	205
2 LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSENZORG (LINH)	206
3 PRODUKTIECIJFERS	211
3.1 Contactfrequenties	211
3.2 Voorschrijven van geneesmiddelen	214
3.3 Verwijzen naar de medisch specialist	220
3.4 Verwijzen binnen de eerste lijn	225
3.5 Diagnostische testen	227
4 CONCLUSIES	229
LITERATUUR	230
BIJLAGE: Representativiteit LINH	231

## LIJST VAN TABELLEN

1. Overzicht beschikbare gegevens voor JOZ
2. Contactfrequentie per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: LINH vs Nationale Studie
3. Aantal voorschriften per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: LINH vs Nationale Studie
4. Voorschriften per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar ATC-hoofdstuk, geslacht en verzekeringsvorm: LINH/RNG vs Nationale Studie
5. Top-tien voorgeschreven stoffen: LINH/RNG vs Nationale Studie
6. Voorschriften per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar ICPC-hoofdstuk, geslacht en verzekeringsvorm: RNG vs Nationale Studie
7. Top-tien diagnoses bij geneesmiddelvoorschriften: RNG vs Nationale Studie
8. Verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar naar leeftijd, geslacht en kaartsoort: LINH 1995/96
9. Verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 ziekenfondsverzekerden naar leeftijd: LINH 1993-1996
10. Verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 particulier verzekerden per jaar naar leeftijd, geslacht en kaartsoort: LINH 1993-1996
11. Verwijscijfer per specialisme
12. Verwijscijfer per ICPC-hoofdstuk
13. Verwijzingen naar fysiotherapie per 1000 ingeschreven patiënten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm: LINH vs Nationale Studie
14. Top-tien van diagnoses bij fysiotherapieverwijzingen: LINH vs Nationale Studie
15. Top-20 van aangevraagde testen: LINH 1994-1996
16. Top-20 van diagnoses/werkhypothesen bij aangevraagde testen: LINH 1994-1996
17. Overzichtstabel belangrijkste productiecijfers: LINH 1995/96

## 1 INLEIDING

In deze rapportage treft u een overzicht van produktiegegevens in de huisartspraktijk. Ingegaan wordt op de contactfrequentie, het voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzingen naar de medisch specialist en binnen de eerste lijn en aanvragen voor laboratoriumdiagnostiek. De produktiecijfers worden uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Verder wordt aandacht besteed aan de aard van de produktie (bijvoorbeeld het specialisme waarnaar wordt verwezen) en de diagnose waarvoor de produktie heeft plaatsgevonden.

De gegevens in deze rapportage zijn afkomstig uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Dit is het derde jaar waarin gegevens uit LINH worden aangeleverd ten behoeve van (toen nog) het Financieel Overzicht Zorg. In de voorgaande jaren beperkten de gegevens zich tot het verwijzen naar de medisch specialist en de aanvragen voor laboratoriumdiagnostiek voor een beperkt aantal huisartspraktijken. Dit jaar wordt ook aandacht besteed aan de contactfrequentie, het voorschrijven van geneesmiddelen en verwijzingen naar de eerste lijn. Bovendien is het aantal huisartspraktijken waarop de gegevens zijn gebaseerd meer dan verdubbeld. Dat heeft alles te maken van de overgang van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg van de pilotfase naar de operationele fase per 1 januari 1996. Aangezien de voorliggende rapportage betrekking heeft op de periode 1 april 1995 tot en met 31 maart 1996 draagt een en ander de kenmerken in zich van de overgang van de pilot naar operationele fase. De gegevens zullen dan ook met de nodige voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. In de tekst zal worden aangegeven waar dat meer of minder het geval is.

Op het gebied van verwijzingen naar de medisch specialist en diagnostiek zijn vergelijkingen mogelijk met eerdere jaren waarin LINH gegevens heeft aangeleverd voor het JOZ. Daarnaast vindt voor zover mogelijk vergelijking plaats met de in 1987 en 1988 gehouden Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Groenewegen et al, 1991), de meest recente bron van vergelijkbare, landelijk representatieve gegevens.

In paragraaf 2 van deze rapportage wordt nader ingegaan op de gegevensbron: het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. In paragraaf 3 komen achtereenvolgens contacten, diagnostiek, voorschriften en verwijzingen naar de tweede en binnen de eerste lijn aan de orde. In paragraaf 4 wordt een samenvattend overzicht gegeven van de produktiegegevens uit dit rapport.

## 2 LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSENZORG (LINH)

### *Algemeen*

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is in 1991 door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en de WOK (Werkgroep Onderzoek Kwaliteit huisartsgeneeskunde) in opdracht van het toenmalige ministerie van WVC opgezet. De belangrijkste reden voor het opzetten van een netwerk was dat het ontbrak aan continue informatie over het handelen van de doorsnee huisarts in Nederland. Er was behoefte aan deze informatie ten behoeve van wat toen nog heette het Financieel Overzicht Zorg.

Nog tijdens de pilotfase van het project traden het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging toe als partners in het project. Inmiddels is eind 1995 de pilotfase afgerond. Het doel van LINH om, gedragen door relevante partijen, continue kwantitatieve en kwalitatieve informatie omtrent de door huisartsen verleende zorg te verkrijgen is haalbaar gebleken.

Momenteel bevindt LINH zich in de operationele fase, waarin de verzameling van data ten behoeve van het Jaar Overzicht Zorg en ten behoeve van het kwaliteitsbeleid binnen de huisartsgeneeskunde centraal staan. Waren in de beginjaren van LINH het aantal te registreren onderwerpen beperkt tot verwijzen naar de tweede lijn en haematologische, biochemische en microbiologische diagnostiek, momenteel vindt een verdere uitbouw van het aantal te registreren onderwerpen plaats en zal het aantal praktijken toegroeien naar het vereiste aantal van 100 á 110 in 1997.

De gegevens uit het netwerk zullen bij een dergelijk aantal praktijken uiteindelijk een landelijk representatief beeld opleveren van het handelen van huisartsen. De uit het netwerk voortkomende informatie dient naast onderbouwing van het JOZ geschikt te zijn voor wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep huisartsen en vraagstellingen op het gebied van het gezondheidszorgbeleid.

### *Huisarts Informatie Systemen*

De gegevens voor LINH worden vastgelegd door huisartsen en hun assistenten in de computer met behulp van Huisarts Informatie Systemen (HIS). Een Huisarts Informatie Systeem is een computerprogramma voor het automatiseren van de huisartspraktijk. Dat wil zeggen: een programma voor het onderhouden van de praktijkgegevens, patiëntgegevens, medische gegevens, financiële gegevens etc. Er bestaan verschillende Huisarts Informatie Systemen, die onderling verschillen in de gehanteerde systematiek. Door de LHV en NHG wordt hard gewerkt aan standaardisering. Zo is in 1996 de derde versie van het WCIA-HIS-referentiemodel uitgebracht waarin de functionele eisen waaraan een HIS moet voldoen gedetailleerd zijn omschreven. Op den duur zullen alle Huisarts Informatie Systemen daaraan moeten voldoen. Vooralsnog bestaan er echter nog verschillen in systematiek.

Daarnaast bestaan er verschillen in de wijze waarop en de mate waarin huisartsen hun Huisarts Informatie Systeem gebruiken. Sommige huisartsen gebruiken hun HIS alleen nog voor de financiële administratie, declaraties e.d. Steeds meer huisartsen gaan er toe over ook hun medische gegevens, die voorheen op de groene kaart werden vastgelegd, in te voeren in de computer met behulp van de zogenaamde medische module van het HIS. Maar ook in het gebruik van de medische module bestaan

verschillen tussen huisartsen. In principe is het mogelijk om met de medische module gegevens over verrichtingen van huisartsen (contacten, medicijnvoorschriften, verwijzingen et cetera) vast te leggen. Huisarts Informatie Systemen verplichten echter niet tot het registreren van alle verrichtingen en als gegevens worden vastgelegd laat het vrijheid toe in de mate waarin bijzonderheden worden ingevuld en in het te gebruiken codeersysteem. Voor bepaalde verrichtingen bieden de Huisarts Informatie Systemen faciliteiten. Zo kunnen met die systemen verwijskaarten naar de specialist gegenereerd worden, evenals medicijnvoorschriften en declaraties van contacten met particulier verzekeren. Het is bij deze gegevens voor huisartsen dus handig om het HIS te gebruiken. Aangenomen kan daarom worden dat dit soort verrichtingen consequenter worden geregistreerd dan verrichtingen, waarvoor geen administratieve handelingen nodig zijn dan wel deze niet door het HIS worden gefaciliteerd.

#### *HIS en LINH*

De filosofie van LINH is dat de betrouwbaarheid van de verkregen informatie hoger is naarmate minder wordt geïnterfereerd in de praktijkvoering. Daarom participeren in LINH alleen huisartspraktijken die reeds werken met de medische module van een WCIA goedgekeurd Huisarts Informatie Systeem. HISen waarvan op dit moment praktijken in LINH participeren zijn MicroHIS, Promedico, Elias, Arcos en MachIS. Extra sturing is echter noodzakelijk gezien de verschillen tussen de Huisarts Informatie Systemen en de verschillen tussen huisartsen in wijze van registreren. Dat gebeurt in LINH door de leveranciers van Huisarts Informatie Systemen aanpassingen te laten maken in hun programmatuur. Deze extra programmatuur zorgt voor een consequenter en minder vrijblijvende manier van registreren. Zo kan een aan LINH deelnemende huisarts alleen een verwijskaart met zijn HIS genereren als hij enkele aanvullende vragen invult, zoals een ICPC-code voor de diagnose en de code voor de kaartsoort. Daarnaast is extra programmatuur vervaardigd om de voor LINH vereiste gegevens op een eenduidige manier te kunnen wegschrijven. Het belangrijkste dat de extra programmatuur aan LINH toevoegt is dat bij elke verrichting een diagnose wordt gevraagd. Het leveren van diagnosespecifieke informatie is een van de doelstellingen van LINH. Het gaat niet alleen om het aantal verwijzingen, voorschriften etc, maar ook om de vraag waarvoor die betreffende verrichting plaatsvindt. Enkel een verwijscijfer zegt weinig als daar geen inhoudelijke duiding aan gegeven kan worden.

#### *LINH en het JOZ*

In deze rapportage worden gegevens gepresenteerd over verwijzingen naar de tweede lijn en diagnostiek, prescriptie, contacten en verwijzingen binnen de eerste lijn (sinds 1 april 1996). Nog niet bij al deze verrichtingen is het Huisarts Informatie Systeem zodanig aangepast dat op een systematische manier wordt geregistreerd en consequent een diagnose wordt toegevoegd. Voor verwijzingen naar medisch specialisten werkzaam in de tweede lijn, en de diagnostische testen is de programmatuur wel aangepast. De gegevens over de andere verrichtingen zijn uit de Huisarts Informatie Systemen weggeschreven zonder dat sprake is van enige interferentie van de kant van LINH. Uit een in januari gehouden enquête onder de deelnemende huisartsen bleek dat een redelijk aantal huisartsen voldoende systematisch registreerde om betrouwbare informatie boven tafel te krijgen. Wél betekent het dat deze gegevens niet voor alle praktijken beschikbaar zijn en dat bij de verrichting de diagnosekode over het algemeen niet is ingevuld. Alleen ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen zijn diagnosespecifieke gegevens beschikbaar omdat aanvullende gegevens van andere praktijken konden worden verkregen.

Hieronder zal per verrichtingensoort worden aangegeven welke gegevens zijn verzameld:

- **contacten**

In Huisarts Informatie Systemen kunnen gegevens over contacten op twee verschillende manieren worden vastgelegd: als een gedeclareerde verrichting en in het zogenoemde journaal van de medische module (het journaal biedt een chronologische weergave van de geregistreerde medische informatie; een journaalregel bevat daarbij informatie over één contact of een onderdeel daarvan). Op basis van de gedeclareerde verrichtingen kunnen alleen contactfrequenties voor particulier verzekerden worden vastgesteld omdat consulten van ziekenfondsverzekerden onder het abonnementstarief vallen en dus niets kan worden gedeclareerd. In het medisch journaal worden over het algemeen contacten van zowel ziekenfondsverzekerden als van particulier verzekerden geregistreerd.

De Huisarts Informatie Systemen verschillen echter in de wijze waarop gegevens over contacten worden vastgelegd. Hierdoor was het alleen mogelijk voor huisartsen, die Elias, Arcos of Promedico gebruikten contactgegevens te vergaren. Indien meerdere journaalregels betrekking hadden op één bepaalde dag zijn deze samengenomen om dubbeltellingen te voorkomen.

De periode waarover gegevens werden verkregen is 1 oktober 1995 tot en met 31 maart 1996.

- **prescriptie**

Gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen worden in de meeste participerende huisartspraktijken goed vastgelegd in Huisarts Informatie Systemen, omdat deze in staat zijn recepten te genereren. Daardoor is van vrijwel alle recepten de ATC-code\* bekend. De diagnosecode is echter over het algemeen niet geregistreerd.

Diagnosespecifieke informatie is wel verkregen uit het Registratie Netwerk Groningen, dat dit jaar mede als gegevensleverancier voor het JOZ fungeert. Het Registratie Netwerk Groningen werd in 1989 door de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit opgericht met als doel gegevens te verzamelen in geautomatiseerde huisartsenpraktijken. Het omvat 5 praktijken.

De verkregen gegevens betreffen eveneens de periode 1 oktober 1995 tot en met 31 maart 1996.

- **verwijzingen naar de medisch specialist**

Gegevens over verwijzingen naar de medisch specialist worden in LINH sinds maart 1993 verzameld. De gegevens zijn diagnosespecifiek. Aan vrijwel elke verwijzing is een ICPC-code gekoppeld.

De gegevens in deze rapportage hebben betrekking op de periode 1 april 1995 tot en met 31 maart 1996.

- **verwijzingen binnen de eerste lijn**

Gegevens over verwijzingen binnen de eerste lijn worden sinds kort (1 april 1996) met aangepaste programmatuur geregistreerd. De systematiek waarmee huisartsen deze verwijzingen vastleggen zal variëren. Voor verwijzingen naar de fysiotherapie is een

---

\* De ATC is een internationaal geaccepteerd geneesmiddelenclassificatiesysteem. De naam van de indeling staat voor Anatomical-Therapeutical-Chemical en verwijst naar de achterliggende classificatieprincipes in anatomische hoofdgroep, therapeutische subgroep, therapeutisch-chemische subgroep en chemische substantie.



machtiging noodzakelijk, waardoor het voor huisartsen handig is om het HIS te gebruiken. Voor andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de wijkverpleging, is dat niet noodzakelijk. De vraag kan hier dan ook worden gesteld in hoeverre sprake is van 'echte' verwijzingen.

De registratieperiode is 1 april 1996 tot en met 30 juni 1996.

#### • diagnostiek

Gegevens over diagnostische verrichtingen in de huisarts praktijk en elders aangevraagde diagnostiek worden sinds 1993 geregistreerd met daartoe aangepaste software. Huisartsen kunnen met hun HIS echter geen laboratoriumaanvraag genereren omdat elk laboratorium een ander formulier kent. Het invoeren van labaanvragen door huisartsen in hun HIS betekent dus dubbel werk, want het aanvraagformulier zal nog apart moeten worden ingevuld. Door deze situatie registreren in LINH slechts 6 praktijken diagnostiek. Recentelijk zijn de LHV en de laboratoria het eens geworden over standaardisatie van het aanvraagformulier. Zodra de leveranciers van de Huisarts Informatie Systemen deze standaard hebben verwerkt in hun programmatuur zal het mogelijk worden meer praktijken op een systematische wijze diagnostiek te laten registreren.

De registratieperiode is 1 april 1995 tot en met 31 maart 1996.

Hieronder volgt een overzicht van de verkregen gegevens.

Tabel 1 Overzicht beschikbare gegevens voor JOZ

Verrichting	aantal	aantal	registratieperiode	
	praktijken	huisartsen	begin	einde
contact <sup>1</sup>	22	42	1/10/95	31/03/96
prescriptie <sup>2</sup>	38	73	1/10/95	31/03/96
verwijzen 2e lijn	47	84	1/04/95	31/12/96
verwijzen 1e lijn	16	29	1/04/96	30/06/96
externe diagnostiek	6	9	1/10/95	31/03/96

<sup>1</sup> Geen diagnosespecifieke gegevens beschikbaar;

<sup>2</sup> Diagnosespecifieke informatie is alleen beschikbaar voor 5 praktijken met 14 huisartsen uit het RNG.

#### *Kwaliteit van de gegevens*

De kwaliteit van de verzamelde gegevens is uitgebreid gecontroleerd. In de eerste plaats hebben checks op interne consistentie plaatsgevonden. Geconstateerde onjuistheden of onwaarschijnlijkheden als prostaatklachten bij een vrouw of dementie bij een kind worden teruggekoppeld naar de registrerend huisarts en zonodig gecorrigeerd.

Lastiger is de controle op de volledigheid van de geleverde gegevens. Het is moeilijk na te gaan in hoeverre onderregistratie is opgetreden. De kwaliteitscontrole heeft hier op verschillende manieren plaatsgevonden:

1. Nagegaan is in hoeverre verrichtingen in de tijd gelijkmatig zijn geregistreerd; als blijkt dat er in bepaalde weken niet of veel minder is geregistreerd dan wijst dat op onderregistratie. Soms is na een periode waarin niets is geregistreerd een registratiepiek te constateren, waar kennelijk bijvoorbeeld na een vakantie of na computerproblemen een inhaalslag is gemaakt. Waar duidelijk is dat een deel van de periode niet is geregistreerd heeft correctie plaatsgevonden;
2. Vergeleken is waar mogelijk met andere cijfers; bronnen waarmee is vergeleken zijn de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) van de Ziekenfondsraad en de CBS-gezondheidsenquêtes. Van deze bronnen is de Nationale Studie veruit het best vergelijkbaar voor wat betreft wijze van gegevensverzameling (evenals LINH betreft het registratie in de huisartspraktijk), maar wel het oudste (1987/88). Vergeleken is zowel op de absolute hoogte van gegevens als op aanwezige patronen, zoals de verschillen die bestaan in bijvoorbeeld contactfrequentie tussen leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen en ziekenfonds- en particulier verzekerden.
3. Er is een enquête onder de deelnemende huisartsen gehouden, waarin is gevraagd naar de volledigheid van de door hen geregistreerde gegevens. In principe zijn alleen gegevens opgenomen van huisartsen die zeggen (vrijwel) volledig te hebben geregistreerd.

Ten aanzien van de contactgegevens hebben nog aanvullende controles plaatsgehad op twee verschillende manieren:

1. Bij particulier verzekerden zijn contactfrequenties op basis van gedeclareerde verrichtingen vergeleken met aantallen in het medisch journaal geregistreerde contacten;
2. Contactfrequenties tussen LINH-praktijken onderscheiden naar de gebruikte Huisarts Informatie Systemen zijn met elkaar vergeleken; zoals vermeld zijn er verschillen in systematiek. In Elias worden gegevens over contacten op een systematische wijze vastgelegd. De contactfrequenties van de Elias-praktijken zijn vergeleken met de Promedico en Arcos-praktijken.

#### *Representativiteit*

Het is de bedoeling dat LINH uitgroeit tot een landelijk representatief netwerk met 100 tot 110 praktijken. Op dit moment kan nog niet worden gesproken van een landelijk representatief netwerk omdat medio 1996 nog slechts 47 praktijken meewerken. Die praktijken zijn wel redelijk goed gespreid over het land en naar urbanisatiegraad (zie bijlage). Verder vormt de gezamenlijke praktijkpopulatie van de deelnemende praktijken een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht. Een verschil met het landelijk beeld is dat huisartsen in gezondheidscentra op dit moment in LINH oververtegenwoordigd zijn.

Dit voorbehoud voor wat betreft de representativiteit geldt in versterkte mate voor die delen van de rapportage waar gegevens van minder dan 50 praktijken beschikbaar zijn.

### 3 PRODUKTIECIJFERS

In dit hoofdstuk worden produktiecijfers beschreven. Achtereenvolgens wordt ingegaan op contacten, medicijnvoorschriften, verwijzingen naar de medisch specialist, verwijzingen binnen de eerste lijn en tenslotte diagnostiek. Steeds worden (zo mogelijk) uitsplitsingen gemaakt naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, naar aard van de betreffende verrichting (bijv. verwijsspecialisme) en naar diagnose waarbij de verrichting plaatsvond.

Vergelijkingen met de Nationale Studie worden in de eerste plaats gemaakt ter validering van de betreffende gegevens. Waar verschillen worden gevonden zal getracht worden deze te verklaren uit ofwel factoren die met de gegevensverzameling van doen hebben ofwel daadwerkelijk opgetreden veranderingen. Bij dit laatste wordt met name gekeken of een dergelijke verandering zich ook in andere gegevensbronnen heeft voorgedaan (CBS of GIP met name).

#### 3.1 Contactfrequenties

Voldoende betrouwbare contactfrequenties konden voor 22 van de 47 huisartspraktijken (met 42 huisartsen) worden vastgesteld. Bij 2 (4 huisartsen) van deze 22 konden alleen contactfrequenties voor particulier verzekerden worden vastgesteld. Belangrijkste reden dat praktijken zijn afgevallen is dat het bij bepaalde HISEn niet mogelijk bleek om betrouwbare contactfrequenties vast te stellen. Een tweede reden was dat huisartsen aangaven contacten niet systematisch te hebben geregistreerd. Tussen de 22/20 praktijken zijn er geen systematische verschillen als een onderscheid wordt gemaakt naar het gebruikte Huisarts Informatie Systeem. Voor deze praktijken geldt ook dat de huisartsen in de enquête aangaven systematisch te hebben geregistreerd.

De contactfrequenties zijn berekend op basis van de gegevens uit het Medisch Journaal. Lang niet alle in het Medisch Journaal geregistreerde contacten van particulier verzekerden bleken echter bij de declarabele verrichtingen terug te vinden. Dat kan betekenen dat toch niet alle contacten worden gedeclareerd\*, dan wel dat dat niet altijd met de computer gebeurt. Ook kan het betekenen dat er sprake is van overregistratie in het Medisch Journaal. Dat dat laatste een rol speelt is onwaarschijnlijk. In het HIS waarin contacten het meest systematisch worden geregistreerd lagen de contactfrequenties niet lager dan bij de andere praktijken. Bovendien bleken de contactfrequenties op basis van het Medisch Journaal zeer goed te vergelijken te zijn met eerder onderzoek, te weten de Nationale Studie en de CBS-gezondheidsenquête. Daarom is toch uitgegaan van in het Medisch Journaal geregistreerde contacten.

De contactfrequenties zijn gebaseerd op de periode 1 oktober 1995 tot en met 31 maart 1996 en hebben betrekking op de contacten van zowel de huisarts als de praktijkassistente. In principe zijn ook telefonische contacten geregistreerd. Hierbij zal enige onderregistratie zijn opgetreden, want in de enquête onder de deelnemende huisartsen geeft ongeveer de helft aan telefonische contacten slechts gedeeltelijk te

---

\* Dat zou kunnen verklaren waarom het onderzoeksbureau Deloitte & Touche op basis van jaarrekeningen van huisartsen vond dat huisartsen minder inkomsten van particulier verzekerden ontvangen dan op basis van onder meer contactfrequenties werd aangenomen (Deloitte & Touche, 1995)

hebben vastgelegd. Alle cijfers zijn voor de vergelijkbaarheid omgerekend naar frequenties op jaarbasis. Dit kan zonder problemen omdat er geen significante verschillen in contactfrequentie tussen de seizoenen zijn (Groenewegen, de Bakker, 1992).

Tabel 2 geeft de berekende contactfrequenties uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm in vergelijking met de Nationale Studie uit 1987/1988.

Het aantal contacten met de huisartspraktijk (dus van huisarts en assistente samen) blijkt volgens LINH op 4,9 te liggen, iets hoger dan in 1987/1988 (toen ging het om 4,6 contacten). De toename wordt veroorzaakt door de ziekenfondsverzekerden. Bij de particulier verzekerden is er sprake van een lichte afname.

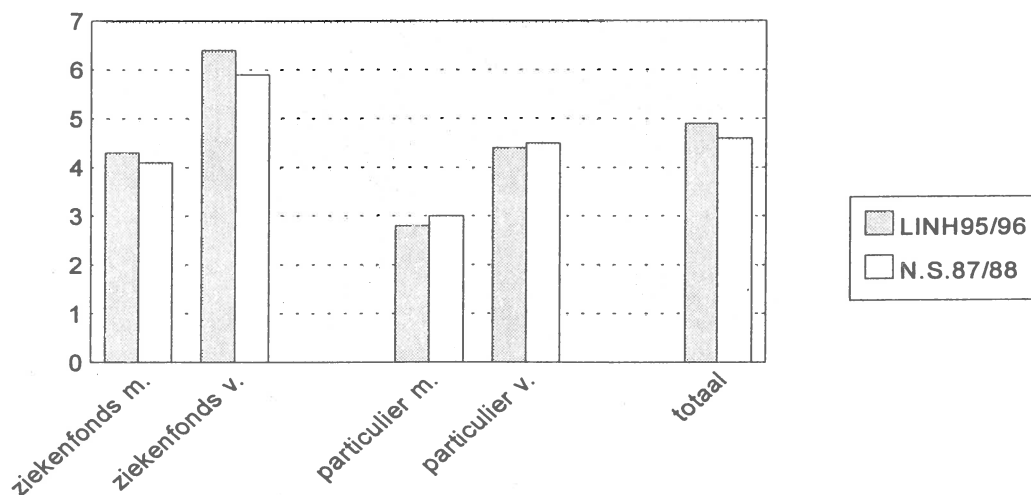
Tabel 2 Aantal contacten per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH (95/96) in vergelijking met de Nationale Studie (87/88)

	ziekenfonds				particulier				totaal	
	m		v		m		v		LINH	NS
	LINH	NS	LINH	NS	LINH	NS	LINH	NS		
0-4	5,0	4,6	4,2	4,5	3,9	3,9	3,6	3,6	4,4	4,2
5-14	2,8	2,5	3,0	2,8	2,0	2,0	2,2	2,0	2,5	2,4
15-24	2,5	2,6	4,6	4,5	1,7	1,8	3,1	3,1	3,2	3,3
25-44	3,2	3,3	5,6	5,1	1,9	2,3	3,9	4,2	3,9	3,9
45-64	5,2	5,4	7,1	6,6	3,3	3,4	5,2	5,0	5,4	5,3
65-74	8,0	7,8	9,1	9,0	6,8	5,7	7,6	7,3	8,6	7,8
75 e.o.	10,3	10,7	12,0	12,6	7,0	8,9	10,4	11,7	11,2	11,4
totaal	4,3	4,1	6,4	5,9	2,8	3,0	4,4	4,5	4,9	4,6

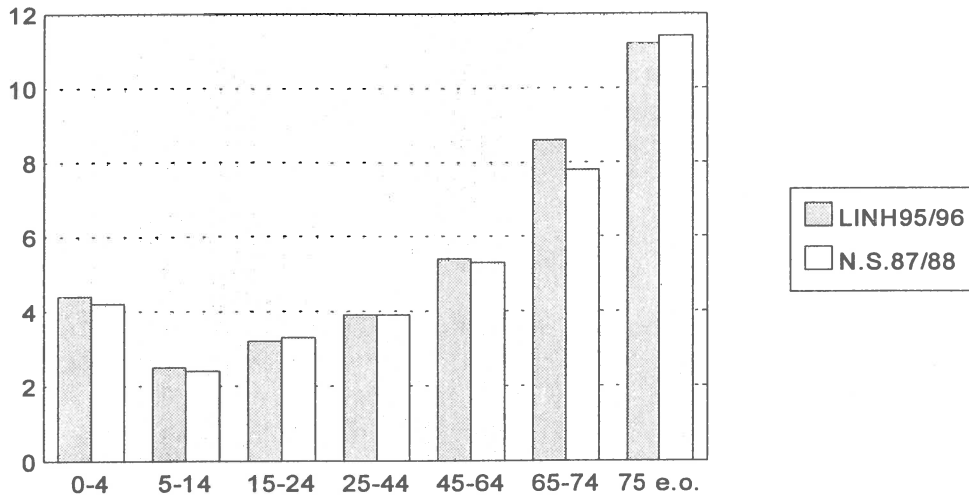
Bron: LINH/NS

Aantal praktijken LINH ziekenfonds: 20, particulier: 22  
 Aantal geregistreerde contacten: 219.077 (gewogen 446.358)  
 Aantal ingeschreven patiënten 1.1.96: 91.228

Contactfrequentie per patiënt per jaar



## Contactfrequentie per patiënt per jaar



Of hier sprake is van een significante toename valt, gezien de slagen om de arm die bij het presenteren van de LINH-cijfers moeten worden gehouden, niet te zeggen.

Een vergelijking met de uitkomsten van de CBS-gezondheidsenquête kan mogelijk meer zeggen over de vraag in hoeverre het hier om een trend gaat. Contactfrequenties als berekend door het CBS liggen aanmerkelijk lager dan in LINH en de Nationale Studie omdat contacten met de praktijkassistente niet consequent worden meegeteld (de vraagstelling in de CBS-Gezondheidsenquête is hier niet heel duidelijk over, zie ook de Bakker, Groenewegen, 1996). Volgens de CBS-gezondheidsenquête lag de contactfrequentie in 1995 op 3,8 en in 1987/1988 op 3,7/3,6. Over de periode 1981/-1995 constateert het CBS een significante toename van het aantal contacten per inwoner met 0,03 per jaar (Van Baal, 1996). De toename die in LINH in vergelijking tot de Nationale Studie is opgetreden komt dus overeen met de door het CBS geconstateerde trend. Dit onder de aanname dat het aandeel van de contacten van de praktijkassistente in het totaal aantal contacten in de huisartspraktijk gelijk is gebleven.

Bezien we het patroon naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH in vergelijking tot de Nationale Studie dan blijkt dit erg stabiel te zijn. Vrijwel geen enkele cel laat een verschuiving van meer dan een 0,5 contact zien. Alleen bij de oudere particulier verzekerden zien we wat grotere verschuivingen. De contactfrequentie van particulier verzekerde 75-plussers is afgenomen, terwijl hetzelfde cijfer bij de particulier verzekerde mannen in de leeftijd 65 tot en met 74 jaar is toegenomen. Mogelijk spelen de verschuiving van particulier verzekerden naar het ziekenfonds in 1993 hier een rol (het 'Van Otterloo-effect'). Maar aangetekend moet ook worden dat het hier om absoluut gezien de kleinste groepen gaat (maar toch nog resp. 806/1011 particulier verzekerde mannen/vrouwen in de leeftijdsklasse 75 jaar en ouder).

Verdere uitsplitsing van de contacten naar soort (spreekuur, visite, telefonisch) en arts-versus assistente contacten bleek niet op een betrouwbare manier mogelijk te zijn gezien de verschillen in systematiek tussen de HIS'en en registratiesystematiek van de deelnemende huisartsen.

Al met al kan worden geconstateerd dat met alle slagen om de arm die moeten worden gehouden de contactfrequentie in de huisartspraktijk een betrekkelijk stabiel gegeven lijkt. De kleine verschuivingen die optreden zijn in verband te brengen met inhoudelijke ontwikkelingen: een algemene trend naar iets hogere contactfrequenties en verschuiving van oudere particulier verzekerden naar het ziekenfonds. Meer definitieve conclusies kunnen echter pas worden getrokken als gegevens over meerdere jaren en voor grotere aantallen praktijken beschikbaar komen.

## 3.2 Voorschrijven van geneesmiddelen

Gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen zijn eveneens verzameld over de periode 1 oktober 1995 tot en met 31 maart 1996. Zij zijn beschikbaar voor 34 LINH-praktijken. Daarnaast zijn gegevens verkregen van 5 praktijken uit het Regionaal Netwerk Groningen (waarvan er één reeds LINH-deelnemer was). Deze gegevens hebben betrekking op dezelfde periode als de LINH-praktijken. De gegevens uit het RNG bevatten ICPC-gecodeerde voorschrijfindicaties. Omdat er geen significante verschillen in voorschrijffrequentie zijn tussen de RNG en de LINH-praktijken zijn ze samengevoegd. Dit resulteert in een bestand met 38 praktijken, waarvoor voorschrijffrequenties konden worden vastgesteld en 5 waarvoor ook indicaties beschikbaar waren.

Bij de interpretatie van de uitkomsten moet in gedachten worden gehouden dat de gegevens betrekking hebben op het najaar en de winter. Dit heeft niet zozeer gevolgen voor de hoeveelheid voorschriften, want die verschilt niet significant tussen de seizoenen (Groenewegen, de Bakker, 1992), maar wel voor de aard van de voorschriften en de daarbij gestelde indicaties. Zo worden antibiotica en hoest- en verkoudheidsmiddelen meer in najaar en winter voorgeschreven en diuretica en hooikoortsmiddelen meer in het voorjaar en de zomer.

Correctie heeft plaatsgevonden van de voorschriften van het influenzavaccin. Hier is, in tegenstelling tot bij de andere voorschriften, geen verdubbeling van het aantal recepten toegepast om op een jaarcijfer uit te komen. Dit omdat het influenzavaccin alleen in het najaar wordt voorgeschreven.

Een kanttekening is verder dat alleen gegevens worden gepresenteerd over aantallen voorschriften en niet over de voorschrijfduur en hoeveelheid. Een toename van het aantal voorschriften hoeft nog niet te betekenen dat er meer wordt geslikt. Het kan ook zijn dat de gemiddelde voorschrijfduur is afgenomen.

Tabel 3 Aantal voorschriften per ingeschreven patiënt per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm voor LINH (95/96) in vergelijking met de Nationale Studie (1987/88)

	ziekenfonds				particulier				totaal	
	m		v		m		v		LINH	NS
	LINH	NS	LINH	NS	LINH	NS	LINH	NS		
0-4	3,2	3,3	2,8	3,3	2,4	2,8	2,1	2,5	2,7	3,0
5-14	1,5	1,5	1,5	1,8	1,1	1,3	1,1	1,3	1,3	1,5
15-24	1,4	1,7	4,0	3,4	0,9	1,2	2,4	2,4	2,4	2,4
25-44	2,5	2,3	4,8	3,7	1,3	1,6	2,9	2,9	3,1	2,7
45-64	6,1	4,7	8,2	5,9	3,0	2,7	4,8	4,2	5,7	4,6
65-74	11,1	7,6	12,9	9,0	6,9	4,6	8,8	6,3	10,8	7,2
75 e.o.	15,4	10,3	18,2	12,5	7,4	6,7	10,9	9,2	14,9	10,3
totaal	4,4	3,3	7,0	4,9	2,3	2,2	3,8	3,4	4,7	3,7

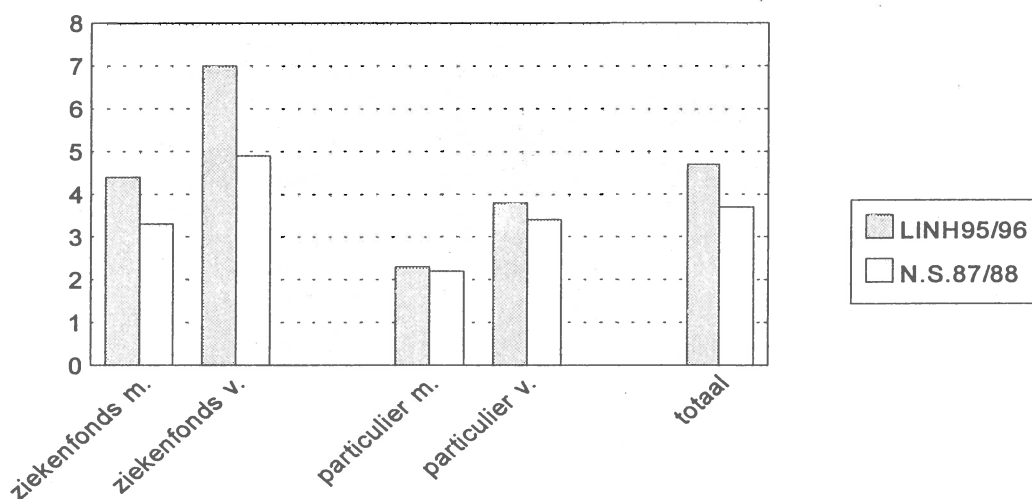
Bron: LINH/RNG/NS

Aantal praktijken LINH/RNG = 38

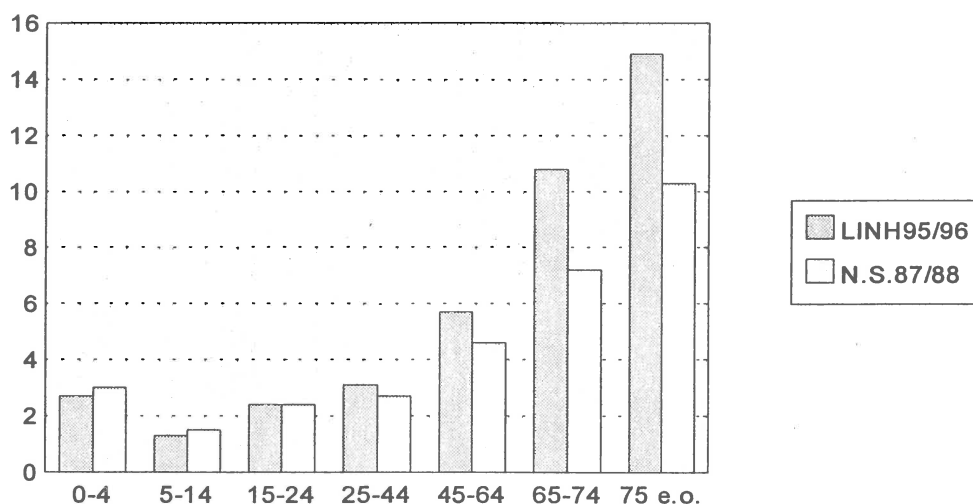
Aantal geregistreerde voorschriften = 413.147 (gewogen 764.823)

Aantal ingeschreven patiënten 1.1.96 = 163.964

Aantal voorschriften per patiënt per jaar



Aantal voorschriften per patiënt per jaar



Tabel 3 laat het aantal voorschriften per patiënt per jaar zien. Voor LINH bedraagt dit 4,7, ruimschoots meer dan de 3,7 ten tijde van de in 1987/1988 uitgevoerde Nationale Studie. Ook door het Geneesmiddelen Informatie Project (GIP) werd over de periode 1989 tot en met 1994 een groei van het aantal voorschriften per (ziekenfonds)verzekerde geconstateerd (GIP, 1995). Het CBS constateert dat sinds 1984 het percentage personen met een uitgeschreven recept in de voorbije 14 dagen constant is gebleven, maar tegelijkertijd wordt een groei van het percentage personen dat in de voorbije 14 dagen geneesmiddelen gebruikt met 0,4 procentpunt per jaar gevonden. Verschillende bronnen wijzen dus op een groei van het aantal voorschriften.

De tabel laat zien dat de groei sterker is bij ziekenfondsverzekerden dan bij particulier verzekerden, sterker bij vrouwen dan bij mannen en sterker bij ouderen dan bij jongeren. Zo krijgt een ziekenfondsverzekerde vrouw van 75 jaar of ouder gemiddeld 18 voorschriften per jaar; in 1987/88 lag dit aantal nog op 12,5.

Bij welke ATC-hoofdgroepen de groei zich vooral heeft voorgedaan laat tabel 4 zien.

Tabel 4 Aantal voorschriften per 1000 patiënten per jaar naar ATC-hoofdstuk, geslacht en verzekeringsvorm: LINH/RNG 1995/96 vs Nationale Studie 1987/88

	ziekenfonds				particulier				totaal	
	m		v		m		v		LINH	NS
	LINH	NS	LINH	NS	LINH	NS	LINH	NS		
A Maagdarmkanaal en metabolisme	456	318	683	511	202	184	339	328	454	359
B Bloed en bloedvormende organen	274	101	271	119	144	50	141	98	221	97
C Hart-vaatstelsel	640	466	888	711	348	324	454	473	623	520
D Dermatologica	374	242	491	296	242	227	312	234	372	250
G Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	28	16	736	479	14	13	501	356	341	236
H Syst. hormoonpreparaten excl. gesl. hormonen	73	36	125	52	36	22	72	40	82	39
J Syst. antimicrobiële middelen	356	336	479	389	253	280	353	308	373	337
L Oncolytica en immunosuppressiva	12	2	15	7	2	2	8	6	10	4
M Skeletspierstelsel	291	238	474	316	142	131	243	185	310	234
N Centraal zenuwstelsel	825	539	1533	888	321	301	686	558	920	614
P Antiparasitaire middelen	13	18	23	20	13	17	18	20	17	20
R Ademhalingsstelsel	620	575	633	582	341	379	393	405	523	509
S Zintuiglijke organen	137	105	176	118	87	88	111	94	134	105
V Diverse middelen	5	17	3	15	3	10	3	13	4	14
X/ Niet ingevuld/ Y classificeerbaar	270	306	445	440	119	192	205	303	358	333
Totaal	4376	3314	6975	4942	2267	2187	3838	3420	4665	3670

Bron: LINH/RNG/NS

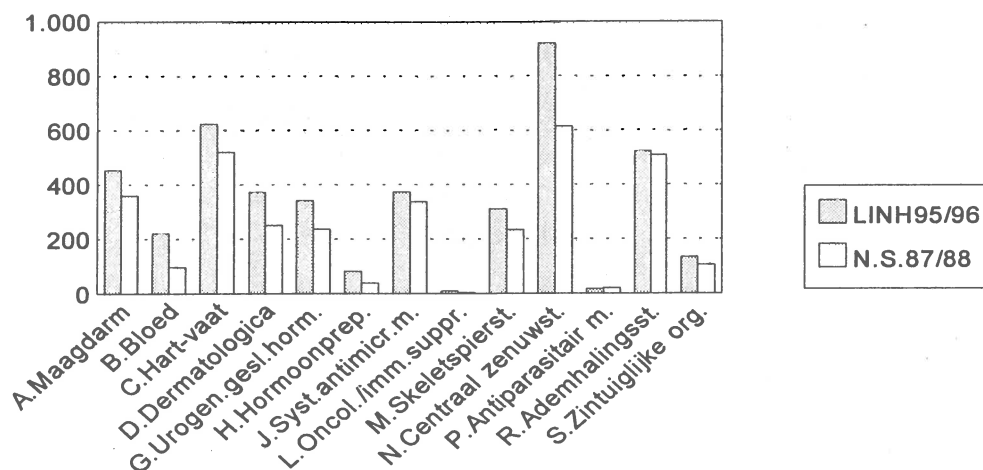
Aantal praktijken LINH/RNG = 38

Aantal geregistreerde voorschriften = 413.147 (gewogen: 764.823)

Aantal ingeschreven patiënten 1.1.96 = 163.964



Aantal voorschriften per 1000 patiënten per jaar  
per ATC-hoofdgroep



Bij vrijwel alle onderscheiden groepen is sprake van groei. Absoluut gezien de grootste groeier (een kwart van de totale groei) zijn middelen gericht op het centraal zenuwstelsel, waarbinnen psycholeptica en analgetica de grootste subgroepen zijn. Relatief gezien de grootste groeier vormen middelen uit hoofdgroep B 'Bloed en bloedvormende organen'. Andere grote groeiers zijn dermatologica, middelen voor het urogenitale stelsel en geslachtshormonen (w.o. de anticonceptiepill) en systemische hormoonpreparaten exclusief geslachtshormonen. Nauwelijks (slechts 4%) groeide het aantal voorschriften gericht op het ademhalingsstelsel, waarbij in aanmerking genomen moet worden dat de LINH-cijfers betrekking hebben op het najaar en de winter. Het is dus waarschijnlijk dat hier sprake is van een afname. Eenzelfde soort vertekening geldt voor de systemische antimicrobiële middelen (w.o. antibiotica). Hierbij zal de tabel eveneens een overschatting van de groei te zien geven. De groei bij middelen gericht op het hart-vaatstelsel (w.o. de veel in de zomer voorgeschreven diuretica) zal sterker zijn dan de 20% die in de tabel is aangegeven.

Tabel 5 Top-tien voorgeschreven stoffen: LINH/RNG 1995/96 i.v.m. Nationale Studie 87/88

LINH				Nationale Studie			
ATC-code	Stofnaam	Vs.p.1000		ATC-code	Stofnaam	Vs.p.1000	
1 N02BE01	Paracetamol	164	1	J01CA04	Amoxicilline	108	
2 N05BA04	Oxazepam	122	2	R01AA07	Xylomelazoline	85	
3 M01AB05	Diclofenac	117	3	N02BE01	Paracetamol	82	
4 N05CD07	Temazepam	97	4	J01AA02	Doxycycline	74	
5 G03AA07	Oestrogeen/levonorgestr. v.v.	90	5	N05BA04	Oxazepam	70	
6 M01AE01	Ibuprofen	85	6	M01AB05	Diclofenac	68	
7 J01AA02	Doxycycline	83	7	G03AA07	Oestrog., levonorgestr. v.v.	59	
8 J01CA04	Amoxicilline	81	8	R05CA10	Expecterantia, comb.prep.	54	
9 R03AL02	Salbutamol (tracheaal)	66	9	M01AE01	Ibuprofen	50	
10 J07BB02	Influenza vaccin	60	10	C03EA01	Furosemide	48	

Bron: LINH/RNG/NS

Aantal praktijken LINH/RNG = 38

Aantal geregistreerde voorschriften = 413.147 (gewogen: 764.823)

Aantal ingeschreven patiënten 1.1.96 = 163.964

Tabel 5 biedt een nadere detaillering naar de tien meest voorgeschreven werkzame stoffen. Meest voorgeschreven stoffen zijn in 1995/96 paracetamol (pijnstillend, koortswerend), oxazepam (een tranquillizer) en diclofenac (pijnstillend met ontstekingsremmend effect). Deze top drie komt overeen met de top 3 van de meest voorgeschreven middelen in 1992 volgens het GIP. In vergelijking tot de top-tien uit 1987/88 zijn er enkele duidelijke verschuivingen. We zien een terugval van de antibiotica amoxicilline en doxycycline en van xylometazoline (tegen een verstopte neus). Sterke groeiers zijn paracetamol, oxazepam, diclofenac en ibuprofen, temazepam en oestrogeen/levonorgestrel in vaste verhouding (een anticonceptiemiddel). Ook het influenzavaccin is in de top-tien terechtgekomen, een gevolg van de toenemende aandacht voor vaccinatie.

De vraag kan worden gesteld in hoeverre de groei geconcentreerd is bij specifieke diagnosegroepen (tabel 6). Voor de goede orde zij opgemerkt dat de gegevens uit deze en de volgende tabel alleen betrekking hebben op de 5 praktijken uit het Regionaal Netwerk Groningen. De uitkomsten moeten daarom als indicatief worden beschouwd. Overigens verschilden de Groningse praktijken voor wat betreft voorschrijffrequentie en aard van de voorschriften onderscheiden naar ATC-hoofdgroep weinig van de LINH-praktijken.

Tabel 6 Aantal voorschriften per jaar per 1000 ingeschreven patiënten naar ICPC hoofdstuk, geslacht en verzekeringsvorm RNG 1995/96 vs Nationale Studie 1987/88

	ziekenfonds				particulier				totaal	
	m		v		m		v		RNG	NS
	RNG	NS	RNG	NS	RNG	NS	RNG	NS		
ICPC										
A Algemeen	124	117	203	186	74	77	112	151	136	140
B Bloed	30	33	77	72	16	23	36	66	43	50
D Maag/darm	321	271	44	438	145	143	191	190	296	264
F Oog	105	67	100	82	38	48	51	64	78	69
H Oor	104	102	105	110	73	116	77	106	92	108
K Hart-vaat	938	560	1155	778	493	364	426	509	810	584
L Bewegingsapparaat	387	325	706	419	149	174	286	264	418	316
N Zenuwstelsel	162	101	315	174	83	68	138	115	189	122
P Psyche	659	296	1233	598	232	170	399	381	700	388
R Ademhalingsstelsel	787	889	879	857	489	596	513	605	698	773
S Huid	508	345	595	415	307	271	367	317	465	351
T Endocrien/metabolisme	256	101	400	182	108	54	129	90	245	117
U Urinewegen	69	62	260	161	26	41	115	98	130	98
W Zwangerschap e.a.	-	-	528	359	-	-	394	239	249	168
X ♀ genitaliën	-	-	324	177	-	-	206	166	146	90
Y ♂ genitaliën	58	30	-	-	23	22	-	-	21	13
Z Sociale probl.	19	10	58	23	5	7	10	15	27	15
Onbekend	63		88		35		39		60	

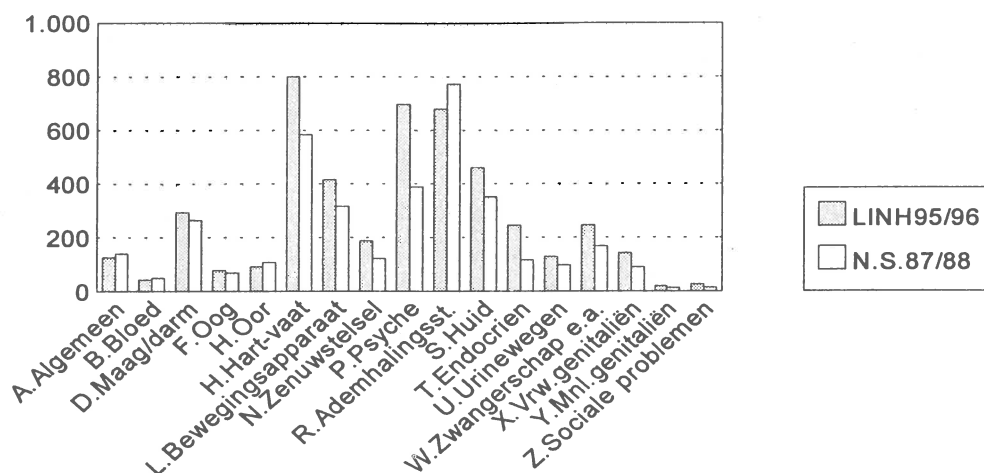
Bron: RNG/NS

Aantal praktijken RNG = 4; 1 praktijk die onvolledig diagnoses heeft toegekend buiten tabel gelaten.

Aantal geregistreerde voorschriften = 58.265 (gewogen 115.316)

Aantal ingeschreven patiënten 1.1.96 = 24.010

Aantal voorschriften per 1000 patiënten per jaar  
per ICPC-hoofdstuk



De sterkste groei (meer dan een verdubbeling) heeft zich voorgedaan in het ICPC-hoofdstuk endocrien/metabolisme waarbinnen diabetes mellitus de grootste aandoening is. Sterk gegroeid (80%) is ook het aantal voorschriften voor psychische en sociale problematiek. Andere aanzienlijke groeiers zijn de ICPC-hoofdstukken 'N' (zenuwstelsel), 'W' (zwangerschap e.a., m.n. de anticonceptiepil) en 'K' (hart-vaatproblemen). Afgenomen zijn voorschriften met een indicatie met betrekking tot het ademhalingsstelsel. Dat is in lijn met de afname van het aantal voorschriften gericht op het ademhalingsstelsel, wat we in de vorige tabel zagen.

Tabel 7 Top-tien diagnoses bij geneesmiddelvoorschriften: RNG 1995/96 vs Nationale Studie 1987/88

RNG 1995/96				Nationale Studie 1987/88			
	ICPC	omschrijving	% v. voorsch.		ICPC	omschrijving	% v. voorsch.
1	K86	ongecompl. hypertensie	5,8	1	K86	ongecompl. hypertensie	7,0
2	W11	anticonceptie pil	5,2	2	R74	infectie bov. luchtwegen	5,0
3	P18	geneesmiddelslaving	4,6	3	W11	anticonceptie pil	4,0
4	R96	astma bronchiale	3,8	4	R78	acute bronchi(oli)tis	3,1
5	T90	diabetes mellitus	3,2	5	P06	slaapstoornis	2,9
6	R78	acute bronchitis	2,3	6	P01	angstig/nervuus	2,9
7	S88	contacteczeem	2,0	7	S88	contacteczeem	2,1
8	K74	angina pectoris	2,0	8	R75	sinusitis	2,0
9	P06	slaapstoornissen	2,0	9	R96	astma bronchiale	1,9
10	P01	angstig/nervuus	1,9	10	T90	diabetes mellitus	1,9

Bron: RNG/NS

Aantal praktijken RNG = 5

Aantal geregistreerde voorschriften = 63.951 (gewogen: 121.499)

Aantal ingeschreven patiënten = 27.062

De detaillering vinden we in tabel 7. Ongecompliceerde hypertensie is zowel in 1987/1988 als in 1995/1996 de diagnose waarbij het meest wordt voorgeschreven. De meest spectaculaire groeier is geneesmiddelslaving. Hier kan een benoemings-/codeereffect een rol spelen. Wat in de Nationale Studie bijvoorbeeld als slaapstoornis of ang-

stig/nerveus werd gecodeerd kan in het RNG als geneesmiddelveslaving zijn gecodeerd. We zien dan ook dat deze beide diagnoses zijn afgenomen. Groeiers zijn verder de anticonceptiepillen, astma bronchiale, diabetes mellitus en angina pectoris. Bij astma bronchiale kan sprake zijn van een codeereffect. De meest spectaculaire afname is het aantal voorschriften voor infectie bovenste luchtwegen. Dat klopt ook weer met wat we in de voorgaande tabellen zagen. Het voorschrijven van hoestdrankjes bij een verkoudheid is duidelijk afgenomen in verband met het feit dat deze de afgelopen jaren niet meer door het ziekenfonds worden vergoed.

De conclusie van deze paragraaf moet luiden dat over de hele linie een groei van het aantal geneesmiddelvoorschriften is waar te nemen. Uitzonderingen zijn middelen gericht op het ademhalingsstelsel en antibiotica. De groei is sterker bij ziekenfondsverzekerden, vrouwen en ouderen. Oorzaken van de groei zijn meer voorschriften bij psychosociale problematiek, meer bij chronische aandoeningen (m.n. diabetes en hart vaatproblemen) en een toenemend aantal voorschriften van de anticonceptiepillen.

### 3.3 Verwijzen naar de medisch specialist

Verwijscijfers naar de medisch specialist worden vanuit LINH voor het derde jaar geleverd. In vergelijking met de voorgaande jaren is het aantal praktijken waarop de cijfers betrekking hebben ruimschoots verdubbeld: van 22 in 1994/95 naar 47 in 1995/96. De periode waarover gegevens zijn verzameld is 1 april 1995 tot en met 31 maart 1996. Er is dus geen sprake van seizoenseffecten.

In tabel 8 is het aantal verwijzingen naar medisch specialisten naar leeftijd, geslacht en soort verwijskaart per 1000 ziekenfondsverzekerden voor 1995/96 weergegeven. De tabel laat zien dat het grootste deel van de verwijzingen jaar kaarten betreft (bijna 60%) en dat het slechts in 8% van de gevallen om aanvullende kaarten gaat.

Tabel 8 Verwijzingen naar medisch specialisten naar leeftijd, geslacht en soort verwijskaart per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar: LINH 1995/96

Leeftijd	Korte kaart			Aanvullende kaart			Jaarkaart			Totaal
	m	v	tot	m	v	tot	m	v	tot	
0-4	126	90	109	31	22	27	195	155	175	311
0-14	77	84	80	17	17	17	153	136	145	242
15-24	62	100	81	13	20	16	85	130	108	206
25-44	80	118	100	16	28	22	122	183	154	275
45-64	123	163	145	35	41	38	281	291	286	470
65-74	204	218	212	58	58	58	500	446	469	738
75 eo	206	229	221	62	58	60	511	444	467	748
totaal	105	140	124	26	34	30	208	241	226	380

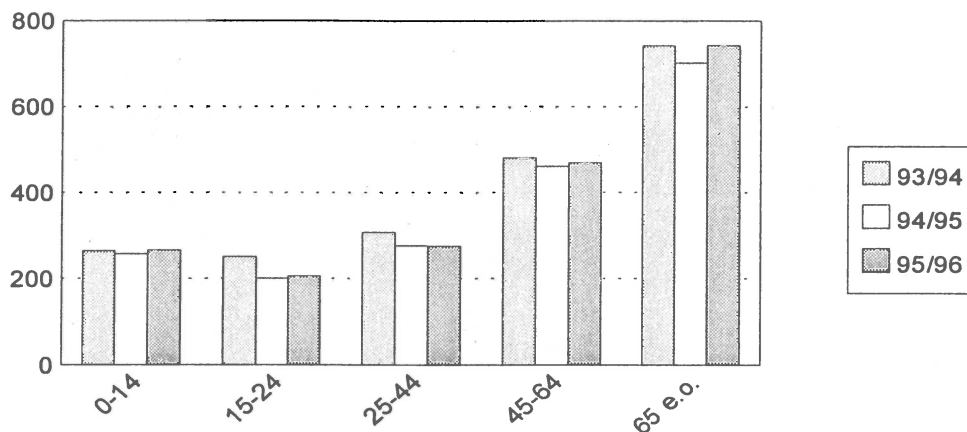
Bron: LINH

Aantal praktijken = 47

Aantal geregistreerde verwijzingen = 48.789 (gewogen 49.253)

Aantal ziekenfondsverzekerden 1.10.95 = 129.613

Aantal verwijzingen naar medisch specialisten  
per 1.000 ziekenfondsverzekerden per jaar



De teloorgang van de aanvullende kaart is in tabel 9 in beeld gebracht (zie voor de achtergronden van e.e.a. Sebregts et al, 1995). Het aantal aanvullende kaarten is in twee jaar tijd gehalveerd. Deze afname is gecompenseerd door een groei van het aantal jaarkaarten, zodat het totaal verwijzingscijfer niet veranderd is. Het aantal korte kaarten is na een afname in 1994 in 1995 weer wat gegroeid. Een trend is hier niet waarneembaar. Tussen de leeftijdsgroepen zijn geen grote verschillen in het bovenbeschreven patroon te onderkennen. In elke leeftijdsgroepen ligt het percentage jaarkaarten rond de 60%.

Tabel 9 Verwijzingen naar medisch specialisten naar leeftijd en soort verwijskaart per 1000 ziekenfondsverzekerden per jaar: LINH 1993-1996

	Korte kaart			Aanvullende kaart			Jaarkaart			Totaal		
	93/94	94/95	95/96	93/94	94/95	95/96	93/94	94/95	95/96	93/94	94/95	95/96
0-14	105	80	90	39	39	20	120	137	156	264	257	266
15-24	106	77	81	31	28	16	114	96	108	251	201	206
25-44	117	95	100	49	34	22	141	146	154	307	276	275
45-64	155	134	145	85	64	38	241	263	286	481	461	470
65+	234	188	216	131	109	59	377	405	468	742	702	743
totale pop.	136	112	124	63	52	30	185	201	226	384	365	380

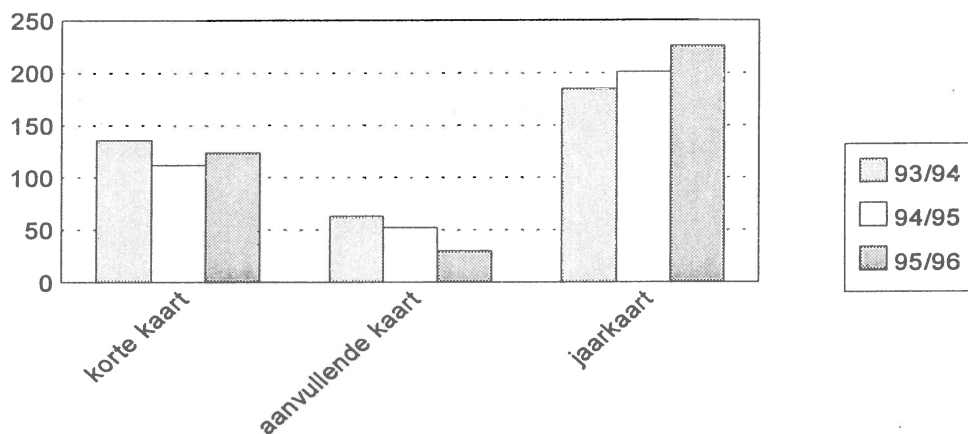
Bron: LINH

(1993/1994), N=20 praktijken, N=42.000 ziekenfondspatiënten, N=15.000 verwijzingen.

(1994/1995), N=22 praktijken, N=61.695 ziekenfondsverzekerden, N=19.844 verwijzingen.

(1995/1996), N=47 praktijken, N=129.613 ziekenfondsverzekerden, N=48.789 verwijzingen.

Aantal verwijzingen naar medisch specialisten  
per 1.000 ziekenfondsverzekerden per jaar



Tabel 10 Verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 particulier verzekerden per jaar naar leeftijd en geslacht: LINH 1993-1996

Leeftijd	m			v			Totaal		
	93/94	94/95	95/96	93/94	94/95	95/96	93/94	94/95	95/96
0-14	86	65	67	62	54	60	74	60	64
15-24	48	38	44	67	55	59	58	46	51
25-44	100	58	56	92	88	93	95	71	72
45-64	131	84	91	105	110	135	116	95	109
65+	132	150	173	198	137	148	160	143	159
Totaal	101	72	78	96	87	98	99	79	87

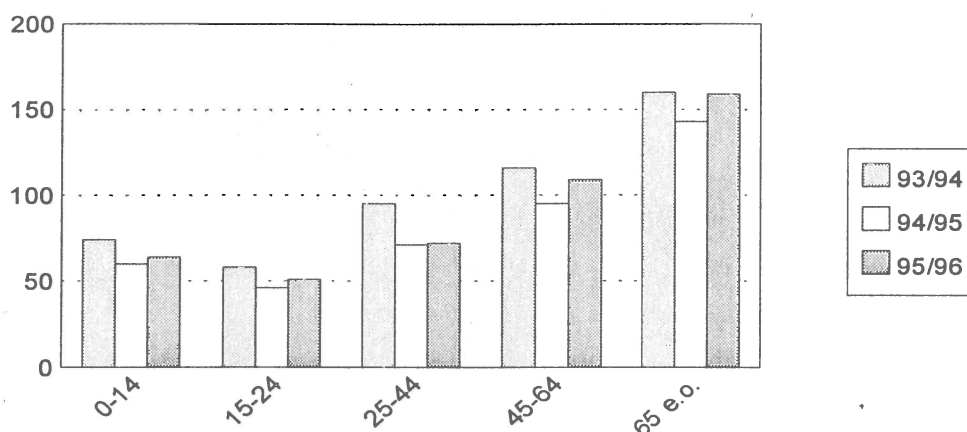
Bron: LINH

1993/1994, N=20 praktijken, N=27.000 particulier verzekerden, N=2.700 verwijzingen.

1994/1995, N=22 praktijken, N=40.356 particulier verzekerden, N=3.185 verwijzingen.

1995/1996, N=47 praktijken, N=81.399 particulier verzekerden, N=7.011 verwijzingen.

Aantal verwijzingen naar medisch specialisten  
per 1.000 particulier verzekerden per jaar



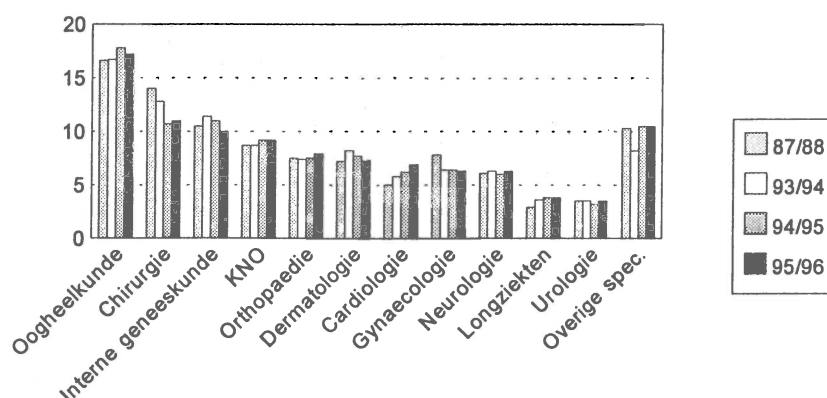
Een stabilisatie zien we ook in het aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1000 particulier verzekerden (tabel 10). Zagen we in 1994 een afname van 99 naar 79 verwijzingen per 1000, in 1995 trad weer een geringe groei naar 87 per 1000. Overigens is dit in vergelijking tot de situatie in 1987/88 ten tijde van de Nationale Studie een halvering van het verwijscijfer (toen lag dat nog op 174 per 1000 particulier verzekerden). Ook hier zien we geen duidelijke afwijkingen van het algemene beeld als we een uitsplitsing maken naar leeftijd en geslacht.

Tabel 11 Verdeling (in %) van verwijzingen voor ziekenfondsverzekerden over medisch specialismen: LINH 1993-1996/Nationale Studie 1987/88

	Nat Studie 1987/88	LINH 1993/94	LINH 1994/95	LINH 1995/96
specialisme:				
Oogheelkunde	16.6	16.7	17.8	17.2
KNO	8.7	8.7	9.2	9.2
Chirurgie	14.0	12.8	10.7	11.0
Plastische chirurgie	1.2	1.5	1.6	1.5
Orthopaedie	7.5	7.4	7.5	7.9
Urologie	3.5	3.5	3.2	3.5
Gynaecologie/obstetrie	7.8	6.4	6.4	6.3
Neurochirurgie	0.3	0.2	0.2	0.2
Neurologie	6.1	6.3	6.0	6.3
Dermatologie/allergologie	7.2	8.2	7.7	7.3
interne geneeskunde	10.5	11.4	11.0	10.0
kindergeneeskunde	2.7	2.5	2.5	2.8
maag-, darm en stofw. ziekten	0.2	0.1	0.4	0.5
cardiologie	5.0	5.8	6.2	6.9
longziekten en tuberculose	2.9	3.6	3.8	3.8
reumatologie	1.2	1.7	1.8	2.0
psychiatrie	1.9	1.7	1.9	1.7
revalidatie	0.7	1.0	1.0	1.0
mondziekten (en kaakchirurg)	0.5	0.4	0.4	0.3
overige specialismen	1.6	0.6	0.4	0.5

Bron: LINH (1993/1994), N=20 praktijken, N=42.000 ziekenfondspatiënten, N=15.000 verwijzingen.  
(1994/1995), N=22 praktijken, N=61.695 ziekenfondsverzekerden, N=19.844 verwijzingen.  
(1995/1996), N=47 praktijken, N=129.613 ziekenfondsverzekerden, N=48.789 verwijzingen.

Percentage verwijzingen naar medisch specialisten  
van ziekenfondsverzekerden per jaar



Een uitsplitsing naar verwijfsbestemming vinden we in tabel 11. Wat we hier vooral waarnemen is stabiliteit. Trends zijn nauwelijks te onderkennen. Een lichte afname lijkt waarneembaar bij chirurgie en een lichte toename bij cardiologie. Of hier echt sprake is van een trend moet de komende jaren blijken.

Tabel 12 Verwijzingen per 1000 verzekerden naar verzekeringsvorm en naar diagnose (ICPC-hoofdstuk): LINH 1995/96 vs Nationale Studie 1987/88

	ziekenfonds*		particulier	
	LINH	NS	LINH	NS
Algemeen	7.7	13.6	2.1	4.6
Bloed	3.5	2.8	0.9	1.4
Maag-darm kanaal	23.9	23.4	7.8	11.6
Oog	55.3	52.1	6.5	10.6
Oor	18.8	13.6	5.9	7.3
Hart-vaatstelsel	40.3	33.1	6.7	12.6
Bewegingsapparaat	58.3	53.7	15.6	23.9
Zenuwstelsel	15.9	13.8	4.0	4.4
Psyche	7.5	7.7	2.3	3.2
Ademhalingsorganen	27.1	26.0	8.0	11.2
Huid	29.5	34.4	11.9	15.8
Endocrien/metabolisme	16.6	9.4	2.0	2.5
Urinewegen	7.5	7.4	2.1	3.0
Zwangerschap	9.7	10.6	1.8	4.9
Vrouwelijke geslacht	16.6	18.1	4.6	7.4
Mannelijke geslacht	7.6	6.5	3.7	4.2
Sociale problemen	0.6	0.9	0.2	0.4

\* voor deze berekening is alleen uitgegaan van morbiditeit op korte kaarten en jaar kaarten. Dit om dubbelleningen te voorkomen bij het uitschrijven van aanvullende kaarten.

Bron: LINH

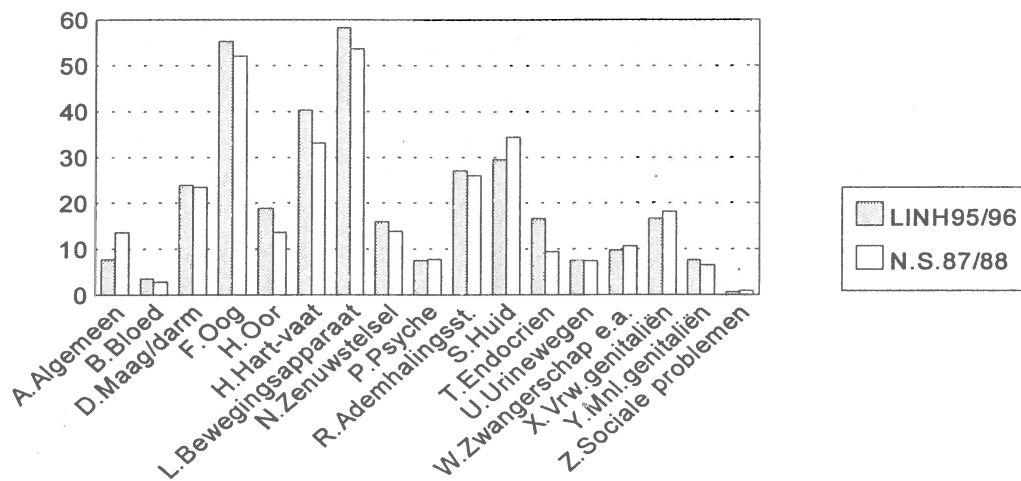
N = 47 praktijken;

N = 129.613 ziekenfondsverzekerden met N=48.789 verwijzingen;

N = 81.399 particulier verzekerden met N=7.011 verwijzingen.



Aantal verwijzingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden  
per jaar ICPC-hoofdstuk



In tabel 12 zijn de verwijzingen uitgesplitst per diagnosegroep (ICPC-hoofdstuk). Om lange termijn-trends in beeld te brengen is alleen vergeleken met de Nationale Studie uit 1987/88. Bij de particulier verzekerden zien we afnames van het verwijzingscijfer over de hele linie. Dit impliceert geen afname van het bezoek aan de medisch specialist door deze groep. Integendeel, het percentage particulier verzekerden dat contact heeft met de specialist is toegenomen (Van Baal, 1996). Het kan wel een afname van de mate waarin particulier verzekerden op basis van een huisartsverwijzing contact met de specialist zoeken impliceren. Maar het kan ook een registratie-effect zijn. Met een HIS kan een huisarts een ziekenfondsverwijskaart genereren. Door deze faciliteit zal hij de ziekenfondsverwijzingen betrouwbaar registreren. Voor particulier verzekerden is een dergelijke administratieve handeling niet nodig. Dat kan leiden tot onderregistratie. Bij de ziekenfondsverzekerden zijn wél verschuivingen waarneembaar. Zo zien we een toename van het aantal verwijzingen voor problemen met het oor, het hart-vaatstelsel, het bewegingsapparaat en endocrien/metabolisme (m.n. diabetes mellitus). Een afname van het aantal verwijzingen is waarneembaar voor algemene en niet gespecificeerde problemen (mogelijk een codeereffect) en huidproblemen.

Over het geheel genomen kenmerkt het verwijzingspatroon naar de specialist zich de laatste jaren door stabiliteit. Bij ziekenfondsverzekerden is het aantal jaar kaarten toegenomen ten koste van het aantal aanvullende kaarten. Bij particulier verzekerden is een stabilisering van het verwijzingscijfer opgetreden na een sterke afname sinds 1987/88.

### 3.4 Verwijzen binnen de eerste lijn

Verwijzingen binnen de eerste lijn worden sinds april 1996 in het LINH-project geregistreerd. De hier gepresenteerde gegevens hebben betrekking op de maanden april, mei en juni 1996 en zijn evenals de andere cijfers in deze rapportage omgerekend naar jaarcijfers. De hier gepresenteerde cijfers hebben alleen betrekking op de verwijzingen naar fysiotherapie. Alleen voor de fysiotherapie bleken voldoende betrouwbare cijfers van een bevredigend aantal praktijken beschikbaar te zijn. Dat deze niet beschikbaar

zijn voor andere eerstelijnsdisciplines heeft twee oorzaken. In de eerste plaats zijn ze minder systematisch geregistreerd omdat de verwijzing geen formele vereiste is. De vraag doet zich dan voor of een advies om naar de maatschappelijk werker te gaan ook als een verwijzing moet worden aangemerkt. In de tweede plaats komen verwijzingen naar bijvoorbeeld de GGZ of andere paramedische disciplines te infrequent voor om per praktijk betrouwbare verwijscijfers vast te stellen over een periode van drie maanden.

Voor de fysiotherapie bleken voldoende betrouwbare gegevens beschikbaar te zijn voor 16 praktijken. Van deze praktijken hebben de huisartsen in de bijgevoegde enquête aangegeven volledig of vrijwel volledig te hebben geregistreerd (meer dan 80%).

Niettemin zien we in tabel 13 dat het verwijscijfer beduidend lager ligt dan in 1987/88 toen de Nationale Studie plaatsvond. De afname is zowel bij de ziekenfonds- als bij de particulier verzekerden te constateren. Er is dus geen sprake van een verzekeringseffect zoals dat bij de verwijzingen naar de medisch specialist het geval is. Het CBS constateert over de periode tot 1990 een groei van het gebruik van fysiotherapie en daarna stabilisatie (Van Baal, 1995). Hier is dus geen bevestiging voor een afname te vinden. De CBS-cijfers hebben echter betrekking op de periode tot en met 1995, terwijl per 1 januari 1996 de beperkende maatregel voor de fysiotherapie van kracht is geworden. Mogelijk heeft deze maatregel ook consequenties gehad voor het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut. Gezien het geringe aantal praktijken en de betrekkelijk korte periode waarop de voorliggende gegevens betrekking hebben kunnen hieraan geen conclusies worden verbonden.

Tabel 13 Verwijzingen naar fysiotherapie per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm LINH (1/4/96 - 30/6/96) i.v.m. Nationale Studie (1987/1988)

	LINH 1996	NS 1987/1988
0 - 4	1	12
5 - 14	15	28
15 - 24	46	61
25 - 44	80	131
45 - 64	116	166
65 - 74	133	130
75 e.o.	124	169
ziekenfonds mannen	80	114
vrouwen	107	131
particulier mannen	43	69
vrouwen	60	84
totaal	77	107

Bron: LINH

N=16 huisartspraktijken; N=67.052 patiënten; N=1175 verwijzingen

Bij welke diagnoses naar de fysiotherapeut wordt verwezen laat tabel 14 zien. Zowel in 1987/88 als in 1995/96 had 85% van de diagnoses betrekking op een aandoening van het bewegingsapparaat. Van de andere hoofdstukken zijn aandoeningen aan het zenuwstelsel, algemene, niet gespecificeerde problemen en psychische problemen het belangrijkste. De tabel laat zien dat de meest voorkomende verwijstdiagnose in 1995/96

lage rugpijn zonder uitstraling is, gevolgd door symptomen/klachten nek en afwijking cervicale wervelkolom. Van deze drie kwam alleen lage rugpijn zonder uitstraling in 1987/88 in de top-drie voor. Verder zien we dat de belangrijkste diagnose in 1987/88, myalgie/fibrositis in 1995/96 naar de tiende plaats is gezakt. Er wordt dus bij deze relatief lichte diagnose (spierpijn) minder snel verwezen. Mogelijk speelt ook een verschuiving naar andere diagnoses een rol (bijvoorbeeld naar lage rugpijn zonder uitstraling). Ook hier zal langduriger registratie in meer praktijken moeten aantonen of hier sprake is van werkelijke verandering.

Tabel 14 Top-tien van diagnoses bij een verwijzing naar fysiotherapie. LINH 1996 i.v.m. Nationale Studie 1987/88

LINH 1996 diagnose	% van verw.	Nationale Studie 1987/88 diagnose	% van verw.
1 L03 lage rugpijn zonder uitstraling	13,7	1 L18 myalgie/fibrositis	13,3
2 L01 symp./kla. nek	9,2	2 L03 rugpijn zonder uitstraling	11,6
3 L83 afw. cervicale wervelkolom	8,3	3 L92 schouderafw. incl. bursitis	5,9
4 L86 rugpijn met uitstraling	5,9	4 L86 rugpijn met uitstraling	5,9
5 L92 schouderafw. incl. bursitis	5,5	5 L99 ziekte bewegingsapp. NEC	5,2
6 L02 symp.kla. rug	4,8	6 L84 arthrosis deformans cerv.w.k.	3,6
7 L08 symp.kla. schouder	4,8	7 L93 epicondylitis lateralis	3,3
8 L99 ziekte bewegingsapparaat NEC	3,7	8 L19 kla. meerdere spieren NEC	3,2
9 L15 symp.kla. knie	2,9	9 L83 afw. cervicale wervelkolom	3,2
10 L18 myalgie/fibrositis	2,8	10 L02 symptomen/klachten rug	3,1

Bron: LINH

N=16 huisartspraktijken; N=67.052 patiënten; N=1.175 verwijzingen

Overall kan worden gezegd dat de gegevens ten aanzien van fysiotherapie nog geen inhoudelijke conclusies toelaten. Redenen daarvoor zijn het beperkte aantal praktijken, de korte registratieperiode en de sterke afwijking van andere gegevensbronnen.

### 3.5 Diagnostische testen

Hetzelfde geldt voor diagnostische tests zoals uitgevoerd in de huisartspraktijk dan wel elders aangevraagd. Gegevens zijn hier weliswaar beschikbaar over een lange periode (er wordt twee jaar geregistreerd), maar hebben voor wat betreft 1995/96 slechts betrekking op 6 praktijken en binnen deze praktijken alleen voor de ziekenfondsverzekerden. De oorzaak van het ontbreken van meer materiaal is gelegen in problemen met de programmatuur en met name de gebruiksvriendelijkheid daarvan. Referentiemateriaal is hier niet beschikbaar, zodat weinig uitspraken kunnen worden gedaan over de betekenis van de cijfers.

Meest uitgevoerde test is de BSE (tabel 15). In vergelijking met 1994/95 is het aantal haemoglobine/haematocriet-tests, sedimenttests en vooral bloedsuiker-tests toegenomen.

Tabel 15 Top 10 van de aangevraagde testen, als percentage van het totaal aantal testen: LINH 1995/96.

Lab parameter	LINH 1995/96	LINH 1994/95
1. BSE	12.2	12.6
2. Haemoglobine + Haematocriet	11.4	9.5
3. Sediment	10.0	8.2
4. Glucose nuchter	9.7	4.7
5. Overige urine tests	5.0	4.7
6. Leukocyten	4.9	6.4
7. Differentiatie	4.3	5.8
8. Creatinine (clearance)	3.9	3.5
9. Cholestorol	3.9	4.4
10. MCV	3.8	3.8
Overige testen	30.9	36.4
Totaal	100.0	100.0

Bron: LINH

N = 6 praktijken

N = 15.549 ziekenfondsverzekerden

N = 5.377 testen

Zeer sterk toegenomen zijn het aantal testen bij urineweginfecties en diabetes mellitus, terwijl het aantal testen bij moeheid/zwakte sterk is afgenomen (tabel 16). Deze sterke fluctuaties tonen al aan dat het geringe aantal praktijken hier parten speelt.

Tabel 16 Top 10 van aanvraagdiagnoses/werkhypothesen in termen van ICPC codes als percentage van het aantal contacten met testaanvragen: LINH 1995/96 i.v.m. LINH 1994/95.

ICPC code	LINH 1995/96	LINH 1994/95
U71 Cystitis/urineweginfecties NNO	22.7	6.8
T90 Diabetes Mellitus	16.8	7.1
A04 Moeheid/zwakte	7.9	19.1
T93 Vetstofwisselingsstoornissen	4.2	1.9
K86 Ongecompleteerde hypertensie	2.6	6.9
U01 Pijnlijke mictie	2.1	1.5
B80 IJzergebreksanaemie	1.8	0.9
D01 Gegen. buikpijn/buikkrampen	1.4	2.1
A91 Afw. uitslagen onderzoek NNO	1.3	0.8
A97 Geen ziekte	1.1	3.3

Bron: LINH

N = 6 praktijken

N = 15.549 ziekenfondsverzekerden

N = 5.377 testen

Over het aantal testen per 1000 ingeschreven patiënten valt gezien het geringe aantal praktijken en de grote verschillen tussen de praktijken weinig te zeggen.

## 4 CONCLUSIES

De voornaamste conclusies kunnen als volgt worden samengevat:

- op basis van redelijk goede gegevens en daarmee consistent vergelijkingsmateriaal kan worden geconcludeerd dat de contactfrequentie met de huisartspraktijk een betrekkelijk stabiel gegeven is; er is een lichte trend naar groei.
- op basis van goede gegevens kan worden geconcludeerd dat het aantal voorschriften in de huisartspraktijk sterk is gegroeid. Uitzonderingen zijn antibiotica en hoest- en verkoudheidsmiddelen. De groei is sterker bij ziekenfondsverzekerden, vrouwen en ouderen. Sterk gegroeid zijn voorschriften voor psychosociale problematiek, diabetes en hartvaatproblemen en van de anticonceptiepil.
- op basis van zeer goede gegevens kan worden geconcludeerd dat het verwijscijfer naar zowel ziekenfonds- als particulier verzekerden weinig is veranderd in de afgelopen twee jaar. Wél zien we een afname van het aantal aanvullende kaarten, dat is gecompenseerd door meer jaarkaarten. Op de lange termijn lijkt een daling van het verwijscijfer voor particulier verzekerden te zijn opgetreden. In verwijsbestemming en -diagnose hebben geen duidelijke veranderingen plaatsgehad.
- de gegevens van LINH laten nog niet toe dat er harde uitspraken kunnen worden gedaan over verwijzingen binnen de eerste lijn en diagnostische tests op initiatief van huisartsen.

Een overzicht van de belangrijkste productiecijfers is in tabel 17 opgenomen.

Tabel 17 Overzichtstabel belangrijkste productiecijfers: LINH 1995/96

	ziekenfonds		particulier		totaal
	m	v	m	v	
contacten <sup>a</sup>	4,3	6,4	2,8	4,4	4,9
medicijnvoorschriften <sup>b</sup>	4,4	7,0	2,3	3,8	4,7
verwijzingen specialist <sup>b</sup>	239	415	78	98	267
verwijzingen fysiotherapie <sup>b</sup>	80	107	43	60	77

<sup>a</sup> verrichtingen per ingeschreven patiënt

<sup>b</sup> verrichtingen per 1000 ingeschreven patiënten

Zoals in de inleiding opgemerkt draagt deze rapportage nog alle kenmerken in zich van een overgang van pilot naar operationele fase. Niettemin is het in deze fase mogelijk gebleken om op de belangrijkste onderdelen inhoudelijk goed te duiden ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde in beeld te brengen. Bij een voortgaande groei in hetzelfde tempo beschikt de huisartsgeneeskunde binnen enkele jaren over een volwassen informatiesysteem aangaande productie in de huisartspraktijk.

## LITERATUUR

- Baal, M. van, Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1991-1995. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS 1996/5, 4-25.
- Bakker, D.H. de, P.P. Groenewegen, Kostencijfer huisartsenzorg. Verslag van een onderzoek op verzoek van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Utrecht, NIVEL, 1995.
- Deloitte & Touche, Onderzoek ten behoeve van het FOZ-cijfer huisartsenzorg over de jaren 1993 en 1994. Den Haag, 1994.
- Financieel Overzicht Zorg, 1995.
- Financieel Overzicht Zorg, 1996.
- GIP, GIPrescripties 1991/GIPrescripties 1992. Ziekenfondsraad.
- GIP, Kengetallen Farmaceutische Hulp 89-95. In GIPeelingen juni 1995, 5.
- GIP, Kengetallen Farmaceutische Hulp 1994. In GIPeelingen december 1995, 6.
- Groenewegen, P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden, Verrichtingen in de huisartspraktijk; Basisrapport Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.
- LINH: naar een Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: LHV/NHG/NIVEL/WOK, 1996.
- Overbeeke, J.J. van, H.P. Westerhof (red.), WCIA-HIS-Referentiemodel 1995. Deel A: Functionele eisen. Utrecht: NHG/LHV 1996.
- Paritaire Werkgroep Huisartsgeneeskunde, Poortwachter in de praktijk. Utrecht, LHV, 1995.
- Peters, E.Th.J., G.J. Wijering, G.Th. van der Werf, F.M. Haaijer Ruskamp. Naar een indicatiegebonden medicatiebestand in de eerste lijn. Groningen, 1996.
- Registratie Netwerk Groningen, Jaarverslag 1994. Groningen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1994.
- Rijken, P.M., C.M. van Heugten, J. Dekker, Brancherapport paramedische zorg. Utrecht, NIVEL, 1996.
- Sebregts, E., L. Stokx, H. van den Hoogen, Het verwijskaartensysteem onder de loep. Medisch Contact 50, 1995, 23, 735-739.
- Stokx, L.J., J. van der Velden, R.P.T.M. Grol, B.J.J.M. Berden, De noodzaak van goede informatievoorziening in de gezondheidszorg. De plaats van de huisartsgeneeskunde. Medisch Contact 1994 (49); 18: 611-13.
- Stokx, L.J., M. Foets, D.H. de Bakker, H. Flierman, Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Uunk, W., J. Dekker, P. Groenewegen, Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitspecifieke verwijpercentages. Utrecht, NIVEL, 1991.
- Velden, J. van der, D.H. de Bakker, A.A.M.C. Claessens, F.G. Schellevis, Morbiditeit in de huisartspraktijk; Basisrapport Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.

## BIJLAGE: Representativiteit LINH

Tabel a. LINH-praktijken (31/12/95) vergeleken met Nederlandse huisartspraktijken (1/1/95)

Regio	LINH %	Nederland %
Noord	10,6	11,4
Oost	21,3	20,4
West	40,4	44,9
Zuid	27,7	23,3
Stedelijkheid		
zeer sterk	17,0	19,6
sterk	27,7	20,5
matig	12,8	19,8
weinig	17,0	21,1
niet	25,5	19,1
Praktijkvorm		
solo	57,4	70,1
duo	23,4	23,0
groep	4,3	4,3
gezondheidscentrum	14,9 *	3,6
N	47	4775

\* In de gezondheidscentra is het niet altijd zo dat elke huisarts aan LINH deelneemt

Tabel b. Praktijkpopulaties LINH (1/1/96) vergeleken met de Nederlandse bevolking (1/1/95)

Leeftijd % van het totaal	LINH		Nederland	
	man	vrouw	man	vrouw
0-4	2,9	2,7	3,3	3,1
5-14	6,0	5,8	6,1	5,9
15-24	6,4	6,5	6,8	6,6
25-44	16,5	15,9	16,5	15,8
45-64	11,7	11,1	11,4	11,3
65-74	3,5	4,3	3,3	4,2
75 e.o.	2,3	4,2	1,9	3,7
N	211.012		15.432.013	

Een recent NIVEL-rapport:

**Brancherapport Paramedische Zorg**

Auteurs: P.M.Rijken, C.M. van Heugten, J.Dekker

Utrecht: NIVEL 1996, 256 pag., fl. 42,50

Dit rapport bevat een overzicht van de momenteel beschikbare informatie over de paramedische zorg. Dit overzicht omvat de tien paramedische beroepsgroepen, te weten: Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten - Cesar, Oefentherapeuten - Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten.

Het rapport bestaat globaal gezien uit twee delen. Het eerste deel bevat een samenvatting en integratie van de informatie over de gehele paramedische zorg. Het tweede deel bevat een overzicht van de paramedische zorg, waarbij elke beroepsgroep in een afzonderlijk hoofdstuk aan de orde komt. Per paramedische beroepsgroep komen de volgende onderwerpen aan de orde: korte omschrijving van het beroep, regulering en financiering, aanbod van zorg, vraag naar zorg, kwaliteit en doelmatigheid en ontwikkelingen en knelpunten.