

RAPPORTAGE ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR

1996

Deel 1 : Hoofdrapport

Opgesteld door: NIVEL, NZi en OSA



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

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

RAPPORTAGE
ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR
1996

DEEL 1: HOOFDRAPPORT

Augustus 1996

RAPPORTAGE
ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR
1996

DEEL 1: HOOFDRAPPORT

Augustus 1996

NIVEL

*J. Harmsen
L. Hingstman*

NZi

*W. van der Windt
J. van der Bent*

OSA

*P.C. Allaart
M. de Voogd-Hamelink*

INHOUD

pag.

VERKLARING DER TEKENS	5
VOORWOORD	7
1. INLEIDING	9
2. ONTWIKKELINGEN OP DE ARBEIDSMARKT	11
2.1. Inleiding	11
2.2. Economische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt	11
2.3. Ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorgsector en de Nederlandse arbeidsmarkt	12
2.3.1. Werkzame personen en arbeidsvolume	12
2.3.2. Werkzame personen en banen naar een aantal kenmerken	13
2.4. Arbeidspotentieel en werkloosheid	15
2.5. Vacatures	19
2.6. Conclusies	20
3. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR	23
3.1. Inleiding	23
3.2. Algemene ontwikkelingen	23
3.3. Ontwikkelingen binnen de zorgsectoren	28
3.3.1. Ziekenhuizen	28
3.3.2. Geestelijke gezondheidszorg	29
3.3.3. Instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg	29
3.3.4. Verpleeghuizen	29
3.3.5. Verzorgingshuizen	30
3.3.6. Thuiszorg	30
3.3.7. Apotheken	31
3.3.8. Ambulancehulpverlening	31
3.4. Beroepen op grensvlak zorg- en welzijn	32
3.5. Gebruik van zorg naar beroepsgroep	33
3.5.1. Medische beroepen	34
3.5.2. Paramedische beroepen	34
3.5.3. Verplegende en verzorgende beroepen	35
4. WERKNEMERS IN DE ZORGSECTOR	39
4.1. Inleiding	39
4.2. Ontwikkelingen in het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen	40
4.3. Ontwikkeling van het arbeidsvolume in relatie tot de productie	42
4.4. Arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden	43
4.5. Mobiliteit binnen de zorgsector	43
4.6. De zorgsector en werkgelegenheidsbeleid	48

Vervolg INHOUD

pag.

5.	BEROEPEN IN DE ZORGSECTOR	51
5.1.	Inleiding	51
5.2.	Aantal werkzame personen	51
5.3.	Kenmerken	54
5.3.1.	Geslacht	54
5.3.2.	Leeftijd	55
5.3.3.	Deeltijd	56
5.4.	Ontwikkelingen in aanbod en productie	58
5.5.	Personen in opleiding	59
5.6.	Etniciteit	63
5.7.	Werkloosheid	64
5.8.	Conclusies	66
6.	INFORMATIEVOORZIENING	69
6.1.	Beroepen	69
6.2.	Voorzieningen	70
6.3.	Kanttekening externe dataleveranciers	71
	LITERATUUR EN BRONNEN	73
	LIJST VAN AFKORTINGEN	79
	BIJLAGEN	83

VERKLARING DER TEKENS

.	=	gegevens ontbreken (tenzij anders aangeduid)
-	=	nul
niets (blank)	=	een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
<	=	minder dan, respectievelijk kleiner dan
>	=	meer dan, respectievelijk groter dan
≤	=	minder/kleiner dan of gelijk aan
≥	=	meer/groter dan of gelijk aan
1991-1995	=	1991 tot en met 1995

VOORWOORD

De Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1996 is een jaarlijkse rapportage waarin de stand van zaken wordt weergegeven betreffende arbeidsmarktontwikkelingen binnen de zorgsector. De hier voor u liggende rapportage is totstandgekomen in een samenwerkingsverband van een drietal onderzoeksbureaus: het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg); het NZi en de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).

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

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

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

Het onderzoek is uitgevoerd door de volgende personen:

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

Den Haag/Utrecht, augustus 1996.

1 INLEIDING

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

De overheid blijft echter verantwoordelijk voor het bevorderen van de volksgezondheid en is daardoor ook indirect betrokken bij de kwantitatieve en kwalitatieve inzet van arbeid in de zorgsector. Een goede informatievoorziening is daarvoor noodzakelijk. In dit kader wordt door het Ministerie van VWS jaarlijks een Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) uitgebracht.

Parallel aan de RAZ wordt door de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) jaarlijks een integrerend rapport uitgebracht in het kader van het door VWS gefinancierde Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorgsector.

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

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

Het tweede deel is een tabellenrapport, dat afzonderlijk wordt gepubliceerd. Dat bevat gedetailleerde cijfermatige informatie over de jaren 1991 tot en met 1995 betreffende een groot aantal beroepsgroepen en subsectoren van de zorgsector.

De zorgsector is moeilijk eenduidig af te bakenen, zeker indien gegevens uit diverse bronnen worden gepresenteerd. In de meeste gevallen volgt de RAZ indelingen die te vertalen zijn naar het Jaaroverzicht Zorg (JOZ). Soms wordt daarvan afgeweken, zoals bijvoorbeeld in hoofdstuk 2, waar de zorgsector ruimer wordt opgevat.

Bij het opstellen van de RAZ wordt ernaar gestreefd om inconsistente informatie over beroepsgroepen of sectoren uit verschillende bronnen zoveel mogelijk te beperken. Dit betekent tevens dat nieuwe informatiebronnen op dit punt worden getoetst. Als twee bronnen over hetzelfde onderwerp verschillende informatie geven, zal die waarvan de informatie als het minst adequaat wordt beoordeeld doorgaans worden weggelaten. Een consequentie daarvan is dat niet altijd alle beschikbare gegevens in de RAZ worden opgenomen. Terwille van consistentie kan een selectie gewenst zijn.

In de RAZ 1996 zijn enkele nieuwe gegevens opgenomen. In de eerste plaats betreft dat informatie in het tabellenrapport over dokters- en tandartsassistenten. In de tweede plaats is in het hoofdrapport (in hoofdstuk 4) een plaats ingeruimd voor gegevens die zijn ontleend aan de registratiebestanden van de bedrijfsvereniging BVG. Het is de

bedoeling dat er de komende jaren meer informatie uit laatstgenoemde bron in de RAZ wordt opgenomen.

De RAZ is een produkt in ontwikkeling en ook deze tweede RAZ vertoont ongetwijfeld nog onvolkomenheden. De opstellers zullen waar mogelijk proberen verdere verbeteringen aan te brengen. Suggesties daartoe van lezers zijn eveneens welkom. De opstellers houden zich tevens aanbevolen voor het aangeven van mogelijkheden om informatielacunes op te vullen.

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

2 ONTWIKKELINGEN OP DE ARBEIDSMARKT

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een algemene schets van actuele ontwikkelingen op de Nederlandse arbeidsmarkt en de positie van de zorgsector daarin. Begonnen wordt met de economische ontwikkeling, die in belangrijke mate bepalend is voor de arbeidsmarkt (paragraaf 2.2). Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkeling en de structuur van de werkgelegenheid (paragraaf 2.3). Het onbenutte arbeidspotentieel en de werkloosheid komen aan de orde in paragraaf 2.4. Aan de vraagzijde van de markt biedt het aantal openstaande vacatures enig aanvullend inzicht in de arbeidsmarktsituatie in de sector en de economie als geheel (paragraaf 2.5).

2.2 Economische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt

Gemeten naar de groei van het nationaal inkomen kende de Nederlandse economie een belangrijke opleving in de jaren 1994 en 1995. In 1994 was het de uitvoer die de economie weer op gang bracht, in 1995 ondersteund door aantrekkende investeringen. Het reëel nationaal inkomen nam in deze jaren toe met respectievelijk 3,5% en 2,5% (CPB).

De werkgelegenheidsgroei kwam zoals gewoonlijk met enige vertraging op gang. In 1994 waren er reeds positieve signalen die op een verbeterende arbeidsmarktsituatie wezen en achteraf gezien was er op jaarbasis toch nog een geringe toename van werkgelegenheid. Een banengroei van betekenis kwam echter pas in 1995 tot stand. In dat jaar nam het aantal werkzame personen volgens voorlopige cijfers van de Arbeidsrekeningen toe met 120.000. Voorlopige cijfers van de Nationale Rekeningen geven aan dat de groei van het arbeidsvolume in 1995 ruim 100.000 arbeidsjaren bedroeg.

De ontwikkeling van de werkloosheid (werkloze beroepsbevolking) geeft een minder florissant beeld te zien. Deze nam in 1994 nog fors toe met 66.000 personen, terwijl 1995 slechts een zeer bescheiden daling te zien gaf (-14.000).

Voor 1996 wordt een wat lagere economische groei verwacht dan in beide voorgaande jaren, namelijk van 2%. Voor 1997 verwacht het Centraal Planbureau (CPB) echter opnieuw een groei van bijna 3%. De toename van de werkgelegenheid zal in 1996 en 1997 aanzienlijk zijn, maar vermoedelijk iets achterblijven bij die van 1995. Het CPB verwacht over beide jaren gemiddeld een groei van 70.000 arbeidsjaren en 90.000 werkzame personen. Voor de omvang van de werkloze beroepsbevolking wordt een geringe daling voorzien. Per saldo wordt de werkgelegenheidsgroei dus grotendeels ingevuld door de groei van het arbeidsaanbod.

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

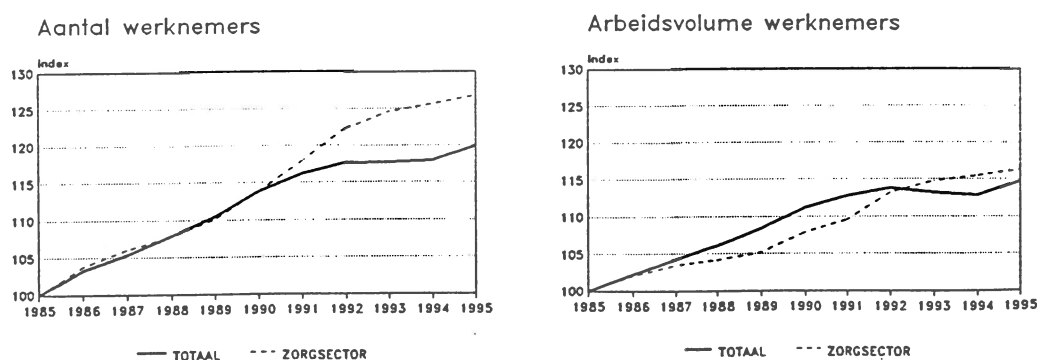
2.3.1 Werkzame personen en arbeidsvolume

Gegevens over recente ontwikkelingen zijn altijd met enige onzekerheid omgeven. Dat geldt vooral indien het gegevens betreft op een laag niveau van aggregatie, zoals voor de zorgsector. In dit hoofdstuk zal daarom worden aangesloten bij een gangbare sectorindeling, dat wil zeggen bij de Standaard Bedrijfsindeling (SBI) van het CBS. Het begrip zorgsector wordt dan in ruime zin opgevat, dat wil zeggen als het geheel van gezondheids- en welzijnszorg (SBI-code N).

De ontwikkeling van het aantal banen wordt weergegeven in het linker gedeelte van figuur 2.1. Daaruit blijkt dat de toename van het aantal werknemers van 1985 tot 1990 in de zorgsector ongeveer gelijk opliep met het totaal van de Nederlandse economie. Na 1990 is de werkgelegenheid in de zorgsector relatief sterker gegroeid. Vooral in 1992 en 1993 is er sprake geweest van een divergerende ontwikkeling. In 1993 nam het totale aantal werknemers nauwelijks toe, terwijl er in de zorgsector nog van een groei sprake was van bijna 2%. In 1994 zwakte ook in de zorgsector de groei van de werkgelegenheid af tot minder dan 1%. Voorlopige ramingen voor 1995 geven wat het aantal banen betreft een groei van ongeveer 1% voor de zorgsector te zien tegen 2% voor de economie als geheel.

Bij de geschetste ontwikkeling voor 1995 zij echter aangetekend dat de Enquête Bezoeksbevolking juist een sterke groei van het aantal in de zorgsector werkzame personen te zien geeft (zie hoofdstuk 5). Een integratie van gegevens uit verschillende bronnen, zoals het CBS die toepast in de Arbeidsrekeningen, is op sectoraal niveau voor 1995 nog niet beschikbaar. Een eenduidig beeld van de recente ontwikkeling ontbreekt daardoor, zodat het ook niet mogelijk is om een indicatie te geven voor de verwachte ontwikkeling in 1996.

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



Bron: CBS, JWJ en Kwartaalonderzoek loonontwikkeling.

Zoals in het voorgaande reeds werd opgemerkt groeit het arbeidsvolume, uitgedrukt in arbeidsjaren, minder snel dan het aantal werkzame personen. Dit verschil wordt veroor-

zaakt door de toename van deeltijdarbeid. Het feit dat deeltijdarbeid vooral onder vrouwen wijd verbreid is en in de zorgsector relatief veel vrouwen werkzaam zijn, verklaart dat er vooral in de zorgsector een verschil zichtbaar is tussen de ontwikkeling van het arbeidsvolume en het aantal werkzame personen. Het rechter gedeelte van figuur 2.1 brengt de ontwikkeling van het arbeidsvolume van werknemers in beeld vanaf 1985. Dit komt in hoofdlijnen overeen met de figuur betreffende het aantal werknemers. Het wordt nu echter zichtbaar dat de groei van het arbeidsvolume aan het eind van de jaren tachtig in de zorgsector is achtergebleven bij de totale werkgelegenheidsgroei. In het begin van de jaren negentig is er echter sprake geweest van een inhaalbeweging, waardoor uiteindelijk in 1996 kan worden gesteld dat het arbeidsvolume van werknemers in de zorgsector vanaf 1985 ongeveer in dezelfde mate is toegenomen als in de totale Nederlandse economie.

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

2.3.2 Werkzame personen en banen naar een aantal kenmerken

In de zorgsector in ruime zin (inclusief sector welzijn) werkten in 1995 809.000 personen tenminste 12 uur per week. Dat is 13,3% van de totale werkzame beroepsbevolking van 6.063.000 personen.

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

Tabel 2.1.: Samenstelling van de werkzame personen in de totale zorgsector en in de Nederlandse economie (totaal), naar geslacht, leeftijd en opleiding, 1995

	Zorgsector		Totaal	
	aantal (x1.000)	%	aantal (x1.000)	%
Totaal	809	100	6.063	100
Geslacht				
Mannen	189	23	3.814	63
Vrouwen	620	77	2.249	37
Leeftijd				
15-24 jaar	83	10	776	13
25-44 jaar	521	65	3.584	59
45-64 jaar	205	25	1.703	28
Opleiding				
Basisonderwijs	33	4	491	8
MAVO/LBO	97	12	1.329	22
HAVO/WO/MBO	402	50	2.695	45
HBO	188	23	1.055	17
WO	89	11	481	8

Bron: CBS, Enquête Beroepsbevolking 1995

Het belangrijkste afwijkende kenmerk van de zorgsector is het grote aandeel vrouwen. Bestaat de werkzame beroepsbevolking in totaal voor 37% uit vrouwen, in de gehele zorgsector is dat 77%.

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

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

Het voorgaande had betrekking op de beroepsbevolking, zoals die wordt vastgesteld op basis van een enquête onder personen. Daarnaast worden er door het CBS ook gegevens over arbeid verzameld bij bedrijven en instellingen. Integratie van diverse statistieken vindt plaats in het kader van de Arbeidsrekeningen. Hieraan ontleend is tabel 2.2, die een overzicht geeft van het arbeidsvolume naar een aantal kenmerken. De cijfers hebben betrekking op 1993, omdat die voor 1994 nog maar een voorlopig karakter hebben en die voor 1995 in het geheel nog niet beschikbaar zijn.

Het eerste wat uit deze tabel kan worden afgeleid is dat het aandeel van de zorgsector in het arbeidsvolume kleiner is dan het aandeel in het aantal werkzame personen zoals dat valt af te leiden uit tabel 2.1, namelijk 10,5% tegen 13,3%. Dit komt uiteraard door het grote aandeel van deeltijdarbeid in de zorgsector. Van het totale arbeidsvolume van werknemers werd in 1993 48% ingevuld door in deeltijd werkenden. Voor de Nederlandse economie als geheel was dat 17%.

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

Omdat vooral vrouwen in deeltijd werken is het aandeel van mannen in het arbeidsvolume groter dan in het aantal werkzame personen. In de zorgsector bedroeg het aandeel van mannen in het arbeidsvolume in 1993 29%, tegen 69% voor het totaal van de economie.

Tabel 2.2.: Arbeidsvolume in arbeidsjaren in de zorgsector en de Nederlandse economie (totaal), naar een aantal kenmerken, 1993

	Zorgsector		Totaal	
	aantal (x1.000)	%	aantal (x1.000)	%
Totaal	560	100	5.392	100
Geslacht				
Mannen	160	29	3.707	69
Vrouwen	402	71	1.621	31
Positie dienstbetrekking				
Zelfstandig	40	7	595	11
Werknemer	520	93	4.798	89
Werknemers				
Waarvan:				
- voltijd	255	49	3.752	78
- deeltijd	248	48	833	17
- flexibel	18	3	213	5
< 20 uur per week	64	12	293	6
>= 20 uur per week	458	88	4.504	94

Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

Tabel 2.2 laat tevens zien dat het aandeel van werknemers in flexibele banen (voornamelijk tijdelijke contracten van korter dan 1 jaar en oproepkrachten) in het arbeidsvolume in de zorgsector met 3% beperkt van omvang is. Uitzendkrachten zijn in dienst van de uitzendbureaus en derhalve niet begrepen in de flexibele arbeid in de zorgsector, maar wel in het totaal van de economie.

2.4 Arbeidspotentieel en werkloosheid

In de voorgaande paragraaf is beschreven hoeveel arbeid er door hoeveel personen wordt geleverd in de zorgsector en in de totale Nederlandse economie. Bij het arbeidspotentieel gaat het om hoeveel personen werken of zouden willen werken en om hoeveel arbeid daardoor in potentie geleverd zou kunnen worden. Het gaat daarbij dus om twee aspecten, namelijk het wel of niet (willen) participeren in arbeid en het aantal uren dat men werkt of wil werken. Het laatste aspect wordt hier beperkt tot de grens van 12 uur per week. Of iemand die bijvoorbeeld 16 uur werkt en liever 24 uur wil werken, wordt buiten beschouwing gelaten.

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

- a. De werkzame beroepsbevolking. Dit betreft personen die tenminste 12 uur per week werken.
- b. De werkloze beroepsbevolking. Dit zijn personen zonder werk die de 4 weken voorafgaand aan de enquête naar werk hebben gezocht voor tenminste 12 uur per week (advertenties kijken wordt al als zoeken aangemerkt). Daarnaast ook personen die minder dan 12 uur per week werken, maar 12 uur of meer willen werken.

- c. Personen die wel tenminste 12 uur per week willen werken, maar die niet actief zoeken of niet op korte termijn beschikbaar zijn. Bij degenen die niet actief zoeken kan nog onderscheid worden gemaakt naar het feit of men het laatste halfjaar voorafgaand aan de enquête heeft gezocht.
- d. Personen die geen betaald werk voor tenminste 12 uur per week willen hebben. Deze categorie bestaat onder andere uit scholieren en studenten, huisvrouwen, arbeidsongeschikten en vutters/gepensioneerden. Een deel van hen werkt wel, maar minder dan 12 uur per week.

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

De omvang van de werkloze beroepsbevolking bedroeg in 1995 533.000 personen. Na in 1993 en 1994 te zijn gestegen met ongeveer 70.000 per jaar trad er in 1995 een daling op met 14.000. Deze daling was evenwel volledig geconcentreerd bij mannen. Onder vrouwen bleef de werkloosheid vrijwel stabiel.

Tabel 2.3.: Arbeidsmarktpositie totale beroepsbevolking van 15-64 jaar en aandeel vrouwen, 1995

	Totaal absoluut	Aantal vrouwen
	x1.000	x1.000
Werkzame beroepsbevolking	6.063	2.249
Werkloze beroepsbevolking	533	281
waarvan:		
Niet-werkend	464	230
Werkt minder dan 12 uur per week	69	51
Wil werken, niet zoekend of niet beschikbaar	603	409
waarvan:		
Afgelopen 6 maanden gezocht	123	79
Afgelopen 6 maanden niet gezocht	237	162
Niet beschikbaar	243	168
Wil geen betaald werk van min. 12 uur per week	3.297	2.230
waarvan:		
Niet werkend	2.595	1.742
Werkt minder dan 12 uur per week	702	488
Totale bevolking 15-64 jaar	10.498	5.169

Bron: CBS, Enquête Beroepsbevolking.

Uit de tabel blijkt dat de werkloze beroepsbevolking een omvang heeft van meer dan een half miljoen, waarvan meer dan de helft (53%) uit vrouwen bestaat.

Daarnaast zijn er ruim 600.000 personen die wel tenminste 12 uur per week zouden willen werken, maar die niet expliciet naar werk zoeken of die (tijdelijk) niet voor de arbeidsmarkt beschikbaar zijn. Deze categorie bestaat voor tweederde uit vrouwen. Voor een deel zal deze groep personen in de loop van de tijd tot de werkzame of werkloze beroepsbevolking gaan behoren.

Een derde categorie niet-actieven bestaat uit personen die geen betaald werk voor tenminste 12 uur per week willen. Dit zijn onder andere vutters, vroeggepensioneerden en arbeidsongeschikten, scholieren en studenten, en huisvrouwen. Ook van deze categorie bestaat tweederde uit vrouwen, waarvan er bijna een half miljoen minder dan 12 uur per week werken. Voor zover dat jongere vrouwen met kinderen betreft (vermoedelijk 200.000 à 300.000) zal een deel daarvan in de toekomst weer tot de beroepsbevolking gaan behoren. Ook in deze categorie is dus een arbeidspotentieel aanwezig.

Het beeld dat tabel 2.3 oproept suggereert dat er vooral onder de vrouwelijke bevolking nog steeds een groot onbenut arbeidspotentieel aanwezig is. Uit de CBS-gegevens kan echter niet worden afgeleid in hoeverre dat inzetbaar is in de zorgsector. Om hierin enig inzicht te krijgen wordt van twee andere bronnen gebruik gemaakt. In de eerste plaats van de registratiegegevens van de bedrijfsvereniging BVG, en in de tweede plaats van gegevens uit de enquête Hoe Zoeken Werkzoekenden van Arbeidsvoorziening (Arbeidsvoorziening/Research voor Beleid).

De tabellen 2.4 en 2.5 geven informatie van de bedrijfsverenigingen weer. Dit betreft dus niet alle uitkeringen in verband met werkloosheid, maar alleen de WW-uitkeringen. Afhankelijk van het arbeidsverleden kunnen personen korter of langer in de WW verblijven, of komen daarvoor in het geheel niet in aanmerking. De cijfers in deze tabellen kunnen derhalve niet meer dan een indicatie geven van de werkloosheid en de ontwikkeling daarvan in de zorgsector.

Tabel 2.4 geeft een overzicht van het aantal uitkeringsjaren. Bij de BVG is dit opgelopen van minder dan 20.000 in 1989 tot 30.000 in 1993, waarna een daling is opgetreden tot 26.600 in 1995. Opvallend is het verschil in ontwikkeling tussen de BVG en het totaal van alle bedrijfsverenigingen. De aanvankelijke stijging bij de BVG was veel sneller, maar na 1993 is het totaal in een fors tempo verder toegenomen, terwijl bij de BVG een daling is ingezet.

Om dit te verklaren kan tabel 2.5 behulpzaam zijn. Hierin zijn alleen de nieuwe WW-uitkeringen opgenomen. De BVG-cijfers blijken dan vanaf 1990 veel meer parallel te lopen met het algemene beeld. Een daling van het aantal nieuw toegekende uitkeringen treedt nu in beide gevallen op in 1995.

Een verklaring van het verschil tussen beide tabellen moet vooral bij twee factoren worden gezocht. Ten eerste is waarschijnlijk de gemiddelde verblijfsduur in de WW bij de BVG korter dan gemiddeld. In de meeste andere sectoren komen naar verhouding meer langdurige dienstverbanden voor en worden meer oudere werknemers ontslagen; dit gaat gepaard met een relatief lange verblijfsduur in de WW. Een verbeterende arbeidsmarktsituatie met minder ontslagen zal in de zorgsector dus sneller tot een lager uitkeringsvolume leiden dan in veel andere sectoren.

Een kortere verblijfsduur in de WW zou ook kunnen betekenen dat men relatief snel werk vindt, maar er zijn geen aanwijzingen dat de zorgsector op dit punt belangrijk afwijkt van andere sectoren.

Een tweede factor die van invloed zou kunnen zijn is dat het aantal nieuwe WW-toekenningen in de zorgsector in toenemende mate betrekking heeft op deeltijdbanen. In het uitkeringsvolume wegen deze minder zwaar door. Dat was echter ook reeds vóór 1993 het geval, zodat deze tweede factor vermoedelijk minder belangrijk is dan de eerste.

Een overeenkomst tussen beide tabellen is in elk geval dat in 1995 het aantal uitkeringen is gedaald. Het verloop gedurende het jaar 1995 geeft aan dat deze daling zal doorzetten in 1996.

Tabel 2.4.: Aantal uitkeringsjaren BVG en totaal bedrijfsverenigingen, 1989-1995

	BVG		Totaal	
	x1.000	(1989=100)	x1.000	(1989=100)
1989	18,9	100	173,2	100
1990	20,0	106	162,7	94
1991	22,6	120	175,3	101
1992	26,9	142	208,4	120
1993	30,1	159	269,4	156
1994	27,4	145	332,1	192
1995	26,6	141	339,0	196

Bron: Ctsv, 1995.

Tabel 2.5.: Aantal nieuwe uitkeringen in verband met ontslag werkloosheid BVG en totaal bedrijfsverenigingen, 1989-1995

	BVG		Totaal	
	x1.000	(1989=100)	x1.000	(1989=100)
1989	36,7	100	360,1	100
1990	37,5	102	332,3	92
1991	41,5	113	382,0	106
1992	46,5	127	444,5	123
1993	53,7	146	549,3	153
1994	64,9	177	611,2	170
1995	61,3	167	579,2	161

Bron: Ctsv, 1995.

Arbeidsvoorziening houdt periodiek een enquête onder werkzoekenden, onder andere om de marktpositie van de eigen organisatie te kunnen volgen. Deze enquête bevat informatie over de sector waarin men werk zoekt. Behalve het zoeken van werk wordt ook het vinden van werk in de enquête geregistreerd. In tabel 2.6 zijn zowel de aantallen baanzoekers als baanvinders weergegeven, waarbij er een onderscheid is gemaakt tussen het al dan niet ingeschreven staan bij een arbeidsbureau (RBA).

Tabel 2.6.: Aantal baanzoekers en baanvinders in de zorgsector naar inschrijving bij RBA, 1992-1995 (x1.000)

	Baanzoekers		Baanvinders	
	Totaal	waarvan RBA	Totaal	waarvan RBA
1992	34	13	52	15
1993	36	16	34	11
1994	34	17	23	11
1995	36	15	35	13

Bron: Arbeidsvoorziening/Research voor Beleid.

Zoals de tabel aangeeft zijn er de afgelopen vier jaar steeds ongeveer 35.000 personen geweest die werk zochten in de zorgsector. Daarvan stonden er ongeveer 15.000 ingeschreven bij een arbeidsbureau. Hoewel vanwege het steekproefkarakter van deze gegevens enige voorzichtigheid moet worden betracht, suggereren de cijfers dat het aantal werklozen in de zorgsector in 1994 een hoogtepunt heeft bereikt. Daarvoor is namelijk het aantal bij een RBA ingeschrevenen de beste maatstaf. Het aantal baanvinders is in 1995 weer toegenomen, na enkele jaren te zijn afgenomen. De bij een RBA ingeschrevenen hebben echter maar in zeer beperkte mate van deze opleving geprofiteerd. Dat spoort met de geringe daling van het aantal ingeschreven werkzoekenden.

Al met al geven diverse bronnen een redelijk consistent beeld te zien. Het aantal werklozen dat uit de zorgsector afkomstig is of daarin werk zoekt, is begin jaren negentig fors toegenomen en heeft in 1994 een hoogtepunt bereikt. In 1995 is er voor het eerst sinds jaren sprake van een beperkte daling, die in 1996 zal doorzetten. Het niveau van eind jaren tachtig zal echter voorlopig nog niet worden bereikt.

2.5 Vacatures

Behalve werkloosheidscijfers geven ook vacaturegegevens een indicatie voor de situatie op de arbeidsmarkt. Een voordeel hiervan is dat zij direct aan een sector zijn te koppelen. Voor de zorgsector zoals afgebakend in dit hoofdstuk is het aantal openstaande vacatures in de periode 1990-1994 ongeveer gehalveerd. Voorlopige cijfers voor 1995 laten zien dat waarschijnlijk enig herstel is opgetreden, maar het aantal vacatures blijft laag.

Voor de Nederlandse economie als geheel was de daling begin jaren negentig nog sterker, zoals valt te zien in tabel 2.7. In 1993 bedroeg het aantal vacatures slechts een derde van dat in 1990. Na een stabilisatie in 1994 was het herstel in 1995 echter sterker dan in de zorgsector. Het jaargemiddelde steeg met bijna eenderde. In het vierde kwartaal 1995 bedroeg het aantal vacatures 62.000 en was daarmee 44% hoger dan in het vierde kwartaal 1994.

Vanwege het niet tijdig beschikbaar zijn van CBS-gegevens is het niet mogelijk in deze rapportage gedetailleerde cijfers te presenteren over vacatures in de zorgsector. Vacaturegegevens over de niet-commerciële dienstverlening, waar de zorgsector het grootste deel van uitmaakt omdat de sectoren overheid en onderwijs daarin niet zijn begrepen, geven aan dat de toename van het aantal vacatures hier geringer is dan in

de economie als geheel. Het jaargemiddelde was in 1995 14% hoger dan in 1994. Evenals voor de economie als geheel geldt dat het vierde kwartaal een hogere toename te zien gaf, namelijk met 27%.

Indien het aantal vacatures in de zorgsector in dezelfde mate is toegenomen als in de sector 'niet-commerciële dienstverlening', dan zou het in het derde kwartaal van 1995 zijn uitgekomen op 6700. Dit aantal is als raming opgenomen in tabel 2.7.

Tabel 2.7.: Totaal aantal en moeilijk vervulbare vacatures in de zorgsector en de Nederlandse economie, 1990-1995

	Zorgsector		Totaal	
	Totaal absoluut	% moeilijk vervulbaar	Totaal absoluut	% moeilijk vervulbaar
1990	11.100	41,4	104.700	47,1
1991	9.800	36,7	86.500	42,7
1992	8.100	32,1	58.200	35,2
1993	5.100	15,7	33.500	18,2
1994	5.700	14,0	39.400	20,1
1995 ¹	6.700	.	55.300	.

¹ Raming op basis van 'niet-commerciële dienstverlening'.
Bron: CBS, Vacature-enquête, gegevens derde kwartaal.

Uit de tabel valt op te maken dat het vacatureverloop in de zorgsector globaal genomen dat van de economie in het algemeen volgt.

In 1995 was het aantal vacatures weliswaar toegenomen, maar gerelateerd aan het aantal werkzame personen bedroeg het zowel in de zorgsector als in het algemeen minder dan 1% van het aantal werkzame personen.

Een confrontatie tussen het aantal vacatures en het aantal werkzoekenden is voor de totale economie globaal mogelijk. Tegenover 55.000 vacatures stonden in 1994 ruim 500.000 werkzoekenden. Voor de zorgsector is een dergelijke vergelijking moeilijker, omdat het aantal voor de sector relevante werkzoekenden niet precies bekend is. Indien wordt uitgegaan van het onderzoek 'Hoe zoeken werkzoekenden' is een aantal bekend van 36.000 werkzoekenden in 1995 (tabel 2.6), waar tegenover 6.000 à 7.000 vacatures staan.

2.6 Conclusies

De Nederlandse economie vertoont sinds enkele jaren weer een redelijke groei. De arbeidsmarkt heeft hierop zoals gebruikelijk vertraagd gereageerd, maar in 1995 is het aantal werkzame personen met meer dan 100.000 toegenomen. De werkgelegenheidsgroei in de zorgsector is in 1994, en waarschijnlijk ook in 1995, duidelijk afgezwakt.

In 1995 heeft zich een geringe daling voorgedaan bij de voor de zorgsector relevante werkloosheid. Tevens is het aantal vacatures toegenomen, al bevindt dit zich nog op een laag niveau. Per saldo kan de arbeidsmarkt in de zorgsector in 1995 als ruim worden gekarakteriseerd. Dit betekent dat sprake is van een (aanzienlijk) groter aantal

werkzoekenden dan het aantal openstaande vacatures. Ook in 1996 zal het aantal werkzoekenden nog veel groter zijn dan het aantal vacatures. In dit opzicht komt de situatie op de arbeidsmarkt van de zorgsector in belangrijke mate overeen met die op de arbeidsmarkt in het algemeen.

3 ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal ontwikkelingen binnen de zorgsector die direct of indirect van invloed zijn op de arbeidsmarkt voor de zorgberoepen. In de eerste plaats wordt aandacht geschonken aan de ontwikkelingen in de zorgvraag. Die zijn immers van grote invloed op de arbeidsmarktpositie van zorgberoepen. Daartoe zal met name aandacht besteed worden aan demografische, sociaal-culturele en beleidsmatige ontwikkelingen (paragraaf 3.4). Vervolgens worden de ontwikkelingen binnen de verschillende sectoren in de zorgsector (paragraaf 3.3) en de beroepen (paragraaf 3.4) besproken.

3.2 Algemene ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

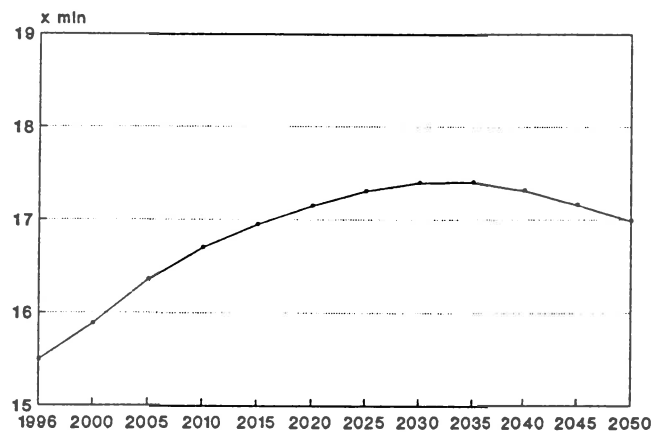
In 1995 is de bevolking minder sterk gegroeid dan volgens de bevolkingsprognose van 1994 was verwacht (De Beer, 1996). Dit komt doordat zowel de geboorte als de immigratie in 1995 lager waren dan voorspeld. Zo blijkt dat in 1995 het aantal geboorten (188.000) lager lag dan in 1994 (196.000); terwijl in 1994 nog een stijging van het aantal geboorten in 1995 was voorspeld. Het leeftijdsspecifieke vruchtbaarheidscijfer is dan ook gedaald van 1.57 in 1994 naar 1.51 in 1995; terwijl in de vorige prognose een waarde van 1.63 voor 1995 was voorspeld. De oorzaak van deze daling is uitstel van de geboorte van het eerste kind en hiermee samenhangend een hogere leeftijd van de moeder. Deze leeftijd ligt momenteel bij de geboorte van het eerste kind rond de dertig jaar. De leeftijd waarop vrouwen in Nederland voor het eerst moeder worden ligt in vergelijking met andere landen zeer hoog. Overigens veronderstelt het CBS dat de daling van leeftijdsspecifieke vruchtbaarheidscijfer van tijdelijke aard is. Na 1998 wordt uitgegaan van dezelfde vruchtbaarheidscijfers als in de prognose van 1994 is aangegeven.

De verwachting is dat in de komende jaren de kinderloosheid zal toenemen. Volgens de midden-variant van de bevolkingsprognose zal van jonge generaties uiteindelijk 20% kinderloos blijven (De Beer, 1996). Ter vergelijking: van de vrouwen die in 1945 zijn geboren is 10% kinderloos. De toename van de kinderloosheid is deels vrijwillig. Steeds meer vrouwen kiezen voor een full-time arbeidsloopbaan zonder kinderen. Aan de andere kant is die toename ook het gevolg van niet-vrijwillige kinderloosheid. Het uitstellen het krijgen van kinderen leidt tot een toename van vruchtbaarheidsproblemen. Met betrekking tot de immigratie moet eveneens worden geconstateerd dat de prognose uit 1994 aanzienlijk naar beneden moet worden bijgesteld (De Beer, 1996). In plaats van een voorspelde stijging van het immigratiecijfer (tot 123.000 personen) is er sprake van een daling (van 98.000 in 1994 tot 94.000 in 1995). De vorige prognose was gebaseerd op een overschatting van het aantal asielmigranten. Op grond van nader onderzoek door het CBS wordt het aantal asielmigranten in 1995 geschat op 19.000 (gebaseerd op de veronderstelling dat er 35.000 asielzoekers zijn). Voor 1996 wordt een verdere daling naar 15.000 asielmigranten verwacht.

Een andere oorzaak van een teruggang in het aantal immigranten is de daling van het aantal migranten uit Turkije, Marokko en Suriname. Dit is voornamelijk het gevolg van recente immigratiebeperkende maatregelen.

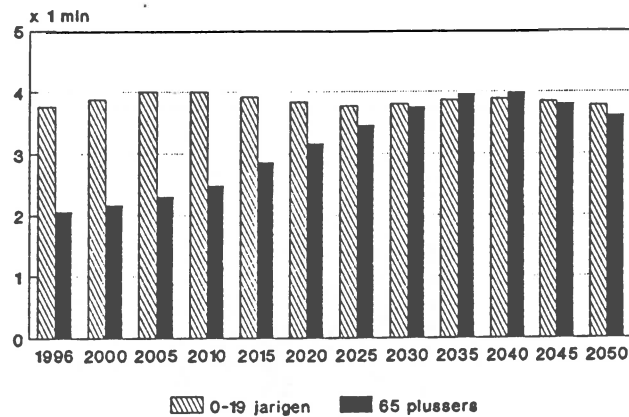
Op basis van bovengenoemde ontwikkelingen is de bevolkingsprognose voor komende twee jaar (1996 en 1997) bijgesteld. Voor de periode vanaf 1998 zijn de veronderstellingen niet gewijzigd. Dit betekent dat de Nederlandse bevolking tot het jaar 2035 blijft groeien. In dat jaar bereikt de bevolking naar verwachting de maximale omvang van 17,4 miljoen inwoners (figuur 3.1).

Figuur 3.1.: Inwonersaantal 1996-2050. Bevolkingsprognose CBS 1995, midden-variant



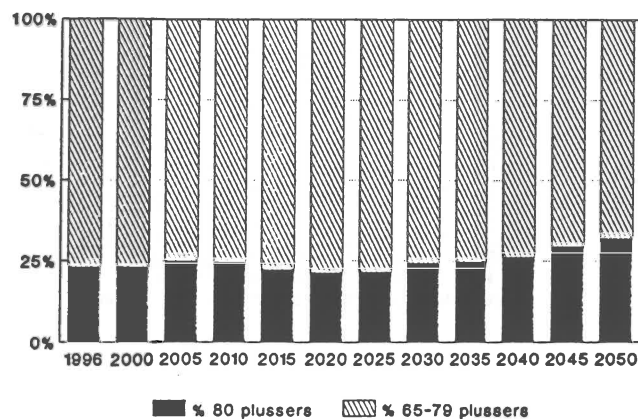
Wat de leeftijdsopbouw betreft is in het midden van de jaren negentig een einde gekomen aan de ontgroening van de Nederlandse bevolking. In het midden van de jaren zestig was 37% van de Nederlandse bevolking jonger dan 19 jaar. Dit percentage liep ieder jaar terug tot 24% in 1995. In de periode liepen de leerlingenaantallen dan ook sterk terug. De verwachting is echter dat in de komende 15 jaar het aantal leerlingen weer zal toenemen. Uit figuur 3.2 kan worden afgeleid dat het absolute aantal 0-19 jarigen in de komende 15 jaar zal stijgen (6,4%).

Figuur 3.2.: Absoluut aantal 0-19 jarigen en 65-plussers vanaf 1996 tot 2040. Bevolkingsprognose 1995, midden-variant



Een aspect dat vooral in het kader van de zorgvraag de aandacht verdient is de vergrijzing en in het bijzonder de dubbele vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Ieder jaar neemt het aantal 65-plussers toe. In het midden van de jaren zestig was 10% ouder dan 65 jaar, momenteel bedraagt dit 13,3%. Toch moet worden geconstateerd dat in de komende tien jaar het percentage 65-plussers niet explosief zal stijgen. De verwachting is dat in 2005 circa 14% van de bevolking ouder is dan 65 jaar (De Beer e.a., 1994). Na het jaar 2005 zal het aantal 65-plussers wel sterk toenemen (zie figuur 3.2). Rond het jaar 2040 wordt het maximale aantal 65-plussers verwacht; in totaal 4 miljoen 65-plussers, ofwel 23% van de totale Nederlandse bevolking (CBS, 1996). Voor de zorgvraag is met name de dubbele vergrijzing van belang. Op dit moment is 23% van de 65-plussers ouder dan 80 jaar. Dit percentage zal de komende jaren licht toenemen tot 24,6% in het jaar 2010.

Figuur 3.3.: Prognose voor het relatieve aandeel 80-plussers binnen de groep 65-plussers in de periode 1996-2050 (CBS, midden-variant)



Volgens de prognose van het CBS groeit het totaal aantal huishoudens in de komende 15 jaar met ruim 800.000 (De Beer, 1996). De sterke groei doet zich voor bij het aantal eenpersoons huishoudens. Momenteel telt Nederland 2,1 miljoen alleenstaanden. Dit zal toenemen tot 2,6 miljoen in het jaar 2010.

Van de 80-jarige vrouwen woont meer dan de helft alleen, tegenover ongeveer 20% van de 80-jarige mannen. Verder zal onder de 60-plussers het aantal eenpersoons huishouden toenemen van 800.000 nu tot 1 miljoen in 2010.

Bijna 300.000 personen wonen in een tehuis. Vrouwen zijn hier sterk in vertegenwoordigd. Het percentage van de ouderen dat in een tehuis woont neemt af. Het overheidsbeleid is er immers op gericht ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Op dit moment woont 27% van de 80-plussers in een tehuis. Dit zal volgens de prognose afnemen tot 22% in 2010. Het percentage ouderen dat zelfstandig woont zal hierdoor, zoals eerder aangegeven, toenemen.

Sociaal culturele ontwikkelingen

Een ontwikkeling die in de komende jaren van belang zou kunnen zijn voor de zorgvraag is de relatieve en absolute toename van het aantal allochtonen in ons land. In hoeverre deze ontwikkeling van invloed is op de zorgvraag, is op basis van de huidige stand van onderzoek nog onbekend.

Aan de andere kant zullen in de komende jaren steeds meer allochtonen instromen in de zorgberoepen. In 1995 bedroeg het aandeel allochtonen in de zorgsector 6,2%. Overigens blijkt dat allochtone vrouwen zijn ondervertegenwoordigd in de zorgberoepen; terwijl 82% van het personeel in de zorgberoepen vrouw is, ligt dit percentage voor de allochtone werknemers op 75%. Dit komt doordat de allochtone vrouwen een lagere participatiegraad in de arbeidsmarkt kennen. Daarbij moet de kanttekening worden gemaakt dat een groot deel van de allochtone werknemers werkzaam is in lagere functies.

Beleidsmatige ontwikkelingen

Met betrekking tot de medische beroepen zullen de voorstellen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg in de toekomst wellicht gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsmarktsituatie van een aantal medische beroepen. Zo zal de poortwachtersfunctie van de huisarts verder versterkt moeten worden. Dit betekent dat er steeds meer eisen gesteld worden aan de vakinhoudelijke aspecten op een breed terrein. Dit zou weleens gevolgen kunnen hebben voor de toch al hoge werkdruk van huisartsen. Het is nog maar de vraag of de huidige opleidingscapaciteit voldoende is om aan de werkdruk het hoofd te bieden.

Voor wat betreft de specialisten spelen de plannen voor een geïntegreerd medisch specialistenbedrijf in de komende jaren een belangrijke rol. De vraag is in hoeverre veranderingen in de honoreringsstructuur van specialisten zijn weerslag zullen krijgen op de arbeidsmarkt voor deze beroepsgroep.

Binnen de paramedische sector zal de 'beperkende maatregel' voor de fysiotherapie en oefentherapie op termijn gevolgen kunnen hebben voor het aantal werkzame fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. Volgens deze maatregel zal vooral het maximaal aantal te vergoedingen zittingen fysiotherapie in principe worden teruggebracht tot negen.

Het afgelopen jaar deden zich op het terrein van de arbeidsmarkt voor verplegenden en verzorgenden een aantal belangrijke ontwikkelingen voor. We noemen er twee die ook de komende tijd repercussies zullen hebben en waarvan de gevolgen voor de arbeidsmarkt nu nog niet helemaal te overzien zijn. Het gaat derhalve om ontwikkelingen die nog verder uit zullen moeten kristalliseren.

Op het moment van schrijven van deze rapportage zijn er voor de zorgsector een aantal CAO-overeenkomsten tot stand gekomen, die nog voor goedkeuring aan de achterban voorgelegd moeten worden. De belangrijkste zaken uit de voorlopige overeenkomsten zijn: verdere collectieve arbeidsduurverkorting (in principe van 38 naar 36 uur), beperken van onregelmatigheidstoelagen, waardoor bedrijfstijdverlenging zonder extra kosten tot de mogelijkheden behoort en een min of meer marktconforme loonsverhoging. De verwachting is dat de collectieve arbeidsduurverkorting enkele duizenden nieuwe banen zullen opleveren.

Een andere belangrijke ontwikkeling ligt op het terrein van de aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt. Na jarenlange discussies is de besluitvorming over de herstructurering van het verplegend en verzorgend onderwijs afgerond. Hiermee komt een samenhangend onderwijsstelsel tot stand dat, zoals bijna elke vorm van onderwijs in ons land, qua verantwoordelijkheid is ondergebracht bij het ministerie van OC&W. De kern van dit stelsel is dat er vier kwalificatieniveaus onderscheiden worden, die elk via een tweetal leerwegen bereikt kunnen worden, namelijk een leren-werken en een leren-stage variant. Het stelsel is verder zo opgebouwd dat men vrij gemakkelijk tussen de kwalificatieniveaus kan switchen omdat ze uit modules opgebouwd zijn. Hierdoor behoort stapeling van diploma's in principe tot het verleden. De daadwerkelijke start van het nieuwe stelsel is 1 september 1997.

Voor andere richtingen in het onderwijs kan deze herstructurering wellicht een voorbeeldfunctie gaan vervullen. Zo is het denkbaar dat andere vormen van inservice-onderwijs in de zorgsector op een zelfde wijze georganiseerd gaan worden en anderzijds dat onderwijsrichtingen die nu alleen een leren-stage variant kennen in de toekomst ook een leren-werken variant krijgen.

3.3 Ontwikkelingen binnen de zorgsectoren

In deze paragraaf wordt voor de **omvangrijkste** subsectoren van de zorgsector kort een indruk gegeven van de ontwikkeling in de **activiteiten** die men uitvoert. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan zaken die **relevant** zijn voor de arbeidsmarkt, met name factoren die van belang zijn in verband met de vraag naar personeel. Daarom wordt onder meer gebruik gemaakt van onderzoek dat het geheel aan activiteiten in een sector kwantificeert¹. Een en ander kan in hoofdstuk 4 vergeleken worden met de ontwikkelingen in de omvang van het personeel.

3.3.1 Ziekenhuizen

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

Het aantal klinische patiënten oftewel het **aantal** opnamen liet de afgelopen jaren een groei zien van om en nabij 0,5% per jaar. Deze bescheiden groei is het gevolg van twee tegengestelde effecten. Enerzijds **daalt de** opnamecoëfficiënt per hoofd van de bevolking, onder meer als gevolg van **substitutie** naar poliklinische behandelingen, anderzijds zorgt de groei en de vergrijzing van de bevolking voor een toename. De periode 1993-94 laat overigens **geen daling** zien van de gemiddelde opnamecoëfficiënt. In hoeverre dit een tijdelijk effect is, is op dit moment moeilijk te zeggen. Het aantal poliklinische bezoeken laat een jaarlijkse **groei** van ruim 1% zien. Dit is het gevolg van de bevolkingsgroei en de eerder genoemde **substitutie**.

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

Het aantal verpleegdagen in dagopname **kende** de afgelopen jaren een spectaculaire groei. Het aantal verpleegdagen in de **kliniek** vertoont daarentegen een daling. Deze is met name toe te schrijven aan de **daling** van de gemiddelde verpleegduur. Een en ander betekent wel dat de 'intensieve' **verpleegdagen** van een opname overblijven. Verder neemt het aandeel van ouderen in **de** verpleegdagen toe. Gevoegd bij het feit dat ouderen gemiddeld meer hulp nodig hebben dan jongeren, betekent dit een intensivering per verpleegdag.

In 'Gezondheidszorg in tel-3' is een en ander **gekwantificeerd** (NZF/NZi, 1995). De gemiddelde jaarlijkse groei van de activiteiten **wordt** in dit rapport voor het begin der jaren negentig (1988-1994) geraamd op 2,2%.

¹ Het rapport Gezondheidszorg in tel 3 van de commissie v.d. Zwan is hier met name voor gebruikt.

3.3.2 Geestelijke gezondheidszorg

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

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

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

De ambulante geestelijke gezondheidszorg vindt plaats in RIAGG's. De ontwikkeling van het aantal nieuwe inschrijvingen laat na een hoge groei in de jaren 1987-90 een matige groei in de laatste jaren zien. Hetzelfde geldt voor het aantal contacten. Een en ander hangt samen met de terugval in de groei van de beschikbare middelen.

3.3.3 Instellingen voor verstandelijke gehandicaptenzorg

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

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

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

Bij de semimurale voorzieningen, de dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen, doen zich een aantal zorgvernieuwingen voor die in een viertal begrippen zijn samen te vatten: versterking positie van de zorgvrager, zorg op maat, professionalisering en participatie in maatschappelijk verkeer.

Beide voorzieningen kennen een aanzienlijke jaarlijkse groei van de activiteiten van in totaal 3,6% in de periode 1988-1993. Deze groei is deels demografisch, deels het gevolg van trendmatige ontwikkelingen, bijvoorbeeld verschuivingen van intra- naar semi-murale zorg.

3.3.4 Verpleeghuizen

In de verpleeghuizen is er sprake van een jaarlijkse groei van het aantal verpleegdagen dat gerealiseerd wordt. Bij somatische patiënten is er sprake van een daling; deze wordt echter ruimschoots gecompenseerd door de toename bij psycho-geriatrische patiënten. Daarnaast is er sprake van een intensivering van de zorg. Omdat de groei van het aantal plaatsen in verpleeghuizen geen gelijke tred houdt met de demografische ontwikkeling zijn de patiënten die opgenomen worden in steeds sterkere mate hulpbehoevend. Men zou dit kunnen karakteriseren als 'later, maar zwaarder'.

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

De grenzen tussen de sectoren in de ouderenzorg hebben de neiging steeds verder te vervagen. Zo zal in de toekomst 20% van de verpleeghuiscapaciteit haar beslag

moeten krijgen in zogenaamde 'verpleegunits' in verzorgingshuizen. Verdere uitbreiding van de verpleeghuissector wordt niet voorzien, wel bevordering van substitutie van intramurale verpleeghuiszorg in extramurale zorg en het inzetten van uitbreidingscapaciteit zo veel mogelijk in extramurale vorm.

De totale groei aan activiteiten in de verpleeghuizen kan voor de afgelopen jaren op 2,5% jaarlijks geraamd worden.

3.3.5 Verzorgingshuizen

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

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

In het kader van de verdere ontwikkelingen op het terrein van het ouderenbeleid is het Beleidstoetsingskader van VWS relevant. Hierin wordt de bevordering van het realiseren van verpleegunits in verzorgingshuizen middels het benutten van leegkomende capaciteit (van verzorgingsplaatsen in bejaardenoorden) nagestreefd. Daarnaast gaan verzorgingshuizen steeds meer activiteiten buiten hun muren voor hun rekening nemen. Zo ontstaat er een groot aantal extramurale producten.

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

3.3.6 Thuiszorg

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

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

In de gezinszorg nam het aantal cliënten in de afgelopen jaren toe, het gemiddeld aantal aan cliënt bestede uren daalde echter. Hierdoor konden wachtlijsten beperkt worden, maar vindt wellicht aantasting van de kwaliteit van de zorg plaats. In het vroegere kruiswerk zien we dat onder druk van beperkte middelen de nadruk steeds meer op curatieve zorg en minder op preventieve zorg komt te liggen.

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

Wat de financiering van de thuiszorg betreft zien we als ontwikkelingslijn dat men steeds meer van gegarandeerde budgetten naar een systeem van afspraken over producten en prijzen tussen thuiszorginstellingen en zorgverzekeraars gaat.

3.3.7 Apotheken

Vanaf 1991 is het aantal apotheken tot 1995 met ruim 4% toegenomen en het aantal (openbare) apothekers met 14% (KNMP, 1996). Voor apothekersassistenten geldt dat er tot 1994 sprake is geweest van een tekort. Momenteel lijkt dit tekort aan assistenten niet meer te bestaan. Per 1 januari 1994 heeft de overheid de zorgaanspraken in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) beperkt. Hierdoor kwamen diverse geneesmiddelen, zoals hoest- en vitaminepreparaten, niet meer voor vergoeding in aanmerking met als gevolg een sterke teruggang (gemiddeld met 6,3%) in het aantal voorschriften bij openbare apotheken. Deze ontwikkeling heeft geleid tot een afname van de vraag naar apothekersassistenten (Linszen, 1996), waarbij momenteel dus geen sprake meer is van een tekort.

3.3.8 Ambulancehulpverlening

Op 1 juli 1994 is het Eisenbesluit van de Wet Ambulancevervoer in werking getreden. Dit besluit is de juridische grondslag voor de verbetering van de kwaliteit van de ambulancehulpverlening. Het Eisenbesluit leidt ertoe dat vanaf de inwerkingtreding bij vacatures voor de functie van begeleider alleen nog verpleegkundigen mogen worden aangetrokken. Tevens zullen na afloop van de overgangstermijnen op de ambulance alleen nog chauffeurs en verpleegkundigen dienst mogen doen, die beschikken over de aangewezen opleiding. Per 1 april 1996 is de Kwaliteitswet Zorginstellingen in werking getreden. Deze wet verplicht de bedrijfstak om verdere invulling te geven aan het begrip verantwoorde ambulancezorg. Deze ontwikkeling heeft zowel op het organisatorische als op het personele vlak enige consequenties. Zo blijkt uit enquêtes van KNV/SOVAM en de overheidsdiensten uit 1994 dat in de sector in ruime mate gebruik wordt gemaakt van part-timers en oproepkrachten. Ook bleek een groot aantal ambulancediensten geen mogelijkheid te zien om het personeel binnen de in het Eisenbesluit gestelde termijnen volledig te scholen. Daarnaast is er (vooral in de particuliere sector) nog een aantal niet-verpleegkundig opgeleiden actief in de functie van begeleider. Over de omvang van deze categorie circuleren verschillende cijfers. Er ontbreekt een (retrospectief) overzicht over de omvang van de problematiek bij de uitvoering van het Eisenbesluit en een volledig overzicht van de bedrijfstak op het gebied van aantal personeelsleden, leeftijdsopbouw, functies, stand van de opleidingen etc. Zonder dit volledige overzicht is het voor de bedrijfstakorganisaties niet mogelijk om de arbeidsmarktgevolgen te overzien, die met de realisering van het Eisenbesluit verband houden en om een adequaat scholings- en opleidingsbeleid gestalte te geven. Tevens vormen deze gegevens een voorwaarde om beleid op langere termijn te kunnen uitzetten, onder andere op terreinen als kwaliteit, arbeidsmarkt, arbeidsvoorwaarden, opleiding en nascholing.

In 1995 is door NAP en SOSA (met SOVAM en LVGGD als medefinanciers) een enquête binnen de gehele ambulancesector uitgezet om de sector volledig kwantitatief in beeld te brengen en inzicht te krijgen in omvang, samenstelling en kenmerken van het werkzame personeel binnen de sector ambulancehulpverlening. De belangrijkste constatering die op basis van de uitkomsten van de enquête gemaakt kan worden, is dat de overheadruimte in de sector niet in verhouding staat tot haar nieuwe taken.

Om en nabij 570.000 beroepsbeoefenaren (personen) in de zorgsector kunnen we als sectorspecifiek omschrijven². Volgens het CBS waren er in 1994 rond de 742.000 personen werkzaam in de gezondheids- en welzijnzorg. Men kan dus stellen dat circa driekwart van het personeel in deze sectoren een sectorspecifiek beroep uitoefent.

De omvang en diepte van de informatie per beroependomein varieert zelfs volgens de zeer globale ROA-systematiek enorm. Zo is alleen van de eerste drie beroependomeinen gezamenlijk bekend om hoeveel beroepsbeoefenaren het gaat. Pas met een nieuwe indeling van de beroepen van het CBS is een verdere verfijning aan te brengen (ROA, 1995-interim-rapport). Verpleging en verzorging vormen de grootste beroependomeinen waar het het aantal beroepsbeoefenaren betreft. Samen vormen deze twee domeinen een ruime meerderheid onder het sectorspecifieke personeel.

De grootste overlap tussen zorg en welzijn treffen we waarschijnlijk aan bij het beroependomein sociaal-pedagogisch werk. Volgens het NIZW (1996) behoort een groot aantal functies uit de CAO's van de sector zorg en welzijn tot het beroependomein van het sociaal pedagogisch werk. De functies komen zowel in de gehandicaptenzorg, jeugdhulpverlening, welzijnswerk als bejaardenhuizen en gezinsverzorging voor. Ook hier geldt dat de aantallen onbekend zijn, uitgezonderd tot op zekere hoogte degenen die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg.

In de semimurale gehandicaptenzorg zijn er 11.000 werknemers die zich met woon- en dagactiviteiten bezig houden, in de intramurale zorg gaat het om 26.000 werknemers (v.d. Windt, 1992). Probleem met deze gegevens is wel dat de statistische bronnen zich niet exact uitspreken over waar het om sociaal pedagogisch werk gaat en wanneer dit overgaat in verpleegkundige werkzaamheden. Ook in de praktijk blijkt dit een vloeiende overgang te zijn. Sociaal pedagogisch opgeleiden en Z-verpleegkundigen zijn tot op zekere hoogte 'uitwisselbaar'. Het hangt van het instellingsbeleid af en de omstandigheden op de arbeidsmarkt waar een instelling voor kiest. De vloeiende overgang blijkt bijvoorbeeld ook uit het feit dat zo'n 30% van de werkzamen in de semimurale zorg zijn/haar loopbaan als intramuraal Z-verpleegkundige begon.

Waar er in de (para)medische en verpleegkundige beroepen een vrij strakke band bestaat tussen opleiding en functie is deze veel losser in de beroependomeinen van sociaal-cultureel, maatschappelijk en sociaal-pedagogisch werk.

Waar er in de welzijnssector sprake is van zorggerelateerde functies is op grond van bestaand statistisch materiaal niet aan te geven. De gepresenteerde aantallen beroepsbeoefenaren per beroependomein doen vermoeden dat in verhouding tot het aantal werkzamen in de zorgsector dit aantal zorggerelateerde functies beperkt zal zijn.

3.5 Gebruik van zorg naar beroepsgroep

Helaas is het, door het ontbreken van de benodigde gegevens, niet mogelijk om voor alle beroepscategorieën ontwikkelingen in productiegegevens te presenteren. Door deze beperking zullen in deze paragraaf alleen productiegegevens van een aantal beroepsgroepen gepresenteerd worden.

² Wanneer het gaat om inservice-opleidingen of het leerlingensysteem zijn de leerlingen in deze aantallen opgenomen.

3.5.1 Medische beroepen

Ongeveer driekwart van de Nederlandse bevolking heeft op jaarbasis tenminste één keer contact met de huisarts. Dit percentage ligt iets lager dan in 1994. Wat het aantal contacten per persoon betreft moet worden geconstateerd dat daarin sinds vorig jaar geen verandering is opgetreden. In 1995 hebben 11,5 miljoen personen één of meerdere malen de huisarts geraadpleegd.

Bij de specialisten is het aantal contacten per persoon in 1995 vergeleken met het jaar daarvoor onveranderd gebleven (1,9). Naar schatting hebben in 1995 bijna 6 miljoen personen een specialist geconsulteerd.

In 1995 hebben 11,5 miljoen personen de tandarts één of meer malen bezocht. Dit ligt iets hoger dan in 1994. Verder is het aantal contacten per persoon in 1995 gedaald tot 2,1, wat overigens nog steeds iets hoger is dan in de jaren 1991 tot en met 1993.

Tabel 3.1.: Enkele productiegegevens van een aantal medische beroepen vanaf 1991

	1991	1992	1993	1994	1995
Huisartsen					
- aantal contacten per persoon (1)	3,8	4,0	3,9	3,8	3,8
Specialisten					
- aantal contacten per persoon (2)	1,6	1,9	1,8	1,9	1,9
Tandartsen					
- aantal contacten per persoon (4)	2,0	2,0	1,9	2,3	2,1
Verloskundigen					
- aantal bevallingen (8)	89.879	90.218	91.324		

Bron: CBS/ZFR.

3.5.2 Paramedische Beroepen

Binnen de fysiotherapie blijkt dat het percentage personen op de totale bevolking dat in één jaar één of meerdere malen contact heeft gehad met een fysiotherapeut is gedaald van 13,7% in 1994 naar 13,6% in 1995. Verder moet worden geconstateerd dat het totaal aantal zittingen dat in 1994 gedeclareerd is bij de Nederlandse Ziekenfondsen 20.804.093 bedraagt (tabel 3.2). Per 1.000 ziekenfondsverzekerden gaat het om 2.173 zittingen. Het totaal aantal zittingen is met 1,9% gedaald ten opzichte van 1993.

Per 1 januari 1996 is de beperkende maatregel ingevoerd met betrekking tot de aanspraken op fysiotherapie (en oefentherapie). Volgens de gewijzigde regeling worden maximaal negen zittingen fysiotherapie vergoed. Voor verlenging van het maximale aantal zittingen komen slechts die aandoeningen in aanmerking die voorkomen op de lijst 'Indicaties langdurig en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie' (Rijken e.a., 1996). De invoering van deze ingreep zal ongetwijfeld gevolgen hebben voor het gebruik van fysiotherapeutische zorg in de komende jaren.

Het totaal aantal verrichtingen logopedie gedeclareerd bij de ziekenfondsen bedroeg in 1994 1.297.114. Ten opzichte van het jaar daarvoor is er sprake van een lichte afname (1,1%). Als het aantal verrichtingen wordt gerelateerd aan het aantal ziekenfondsver-

zekerden, dan blijkt dat in 1994 het gaat om 135,5 verrichtingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden. Dit is lager dan in 1993.

Het totaal aantal zittingen oefentherapie bedroeg in 1994 792.991. Per 1.000 verzekerden gaat het om 82,8 zittingen oefentherapie-Cesar. Het aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden is na een stijging in de jaren 1990 en 1991 na 1992 stabiel gebleven. Voor de oefentherapie-Mensendieck gaat het om 77,8 zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden. Tot 1992 steeg het aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden, sindsdien is er sprake van een lichte daling.

Tabel 3.2.: Enkele produktiegegevens van een aantal paramedische beroepsgroepen vanaf 1991

	1991	1992	1993	1994	1995
Fysiotherapeuten					
- percentage personen met contact met fysiotherapeut in 1 jaar	13,7	13,5	13,7	13,7	13,6
- totaal aantal zittingen	15.645.810	21.285.470	21.202.006	20.804.093	.
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	1.695,4	2.283,5	2.252,1	2.172,9	.
Logopedisten					
- totaal aantal verrichtingen	1.201.428	1.268.640	1.311.816	1.297.114	.
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	130,2	136,1	139,3	135,5	.
Oefentherapeuten-Cesar					
- totaal aantal verrichtingen	714.828	760.262	781.668	792.991	.
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	77,5	82,5	83,0	82,8	.
Oefentherapeuten-Mensendieck					
- totaal aantal verrichtingen	680.164	742.575	743.579	745.166	.
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	73,7	79,7	79,0	77,8	.

Bron: CBS, ZFR.

3.5.3 Verplegende en verzorgende beroepen

Verpleging

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

In de ziekenhuissector neemt het aantal verpleegdagen af. Daar echter ook de gemiddelde duur van de opname afneemt, blijven de relatief zwaarste dagen van een opname over: het karakter van de gemiddelde verpleegdag verandert derhalve.

Bij de verpleging in psychiatrische ziekenhuizen is van 1991 tot 1994 het aantal gerealiseerde verpleegdagen nauwelijks gewijzigd. De werklust is evenwel toch toegenomen, bijvoorbeeld vanwege de kortere verblijfsduur van patiënten, ook wel draaideur-effect genoemd.

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

In de verpleeghuiszorg zien wij het aantal verpleegdagen jaar op jaar toenemen; daarnaast doet zich het verschijnsel voor dat de hulpbehoefte van bewoners ook toeneemt. Een en ander is in een hulpindex aangegeven. In 1994 en 1995 is de hulpindex lager dan in de voorafgaande jaren. Dit wordt deels veroorzaakt door een andere manier van meten, deels doordat bij somatische patiënten het aandeel revalidatie patiënten toeneemt. Deze behoeven minder verzorging, maar wel meer behandeling.

In de wijkverpleging is het aantal uren wijkverpleging tussen 1993 en 1994 toegenomen. Het aantal uren dat door verpleegkundigen voor hun rekening werd genomen bleef nagenoeg gelijk. De groei kwam vooral voor rekening van de wijkziekenverzorgenden.

Tabel 3.3.: Enkele ontwikkelingen in de verpleging en verzorging vanaf 1991

	1991	1992	1993	1994	1995
Ziekenhuiszorg					
Verpleegdagen (x1.000)	16.986	16.679	16.416	16.141	15.803
Gemiddelde ligduur	11.0	10.7	10.4	10.1	9.9
Aandeel 65-plussers	44.5	44.8	45.4	45.3	.
Psychiatrische zorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	8.524	8.553	8.537	8.538	8.371
Gehandicaptenzorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	11.593	11.811	11.974	12.266	12.428
Verpleeghuiszorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	18.521	18.860	19.176	19.425	19.838
Hulpindex somatische patiënten	8.43	8.46	8.55	8.15	8.19
Hulpindex psycho-geriatrische patiënten	8.30	8.43	8.45	8.23	8.15
Wijkverpleging¹					
- aantal uren wijkverpleging (x1.000)	.	.	3.533	3.546	.
- aantal uren wijkziekenverzorging (x1.000)	.	.	1.794	1.936	.
Totaal			5.327	5.428	.
Gezinszorg					
- aantal uren traditionele hulpverlening (x1.000)	.	.	39.894	39.335	.
- aantal uren alpha hulpverlening (x1.000)	.	.	8.153	9.309	.
Totaal			48.048	48.644	.

Bron: V.d. Kwartel e.a., 1994; NZI, SIG, Jaarboek Thuiszorg.

Gezinsverzorging

In 1991 werden circa 300.000 mensen (cliënten) voorzien van hulp door gezinsverzorging; 4% van de Nederlandse bevolking maakte in dat jaar gebruik van gezinszorg. In verreweg de meeste gevallen gaat het om verzorging ten behoeve van ouderen: 80,9% van de ingeschreven cliënten zijn 65-plussers.

Uit tabel 3.3 kan worden afgeleid dat weliswaar het aantal verstrekte uren tussen 1993 en 1994 licht is toegenomen, maar dat het aantal uren traditionele hulpverlening daalt, terwijl het aantal uren alpha-hulpverlening deze daling ruimschoots compenseert.

Voor de gehele thuiszorg lijkt te gelden dat men duurder door goedkoper personeel vervangt. Financiële motieven zullen hierbij een rol spelen. De huidige zeer lage instroom in het leerlingwezen (zie ook 5.5) zal er de komende jaren voor zorgen dat in de gezinszorg het aanbod van duurder personeel sterk afneemt.

4 WERKNEMERS IN DE ZORGSECTOR

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de werkgelegenheidsaspecten van de arbeidsmarkt van de zorgsector centraal. De zorgsector wordt gekenmerkt door een verscheidenheid in arbeidsrelaties. Verreweg de meeste werkenden zijn werknemer; een kleiner, maar niet onbelangrijk deel (circa 10%) van de werkenden heeft de status van vrije beroepsbeoefenaar. Naast dit onderscheid van werknemers en vrije beroepsbeoefenaren is binnen de arbeidsmarkt een zogenaamd flexibel deel te onderscheiden. Hiermee wordt niet bedoeld op degenen met een flexibel contract, waarbij bijvoorbeeld een zeker minimum aantal uren afgesproken zijn, maar het gaat om werkenden die niet in loondienst zijn. Hieronder vallen uitzendkrachten, gedetacheerd personeel, maar ook alpha-hulpen in de gezinsverzorging die een contract aangaan met diegenen aan wie zij diensten verlenen. Naast genoemde vrije beroepsbeoefenaren heeft om en nabij 12% van de werkenden in de zorgsector geen dienstverband. De thuiszorg is de sector waar dit verhoudingsgewijs het meest voorkomt.

Het personeel niet in loondienst vormt, samen met het personeel met kortlopende en flexibele contracten als het ware een buffer wanneer ontwikkelingen in vraag naar en aanbod van personeel in korte tijd met elkaar divergeren.

Achtereenvolgens wordt in dit hoofdstuk waarin de werknemers centraal staan aandacht besteed aan de vraag welke ontwikkelingen zich voordoen in het aantal werkenden en de werkgelegenheid in de verschillende sectoren. In het kort wordt - waar mogelijk - een typering gegeven van een aantal kenmerken, karakteristieken van de werknemers.

Daarna komt de vraag aan de orde hoe de ontwikkeling in het arbeidsvolume zich verhoudt tot het gebruik van de voorzieningen. Men zou in dit verband ook kunnen spreken over de 'prestatie' die door de werkenden geleverd wordt (paragraaf 4.3).

In een volgende paragraaf wordt aandacht besteed aan een aantal facetten van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden (paragraaf 4.4). In paragraaf 4.5 wordt een beschrijving gegeven van de arbeidsmobiliteit binnen de sector. In de laatste paragraaf (4.6) komt de zorgsector in het licht van het werkgelegenheidsbeleid aan de orde. Vragen als welke ontwikkelingen zich voordoen in het loongebouw, is er sprake van instroom van specifieke doelgroepen en in welke mate werkgelegenheidsbevorderende maatregelen (Melkert-banen) worden benut, komen dan aan de orde.

4.2 Ontwikkelingen in het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen

In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van het aantal werknemers en het aantal arbeidsplaatsen in de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de thuiszorg beschreven (zie bijlage 1, tabel 3 en tabel 4). Het aantal werknemers in de vijf sectoren is in de periode 1990-1994 toegenomen van 597.532 naar 664.592 werknemers, een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,7%. Het aantal arbeidsplaatsen is in deze periode toegenomen van 394.938 naar 407.693 arbeidsplaatsen, een gemiddelde jaarlijkse groei van 0,8%. In 1994 is het aantal werknemers met 2,2% toegenomen, maar is het aantal arbeidsplaatsen met 1% gedaald.

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

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

	1990	1991	1992	1993	1994	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	176.533	181.729	185.877	189.265	189.924	1,9%
Geestelijke gezondheidszorg	46.010	48.326	49.986	51.565	52.218	3,2%
Gehandicaptenzorg	73.673	76.684	79.413	87.013	94.235	6,4%
Ouderenzorg	164.973	173.130	174.116	177.268	178.987	2,1%
Thuiszorg	136.343	141.095	144.315	145.144	149.228	2,3%
Totaal	597.532	620.964	633.707	650.255	664.592	2,7%

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

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

	1990	1991	1992	1993	1994	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	137.787	138.436	140.677	141.159	138.640	0,2%
Geestelijke gezondheidszorg	35.635	37.017	37.836	38.317	38.729	2,1%
Gehandicaptenzorg	50.655	51.848	53.952	57.020	59.171	4,0%
Ouderenzorg	112.742	114.008	116.315	116.725	113.091	0,1%
Thuiszorg	58.119	58.712	58.864	58.758	58.062	-
Totaal	394.938	400.021	407.644	411.979	407.693	0,8%

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

Het aantal deeltijdwerkers in de ziekenhuizen is in de periode 1990-1994 toegenomen van 48% naar 59%. Het percentage vrouwen op basis van het aantal arbeidsplaatsen is met 70% in deze periode vrijwel constant gebleven. De gemiddelde leeftijd van het personeel is toegenomen van 33.1 jaar naar 35.5 jaar.

Het aantal deeltijdwerkers in psychiatrische ziekenhuizen is in de periode 1990-1994 toegenomen van 54% naar 63%. Het percentage vrouwen in de psychiatrische ziekenhuizen is in deze periode toegenomen van 53% naar 56%. De gemiddelde leeftijd van het personeel in de psychiatrische ziekenhuizen is toegenomen van 35.5 jaar naar 37.8 jaar. Het aantal deeltijdwerkers in de instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg is in deze periode toegenomen van 70% naar 75%.

Het aantal deeltijdwerkers in de instellingen voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten is in de periode 1990-1994 toegenomen van 54% naar 67%. Het percentage vrouwen is met 70% vrijwel constant gebleven. De gemiddelde leeftijd van het personeel is toegenomen van 31.8 jaar naar 34.1 jaar. Het aantal deeltijdwerkers in de medische kinder-tehuizen en de medische kleuterdagverblijven is toegenomen van 70% naar 82%.

Het aantal deeltijdwerkers in de verpleeghuizen is in de periode 1990-1994 toegenomen van 56% naar 69%. Het percentage vrouwen in de verpleeghuizen bedraagt 81% en is in deze periode vrijwel constant gebleven. De gemiddelde leeftijd van het personeel in de verpleeghuizen is toegenomen van 32.0 jaar naar 34.5 jaar.

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

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

	1990	1991	1992	1993	1994	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	6.295	5.798	4.656	4.018	3.372	-14,3%
Psychiatrische ziekenhuizen	2.056	1.876	1.453	1.031	893	-18,4%
Inrichtingen voor gehandicaptenzorg	1.385	1.689	1.393	1.306	1.330	-1,0%
Verpleeghuizen	4.233	4.429	4.017	3.859	2.764	-9,2%
Totaal	13.969	13.792	11.519	10.214	8.359	-11,8%

Bron: NZi.

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

	1990	1991	1992	1993	1994	mutatie per jaar
Ziekenhuizen	4.642	4.393	3.524	2.892	2.449	-14,6%
Psychiatrische ziekenhuizen	1.261	1.306	960	715	553	-17,8%
Inrichtingen voor gehandicaptenzorg	872	862	815	633	462	-14,0%
Verpleeghuizen	2.535	2.467	2.301	1.730	1.165	-16,7%
Totaal	9.310	9.028	7.645	5.970	4.629	-15,7%

Bron: NZi.

Het aantal werknemers niet in loondienst in de intramurale gezondheidszorg is in de periode 1990-1994 afgenomen van 13.969 naar 8.359 werknemers, een gemiddelde daling van 12% per jaar. Het aantal arbeidsplaatsen is in deze periode gedaald van 9310 naar 4629 arbeidsplaatsen, een gemiddelde daling van 16% per jaar. De afname is het sterkst in de psychiatrische ziekenhuizen. Uitgedrukt in een percentage van het totale personeel is het aantal werknemers niet in loondienst in de periode 1990-1994 gedaald van 4,1% naar 2,2%. Het aantal arbeidsplaatsen uitgedrukt in een percentage van het totaal aantal arbeidsplaatsen is in deze periode gedaald van 3,6% naar 1,7%.

4.3 Ontwikkeling van het arbeidsvolume in relatie tot de produktie

Het aangeven van de ontwikkeling van het totaal aan activiteiten en de produktie, is zeker in een sector als de zorgsector een moeilijke zaak. Allerlei deel-activiteiten kunnen goed aangegeven worden. Men kan hierbij denken aan gerealiseerde verpleegdagen, operaties, behandelingen, de zwaarte van de geholpen patiënten etc. Er is hier van afgezien om dit soort indicatoren per sector weer te geven. In ander onderzoek zijn er de nodige pogingen gedaan om dat wat er in een sector in totaliteit 'gepresteerd' wordt van maat en getal te voorzien en zo vergelijkingen te kunnen maken tussen de prestatie en de middelen die daartoe ter beschikking staan, waaronder het personeel. Daarbij is een aantal veronderstellingen gemaakt die de uiteindelijke cijfers beïnvloeden. Andere studies gaan soms uit van andere veronderstellingen en komen op basis daarvan tot iets afwijkende uitkomsten.

Tabel 4.5.: De ontwikkeling van de activiteiten en het personeel gedurende de periode 1988-1994 (in gemiddelde jaarlijkse mutaties)¹

	mutatie activiteiten	mutatie personeel	mutatie personeels- samenstelling	ontwikkeling arbeids- produktiviteit
Ziekenhuizen	2,2	0,4	0,3	1,5
Psychiatrische ziekenhuizen	2,5	1,4	0,2	0,9
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	4,7	3,4	0,1	1,5
Inrichtingen voor gehandicaptenzorg	3,1	2,4	0,5	0,3
Semimurale gehandicaptenzorg	3,6	3,6	-	-
Verpleeghuizen	2,8	1,8	0,6	0,1
Verzorgingshuizen	0,2	-	0,1	0,4
Thuiszorg	0,8	0,3	-	0,5

Bron: Gezondheidszorg in Tel-3.

In de meeste sectoren is er sprake van een sterkere groei van de activiteiten dan de absolute omvang van het personeel. Als er gegevens bekend zijn over de samenstelling van het personeelsbestand valt er een zogenaamd samenstellingseffect vast te stellen. Hiermee wordt bedoeld dat goedkoper personeel door duurder vervangen is,

¹ Voor een aantal sectoren geldt een afwijkende periode: verzorgingshuizen en semimurale gehandicaptenzorg 1988-93; thuiszorg 1988-92 en ambulante geestelijke gezondheidszorg 1990-93.

bijvoorbeeld leerling verpleegkundigen door gediplomeerde verpleegkundigen². Ook wanneer men hiermee rekening houdt geldt dat er in de meeste gevallen nog sprake is van een verschil tussen personele inzet en prestaties. Men zou kunnen zeggen dat er sprake is van arbeidsproductiviteitswinst: met hetzelfde aantal mensen wordt meer tot stand gebracht. Een en ander is alleen te realiseren wanneer er voldoende middelen en kapitaal beschikbaar zijn om veranderingen tot stand te brengen.

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

De cure-sector biedt wat de ontwikkeling in de arbeidsproductiviteit betreft ruimere mogelijkheden dan de care-sector, die gekenmerkt wordt door een grote arbeidsintensiteit: de verzorging van mensen blijft mensenwerk. Een en ander zien we ook weer spiegeld in de uitkomsten van de verschillende sectoren.

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

4.4 Arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden

De arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden in een sector kunnen een belangrijke invloed uitoefenen op de positionering van een sector op de arbeidsmarkt. Vandaar dat er hier aandacht aan wordt besteed. Omdat arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden vrij ruime begrippen zijn zullen we hier volstaan met het behandelen van een beperkt aantal indicatoren.

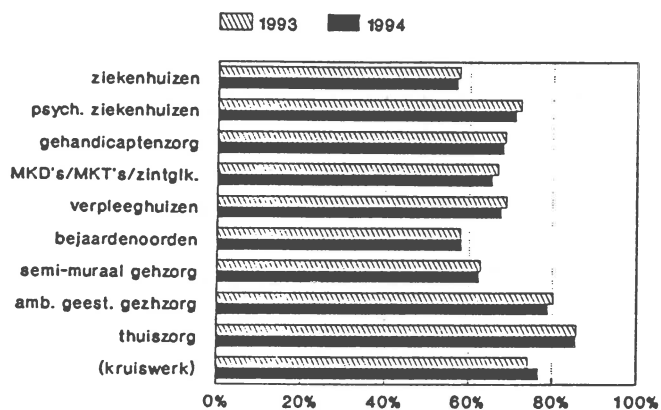
Het grote gewicht van de arbeidsvoorwaarden voor de zorgsector komt tot uitdrukking in het aandeel van de personeelskosten in de totale exploitatie. Daarnaast zal aandacht worden besteed aan ontwikkelingen in het ziekteverzuim en het verloop van personeel.

Arbeidsvoorwaarden

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

² In de thuiszorg lijkt zich vanaf 1993 een contraire beweging voor te doen: verpleegkundigen worden vervangen door ziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden door alphahulpen (zie hoofdstuk 3.4.3).

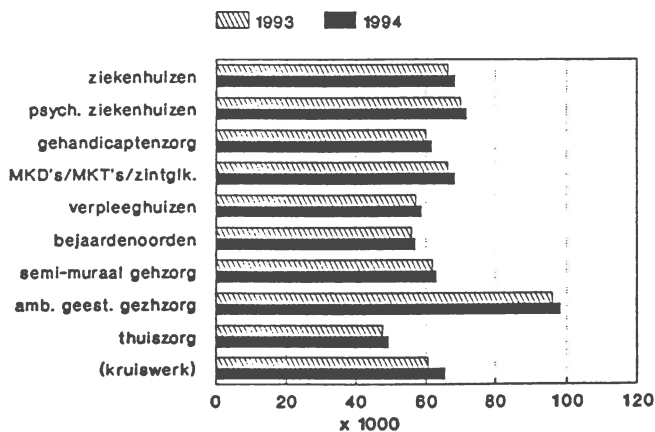
Figuur 4.1.: Het aandeel van de personeelskosten in de totale exploitatie in 1993 en 1994



Bron: NZi, CBS.

Ook verschillen in beloningsniveau tussen de sectoren spelen een rol bij het verklaren van verschillen in het aandeel van de personeelskosten tussen de sectoren. Zo bedragen de personeelskosten per fte in 1994 in de thuiszorg f 49.085 per jaar; de ambulante geestelijke gezondheidszorg komt op f 98.269 per jaar. Uiteraard zou men deze verschillen ook als verschillen in zorg kunnen omschrijven, immers er is vaak sprake van geheel andere type professionals.

Figuur 4.2.: De gemiddelde personeelskosten per fte in een aantal zorgsectoren in 1993 en 1994



Bron: NZi, CBS.

Ziekteverzuim

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

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

Tabel 4.6.: Het ziekteverzuimpercentage (volgens kalenderdagenmethode) vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995
Landelijk	8.1	8.1	6.6	.
Zorgsector	7.3	7.4	6.8	7.6
Intramurale zorg	7.2	7.6	7.2	8.0
Zorgsector, exclusief bevallingsverlof	6.4	6.4	5.6	6.4
Intramurale zorg	6.2	6.5	5.9	6.6

Bron: BVG, NIA.

De meest recente ontwikkelingen zijn in tabel 4.6 weergegeven. De gehanteerde methode is die van de kalenderdagen. Het ziekteverzuimpercentage in de zorgsector bedroeg in 1992 en 1993 7,3 en 7,4% en daalde naar 6,8% in 1994. Landelijk trad er een sterkere daling op.

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

Tussen 1994 en 1995 zien we het ziekteverzuimpercentage in de zorgsector stijgen van 6,8 naar 7,6%. De daling in 1994 lijkt hiermee een eenmalig tijdelijk effect te zijn.

De stijging van het ziekteverzuimpercentage tussen 1994 en 1995 doet zich in vrijwel alle subsectoren voor (zie bijlage, tabel 2). De landelijke vergelijkbare gegevens van de gezamenlijke bedrijfsgegevens van het CTSV waren nog niet beschikbaar. Andere landelijke gegevensverzamelingen van TNO/CBS laten een soortgelijke ontwikkeling zien, maar wat minder geprononceerd. Met name de stijging in 1995 is iets minder sterk volgens deze bron.

De BVG concludeert uit deze gegevens dat de daling in 1994 van tijdelijke aard is en dat in 1995 het verzuim weer op het niveau van voor de invoering van de Wet TZ/Arbo (1993) is gekomen. Verder trekt men de conclusie dat het verzuim na 2 of 6 weken op geaggregeerd niveau zeer stabiel is. Schommelingen vinden voornamelijk in de eerste twee weken plaats.

4.5 Mobiliteit binnen de zorgsector

In het integrerend OSA-rapport 1996 wordt ingegaan op het bruto en netto personeelsverloop in de sector. De beschouwing hier beperkt zich tot het verschil tussen bruto en netto verloop, namelijk de verandering van baan binnen de zorgsector. Nieuwe gegevens hierover zijn beschikbaar gekomen door bewerking van registratiegegevens van de bedrijfsvereniging BVG. De gegevensbestanden uit deze bron zijn van zodanige omvang dat het mogelijk is stromen tussen deelsectoren binnen de zorgsector te onderscheiden. De tabellen 4.7 en 4.8 brengen dit in beeld.

Tabel 4.7.: Verandering van baan binnen de zorgsector, naar herkomstsector, 1993

Sector van herkomst	Thuiszorg	Alg. gespec. zh.	Psy-chi-atric	Zwakz. inst.	Ver-pleeg-huizen	Ver-zorg-huizen	Overig ¹	Totaal	N
	%	%	%	%	%	%	%	%	
Nieuwe baan in:									
- Thuiszorg	85	2	-	-	1	9	3	100	17.313
- Alg. en gespec. ziekenhuizen	10	66	3	1	7	4	9	100	1.159
- Psychiatrische ziekenhuizen	3	4	69	3	5	2	15	100	1.286
- Zwakzinnigeninrichtingen	7	5	12	27	8	4	38	100	480
- Verpleeghuizen	8	5	2	1	61	19	4	100	2.483
- Verzorgingshuizen	12	4	2	1	20	58	4	100	2.343
- Overig	9	5	6	5	5	4	66	100	3.344
Totaal	55	5	5	1	9	13	12	100	28.408

¹ 'Overig' bestaat uit: apotheken, (tand)artspraktijken, kindertehuizen e.d., gehandicapteninstellingen, (soc.) medische diensten en dergelijke.

Bron: IVA, BVG.

Tabel 4.8.: Verandering van baan binnen de zorgsector, naar bestemmingssector, 1993

Vorige baan in	Thuiszorg	Alg. gespec. zh.	Psy-chi-atric	Zwakz. inst.	Ver-pleeg-huizen	Ver-zorg-huizen	Overig ¹	Totaal
	%	%	%	%	%	%	%	%
Sector van bestemming:								
- Thuiszorg	94	17	4	6	9	42	15	61
- Alg. en gespec. ziekenhuizen	1	51	3	4	3	1	3	4
- Psychiatrische ziekenhuizen	-	3	66	11	2	1	6	4
- Zwakzinnigeninrichtingen	-	2	4	32	1	1	5	2
- Verpleeghuizen	1	8	4	5	59	13	3	9
- Verzorgingshuizen	2	7	3	4	18	38	3	8
- Overig	2	12	16	38	7	4	6	12
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100
N	15.706	1.488	1.322	401	2.563	3.364	28.408	

¹ 'Overig' bestaat uit: apotheken, (tand)artspraktijken, kindertehuizen e.d., gehandicapteninstellingen, (soc.) medische diensten en dergelijke.

Bron: IVA, BVG.

Tabel 4.7 dient als volgt te worden gelezen. De rijpercentages tellen op tot 100, hetgeen bijvoorbeeld het volgende betekent: van degenen die een nieuwe baan vonden in de thuiszorg was in 1993 85% ook uit de thuiszorg afkomstig, 2% was afkomstig uit ziekenhuizen, 1% uit verpleeghuizen en 9% uit verzorgingshuizen.

Per regel kunnen de cijfers op soortgelijke wijze worden geïnterpreteerd voor andere deelsectoren.

Op de diagonaal staat dus het percentage van de werknemers die van werkgever gewisseld zijn maar die binnen dezelfde deelsector gebleven zijn. Dit blijkt in de thuiszorg (85%) het hoogst te zijn en in de zwakzinnigeninstellingen het laagst (27%).

Men kan ook de omgekeerde redenering volgen, namelijk dat de thuiszorg relatief het minst uit andere sectoren recruteert en de zwakzinnigenzorg relatief het meest. Laatstgenoemde sector trekt relatief veel nieuwe werknemers aan uit de categorie 'overig', waarbij gedacht moet worden aan welzijnsgerelateerde beroepen zoals groepsleider. Verder trekt de zwakzinnigenzorg nogal wat personeel aan uit psychiatrische ziekenhuizen, maar ook uit andere sectoren.

Wat in de tabel verder opvalt is de vrij grote uitwisseling van personeel tussen de verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Hier zal waarschijnlijk meespelen dat het onderscheid tussen beide soorten instellingen geleidelijk minder scherp wordt.

Tabel 4.8 bevat net iets andere informatie, omdat hierin de kolompercentages tot 100 optellen. Dat betekent bijvoorbeeld voor de eerste kolom dat van degenen die vertrokken zijn bij een werkgever in de thuiszorg 94% bij een andere werkgever in deze sector terecht is gekomen; 1% is in een ziekenhuis gaan werken, 1% in een verpleeghuis en 2% in een verzorgingshuis. De andere kolommen in de tabel kunnen op soortgelijke wijze worden gelezen.

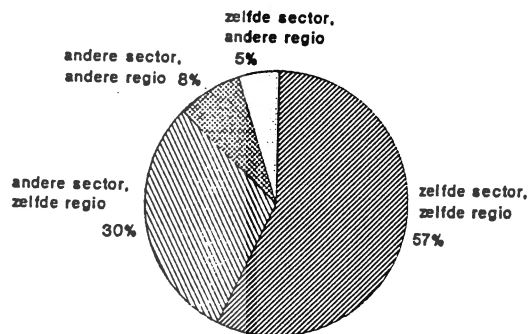
Hier geeft de diagonaal aan welk percentage van de werknemers die bij een werkgever in een bepaalde sector vertrokken zijn, in dezelfde deelsector zijn blijven werken. Als het percentage op de diagonaal in tabel 4.8 voor een deelsector hoger is dan dat in tabel 4.7 betekent dit dat de betreffende sector per saldo minder personeel naar andere sectoren heeft zien vertrekken dan dat er uit andere sectoren is aangetrokken. Binnen de zorgsector is dat dus een 'winnaar'. Dit blijkt in 1993 te gelden voor de thuiszorg en de zwakzinnigeninstellingen. De overige sectoren waren per saldo 'verliezers', waarbij het grootste verlies zich voordeed bij de algemene ziekenhuizen en de verzorgingshuizen. Veruit de grootste netto-stroom was er van de verzorgingshuizen naar de thuiszorg. Ook de ziekenhuizen zagen aanzienlijk meer werknemers naar de thuiszorg vertrekken dan ze vanuit deze sector binnenkregen.

De zwakzinnigeninstellingen boekten hun 'winst' voornamelijk op de ziekenhuizen.

Van alle personen die binnen de zorgsector van baan veranderden vond 62% een andere baan binnen dezelfde deelsector; 38% kwam in een andere deelsector terecht, hetgeen aangeduid zou kunnen worden als sectorale mobiliteit binnen de zorgsector.

Een ander aspect waar dezelfde BVG-gegevens informatie over verschaffen betreft de regionale arbeidsmobiliteit. Op basis van een indeling in 28 RBA-regio's bleek in 1993 13% van de personen die binnen de zorgsector van baan veranderden, daarbij de grens van de regio te overschrijden. In meer dan de helft van de gevallen ging deze regionale mobiliteit tevens gepaard met verandering van deelsector. De mogelijke combinaties van regionale en sectorale mobiliteit zijn weergegeven in figuur 4.3.

Figuur 4.3.: Sectorale en regionale mobiliteit binnen de zorgsector bij verandering van baan, 1993



4.6 De zorgsector en werkgelegenheidsbeleid

In het kader van het werkgelegenheidsbeleid van de overheid zijn een scala van maatregelen van toepassing. De meest recente ontwikkeling betreft het 40.000 banenplan, de zogenaamde 'Melkert-banen'. Het gaat hierbij om een werkgelegenheidsimpuls voor langdurig werklozen, waarvan de zorgsector geacht wordt een substantieel deel voor zijn rekening te nemen. Deze werkgelegenheidsimpuls heeft vanaf eind 1995 zijn beslag gekregen. Voorzover informatie beschikbaar is besteden we hier aandacht aan. Een aantal andere maatregelen die al langer van toepassing zijn zullen eveneens de revue passeren. Voor de meeste van deze maatregelen geldt echter dat er vaak slechts fragmentarische informatie bestaat over de mate van het gebruik en de effecten. Tot voor kort werd er door de landelijke overheid weinig centraal bijgehouden. Geleidelijk aan treedt daar enige verbetering in op. De beschikbaarheid van informatie hangt derhalve veelal af van de informatievoorziening in de desbetreffende sector.

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

Arbeidsvoorzieningsmaatregelen

De toepassing van de meeste arbeidsvoorzieningsmaatregelen vertonen in de loop der tijd een toename (zie tabel 4.9). Voor een aantal regelingen geldt dat er in 1993 sprake was van een stagnatie. In 1994 zien we in de meeste gevallen echter een verdere

toename. Twee factoren spelen een rol bij dit wat wisselende beeld. Deels kunnen de ontwikkelingen verklaard worden uit de tijdelijk minder sterke personeelsbehoefte in de meeste zorgsectoren als gevolg van het door de economische omstandigheden sterk gedaalde verloop. Anderzijds is er in 1995 sprake van extra aandacht voor de werkgelegenheidsproblematiek die zich vertaalt in een intensiever gebruik.

Tabel 4.9.: De toepassing van enkele arbeidsvoorzieningsmaatregelen vanaf 1991

	1991	1992	1993	1994	1995
Intramuraal gezondheidszorg (CAO Ziekenhuiswezen)					
Kaderregeling Arbeidsinpassing:					
- toepassing KRA-WEP	772	929	810	628	.
- toepassing KRA-regulier	1.058	1.306	1.488	1.765	.
- Melkert-banen	.	.	.	.	2.250
Toepassing STIPUD					
- aantal instellingen	267	320	324	368	330
- langdurig werklozen	977	952	1.089	1.415	2.099
- in dienst nemen van WEP-pers	168	148	115	132	67
- in dienst nemen van JWG-ers	.	.	.	40	70
- in dienst nemen van banenpoolers	.	.	.	9	41
- herintredende vrouwen	667	823	361	335	461
- allochtonen	331	424	392	361	739
- ZV-ers in deeltijd	378	376	352	289	138
Aantal personen ¹	2.242	2.386	2.013	1.960	2.822
Totaal bedrag stimulering	5.1 mln	5.6 mln	4.7 mln.	4.6 mln.	7.2 mln.
Thuiszorg					
Melkert-banen	.	.	.	.	750
Zorgsector-breed					
JWG-ers	.	1.553	2.900	4.800	.
Banenpoolers	.	1.210	.	2.200	.

¹ Het totaal aantal personen komt niet overeen met het aantal van de verschillende doelgroepen, daar men tot meerdere doelgroepen kan behoren.

Bron: NZi, NEI, COTG, STIPUD-evaluatie.

De KRA-regelingen lijken wat aan populariteit verloren te hebben en zullen waarschijnlijk verder terrein verliezen als gevolg van de opkomst van de Melkert-banen. Dit geldt met name voor de KRA-WEP. De zorgsectorbrede groei van de JWG en de banenpool is tussen 1992 en 1994 opvallend te noemen.

Over het bereik en de effecten van de maatregelen is weinig informatie voor handen. Het NEI concludeert op grond van een vergelijking van de beschikbare informatie dat de effectiviteit in de zorgsector weinig verschilt van de effectiviteit van dezelfde maatregelen in andere sectoren. Verdringing van reguliere arbeid door deelnemers aan maatregelen lijkt beperkt te zijn. Budgetvervalsing en verdringing tussen maatregelen komen volgens het NEI wel voor, zij het op beperkte schaal.

De instroom van specifieke doelgroepen wordt zichtbaar in sectorspecifieke stimuleringsmaatregelen zoals die van AWOZ: de Stimuleringsregeling Inpassing Personen Uit Doelgroepen (STIPUD). In 1995 zien we een zeer sterke toename in het gebruik van deze regeling. De toegekende middelen namen met 63% toe. De toename is vooral terug te vinden bij de categorie langdurig werklozen en allochtonen. Bij de eerste

categorie is het niet uitgesloten dat er sprake is van een stapeling van subsidies: het aanbieden van Melkert-banen en de STIPUD-regeling kunnen samengaan.

Met het aantal allochtonen dat in 1995 in dienst gekomen is, wordt ruimschoots tegemoet gekomen aan de afspraken tussen CAO-partijen hieromtrent.

Melkert-banen

In 1995 zijn in de intramurale gezondheidszorg en de thuiszorg ruim 5.200 arbeidsplaatsen toegewezen (herrekend naar 32-uurs equivalenten). Hiervan zijn volgens een schatting van het COTG circa 3.000 arbeidsplaatsen gerealiseerd (zie tabel 4.10).

Tabel 4.10.: Het aantal toegewezen en gerealiseerde Melkert-banen in 1995

	Toegewezen arbeidsplaatsen	Gerealiseerde arbeidsplaatsen
Intramurale gezondheidszorg	3.310	2.250
Thuiszorg	1.920	750
Totaal	5.230	3.000

Bron: COTG

In de intramurale gezondheidszorg zijn circa 2.250 van de 3.310 toegewezen arbeidsplaatsen gerealiseerd en in de thuiszorg circa 750 van de 1.920 toegewezen arbeidsplaatsen.

Op basis van een steekproef van circa 1.300 werknemers met een Melkert-baan in de intramurale gezondheidszorg, kunnen de volgende kenmerken afgeleid worden (bron: NZi):

- circa 65% van het aantal arbeidsplaatsen wordt bezet door vrouwen;
- de gemiddelde leeftijd van de vrouwen bedraagt 36.2 jaar en van de mannen 35.3 jaar;
- circa 10% van het aantal arbeidsplaatsen is gerealiseerd in administratieve functies, 30% in hotelfuncties (o.a. onderhoudspersoneel en keukenpersoneel), 35% in patiëntgebonden functies (o.a. verplegend en verzorgend personeel), 5% in terreingebonden functies (o.a. technisch personeel en tuin- en plantsoenendienst) en van 20% is de functie onbekend.

5 BEROEPEN IN DE ZORGSECTOR

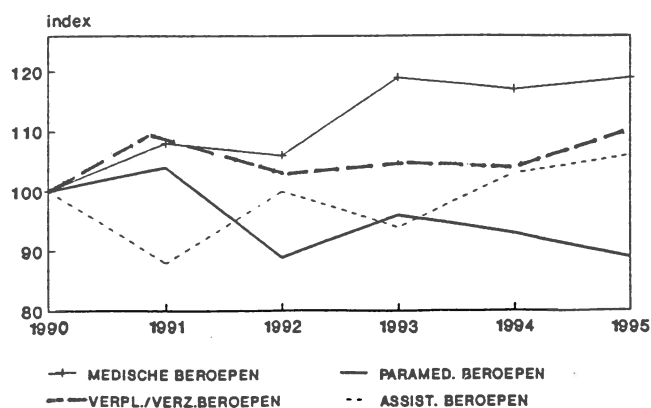
5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen binnen de verschillende beroepsgroepen in de zorgsector besproken. In de eerste plaats wordt in paragraaf 5.2 gekeken naar de ontwikkelingen in het aantal werkzame personen. In paragraaf 5.3 wordt ingegaan op een aantal kenmerken van de verschillende beroepsgroepen (geslacht- en leeftijdsverdeling, duur werkweek etc.). Vervolgens wordt in paragraaf 5.4 een koppeling gelegd tussen ontwikkelingen in de productiecijfers van een aantal zorgberoepen enerzijds en ontwikkelingen in het aantal werkenden in die zorgberoepen anderzijds. Tot slot zal ook worden ingegaan op de opleidingscapaciteit (paragraaf 5.5), werkloosheid (paragraaf 5.6) en het aantal vacatures (paragraaf 5.7).

5.2 Aantal werkzame personen

Uit de Enquête Beroepsbevolking van het CBS kan worden afgeleid dat het aantal werkzame personen in de zorgberoepen, na een lichte daling in 1994, in 1995 met 4,4% is toegenomen tot circa 450.000 personen. Deze toename ligt boven de groei van de totale beroepsbevolking in Nederland in 1995 (+2,4% tot 6,1 miljoen werkzamen). Bij uitsplitsing naar de verschillende zorgberoepen blijken de verplegende/verzorgende en de assisterende beroepen in 1995 het sterkst te zijn toegenomen met elk bijna 6% (figuur 5.1). De omvang van de medische beroepen blijft redelijk stabiel, terwijl er bij de paramedische beroepen vanaf 1993 sprake is van een afname van gemiddeld 4% per jaar.

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

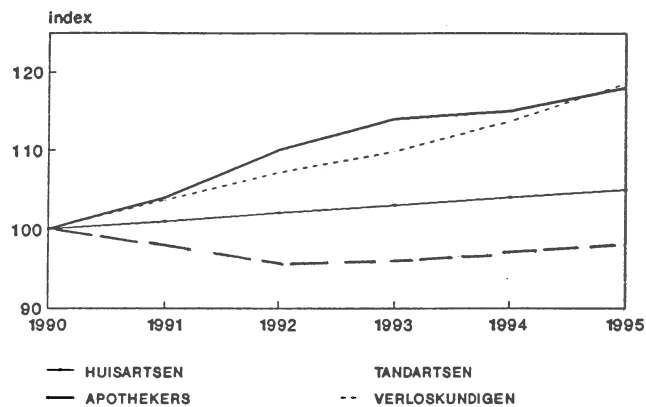


Bron: CBS-enquête Beroepsbevolking.

Medische beroepen

Tussen de verschillende medische beroepsgroepen zijn er ten aanzien van de groei van het aantal werkenden enige verschillen (figuur 5.2). Het zijn met name de apothekers en de verloskundigen die qua aantal sterk toenemen. Zo blijkt dat zowel het aantal verloskundigen als het aantal apothekers in de periode 1990-1995 met 19% is toegenomen. De groep huisartsen wordt gekenmerkt door een relatief geringe en zeer stabiele toename van circa 1% per jaar. Voor wat betreft de tandartsen is, na een aantal jaren van teruggang in het aantal werkenden, sinds 1993 weer sprake van een stabilisering.

Figuur 5.2.: Ontwikkeling van het aantal werkzame personen binnen een aantal medische beroepen vanaf 1990¹ (1990=100)

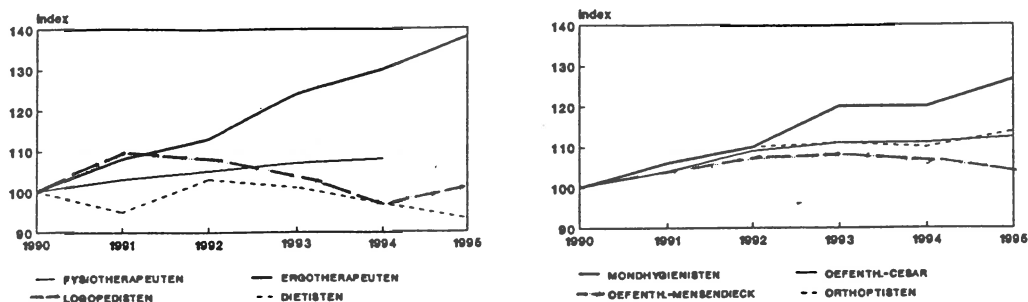


¹ Geen betrouwbare gegevens beschikbaar over specialisten in deze periode.
Bron: NIVEL, KNMP, NMT.

Paramedische beroepen

Met betrekking tot het aantal werkzame personen binnen de paramedische beroepsgroepen zijn het met name de podotherapeuten (niet afgebeeld), ergotherapeuten en mondhygiënisten die jaarlijks verreweg de grootste groei laten zien. Het aantal podotherapeuten is in de periode 1990-1995 bijna verdubbeld, terwijl het aantal ergotherapeuten in deze periode met bijna 38% is toegenomen. Onder de beroepsgroep diëtisten is sinds 1990 per saldo sprake van een lichte daling van het aantal werkenden. De grootste paramedische beroepsgroep - de fysiotherapeuten - neemt jaarlijks met zo'n 2% in omvang toe (figuur 5.3).

Figuur 5.3.: Ontwikkeling van het aantal werkzame personen binnen een aantal paramedische beroepen¹ vanaf 1990 (1990=100)



¹ Podotherapeuten konden vanwege de gehanteerde schaal niet worden afgebeeld.

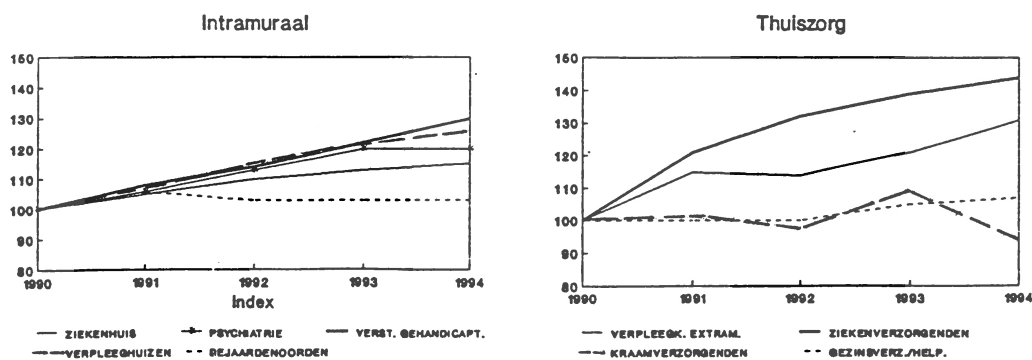
Bron: NIVEL, NVLFD, NVE, NVD.

Bron: NVM, NVOM, NVvO, VBC, NVvP

Verplegende en verzorgende beroepen

Wat betreft de verplegende en verzorgende beroepsgroepen kan in de eerste plaats worden opgemerkt dat het aantal werkenden binnen de intramurale sector in de periode 1990-1994 sneller is gegroeid dan binnen de extramurale sector. In de intramurale sector is sprake van een jaarlijkse groei van gemiddeld 4,0%, in de thuiszorg neemt het aantal werkenden jaarlijks gemiddeld met 3,2% toe. Als vervolgens specifiek naar de verschillende beroepsgroepen wordt gekeken (figuur 5.4), dan blijkt dat binnen de intramurale sector het aantal werkzame personen in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen de afgelopen jaren het sterkst is toegenomen. Binnen de extramurale sector laten de ziekenverzoekenden een groei zien van bijna 10% per jaar in de periode 1990-1994.

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



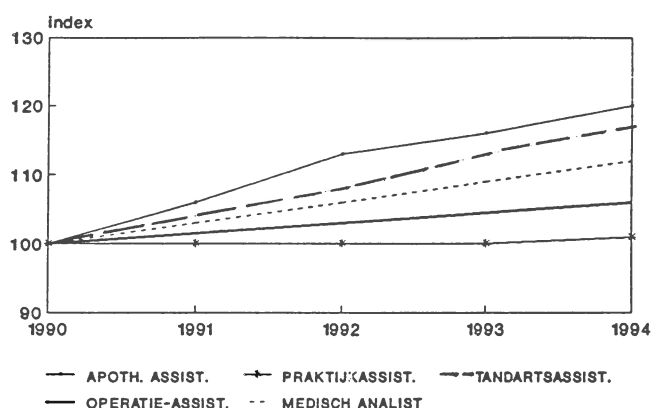
Bron: NZi, CBS.

Assisterende beroepen

Bij een totaal groeicijfer voor alle assistenten in de periode 1991-1995 van 13,4% blijken verschillen waarneembaar tussen de verschillende type assistenten (figuur 5.5). De groep apothekersassistenten heeft vanaf 1991 tot heden een groei gekend van bijna 20%, tegenover een aanzienlijk geringere toename onder praktijkassistenten (1%) en operatie-assistenten (6%). Voor de komende jaren kan wel een stijging van het aantal praktijkassistenten worden verwacht op grond van een verhoging van de inzet van (gediplomeerde) assistenten als gevolg van extra taken die op de huisarts afkomen en een verschuiving van taken richting de assistent.

Het aantal apothekersassistenten werkzaam in de openbare apotheek is in de periode 1991-1995 jaarlijks met gemiddeld 4% toegenomen.

Figuur 5.5.: Ontwikkeling van het aantal assistenten vanaf 1990 (1990=100)



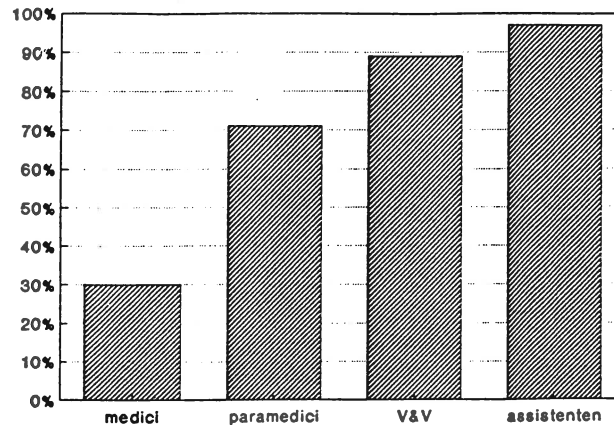
Bron: KNMP, NIVEL, NMT, NZi.

5.3 Kenmerken

5.3.1 Geslacht

In 1995 is 37% van de Nederlandse beroepsbevolking vrouw. Binnen de zorgberoepen ligt dit percentage aanzienlijk hoger (82%). Overigens zijn er tussen de vier onderscheiden beroeps categorieën aanzienlijke verschillen (figuur 5.6). De verzorgende en verzorgende beroepen bestaan nog steeds voor verreweg het grootste deel uit vrouwen. Dit geldt ook voor de paramedische beroepen, hoewel het percentage ieder jaar iets afneemt; 77% in 1990 tot 71% in 1995. De fysiotherapeuten kennen het laagste aandeel vrouwen (48%). De medische beroepen worden nog steeds gedomineerd door mannen. Slechts 30% van deze beroepsgroep bestaat uit vrouwen. Overigens neemt het percentage vrouwelijke medici ieder jaar toe, dit zal de komende jaren verder doorzetten. Immers 56% van alle artsen die momenteel in opleiding zijn is vrouw.

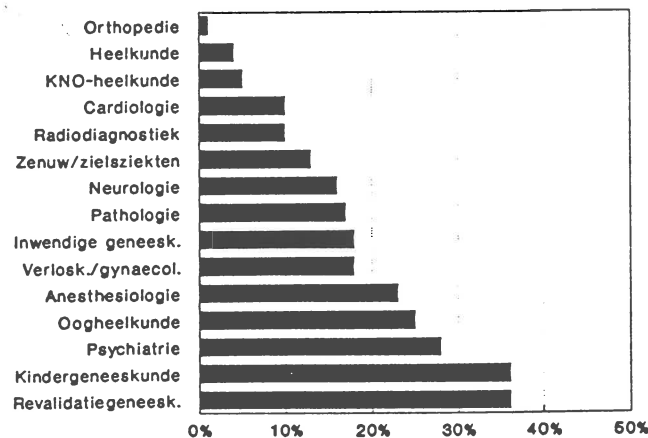
Figuur 5.6.: Percentage vrouwen binnen vier beroeps categorieën in de zorgsector in 1995



Bron: CBS, Enquête Beroepsbevolking.

Als vervolgens wordt gekeken binnen de groep specialisten, dan zijn er wel aanzienlijke verschillen waar te nemen (figuur 5.7). Binnen de orthopeden is slechts 1% vrouw, terwijl in de revalidatiegeneeskunde 36% vrouw is.

Figuur 5.7.: Percentage vrouwen binnen een aantal groepen specialisten per 31 december 1994



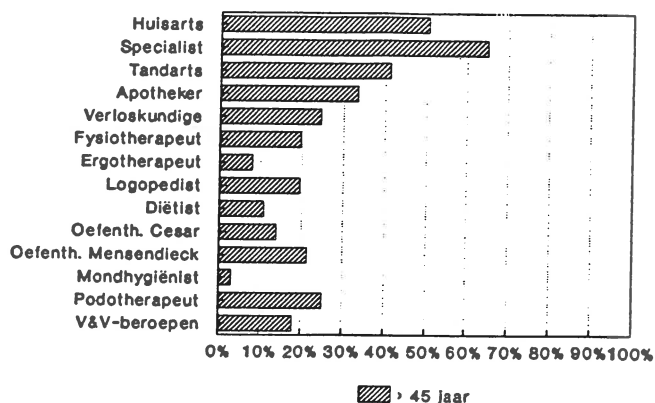
Bron: IGZ.

5.3.2 Leeftijd

Als de leeftijdsopbouw van de verschillende beroepsgroepen in oenschouw worden genomen, dan zijn het vooral de medische beroepsgroepen die gekenmerkt worden door een relatief oude leeftijdsopbouw. Dit geldt met name voor de specialisten, 65% is ouder dan 45 jaar. De medische beroepsgroep met relatief gezien de jongste leeftijdsopbouw zijn de verloskundigen; 25% is ouder dan 45 jaar.

Binnen de paramedische beroepsgroep worden vooral de mondhygiënisten gekenmerkt door een relatief jonge leeftijdsopbouw; slechts 3% is ouder dan 45 jaar. Van de verplegenden en verzorgenden is 18% ouder dan 45 jaar.

Figuur 5.8.: Percentage beroepsbeoefenaren ouder dan 45 jaar uitgesplitst naar beroep per 31 december 1995



Bron: RAZ96: deel 2: Tabellenrapport.

In tabel 5.1 is de leeftijdsverdeling binnen assisterende beroepsgroepen weergegeven. Van de tandartsassistenten is bijna de helft jonger dan 25 jaar. Voor alle assisterende beroepsgroepen geldt dat een ruime meerderheid van alle werkzamen jonger is dan 35 jaar.

Tabel 5.1.: Leeftijdsverdeling binnen assisterende beroepsgroepen

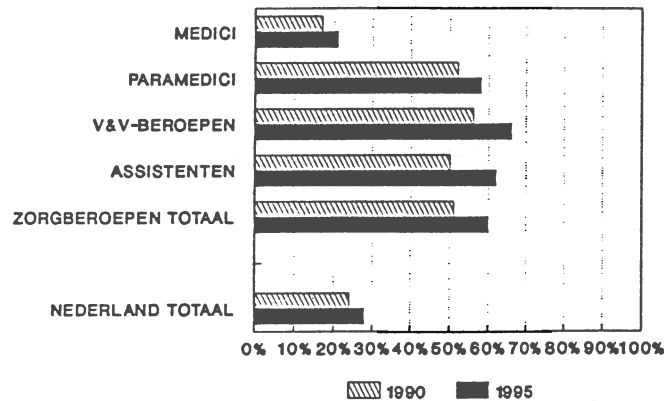
Leeftijd	Type assistent		
	praktijk-assistenten	tandarts-assistenten	apothekers-assistenten
< 25	15%	48%	23%
25-34	44%	41%	42%
35-44	23%	10%	23%
> 44	18%	1%	12%
Totaal	100%	100%	100%

Bron: NIVEL, TNO-NIPG, SBA.

5.3.3 Deeltijd

In 1995 werkt 60% van alle personen werkzaam in de zorgberoepen (figuur 5.9) minder dan 35 uur per week. Dit aandeel ligt aanzienlijk boven het percentage deeltijdwerkers op de gehele Nederlandse arbeidsmarkt (28%). Ten opzichte van 1990 blijkt de toename van de deeltijdwerkers onder de assisterende beroepen het grootst (+12%).

Figuur 5.9.: Aandeel werkzame personen in zorgberoepen dat minder dan 35 uur per week werkt, uitgesplitst naar beroeps categorie, in 1995



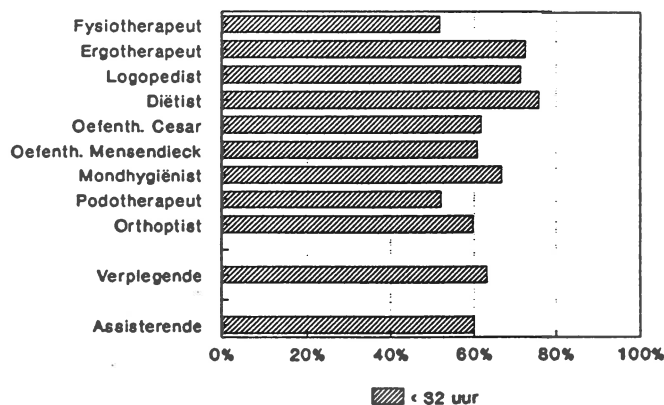
Bron: CBS, Enquête Beroepsbevolking.

Er zijn nauwelijks (recente) gegevens beschikbaar betreffende het aandeel in deeltijd werkzame medici voor de verschillende beroepsgroepen afzonderlijk. Door het NIVEL zullen eind 1996 de eerste resultaten worden gepresenteerd van een onderzoek naar het in deeltijd werken van artsen.

Een signaal voor de enkele jaren geleden ingezette toename van het aantal in deeltijd werkzame medici is de blijvende instroom van een groot aantal vrouwen in de opleiding geneeskunde. Vanaf het midden van de jaren tachtig is dit aandeel vrouwen onder de eerstejaarsstudenten geneeskunde de 50% gepasseerd en blijft de laatste jaren vrij stabiel rond de 56% schommelen.

Voor het merendeel der paramedische beroepsgroepen kan wel voor elk afzonderlijk inzicht gegeven worden in het aantal personen dat part-time werkt, ofwel gemiddeld minder dan 32 uur per week werkzaam is (figuur 5.10).

Figuur 5.10.: Relatieve verdeling van het aantal personen dat part-time werkt (minder dan 32 uur) naar beroepsgroep in 1995



Bron: RAZ96; deel 2: Tabellenrapport.

Uit figuur 5.10 blijkt dat een drietal (grotere) paramedische beroepsgroepen, de diëtisten, ergotherapeuten en de logopedisten, beide een deeltijdpercentage laten zien van ruim 70%. Iets meer dan de helft van de fysiotherapeuten werkt minder dan 32 uur per week waarmee deze beroepsgroep het relatief grootste aandeel 'voltijders' kent.

Uit gegevens vanuit de verschillende verplegende en assisterende beroepsgroepen blijkt dat slechts zeer geringe verschillen bestaan tussen het percentage werkzamen dat in deeltijd werkt. Deze schommelen alle rond de 60%.

5.4 Ontwikkelingen in aanbod en productie

In deze paragraaf wordt een koppeling gelegd tussen het aantal werkzamen en productiegegevens. Op grond van de beschikbare gegevens is deze koppeling alleen uitgevoerd voor een aantal vrije beroepsbeoefenaren (tabel 5.2).

Tabel 5.2.: Aantallen werkzame vrije beroepsbeoefenaren, productie en gemiddelde jaarlijkse situatie, vanaf 1991

	1991	1992	1993	1994	1995	mutatie per jaar 1991-1994
A. MEDISCHE BEROEPEN						
Huisartsen						
- aantal werkzamen (1)	6.535	6.595	6.649	6.753	6.814	+1,1%
- aantal contacten per persoon (2)	3,8	4,0	3,9	3,8	3,8	-
Specialisten						
- aantal werkzamen (3)	.	.	10.322	10.352	.	.
- aantal contacten per persoon (4)	1,6	1,9	1,8	1,9	1,9	+5,9%
Tandartsen						
- aantal werkzamen (5)	7.377	7.210	7.322	7.328	7.258	-0,2%
- aantal contacten per persoon (6)	2,0	2,0	1,9	2,3	2,1	+4,8%
Verloskundigen						
- aantal werkzamen (7)	1.167	1.203	1.234	1.276	1.331	+3,0%
- aantal bevallingen (8)	89.900	90.218	91.324	.	.	.
B. PARAMEDISCHE BEROEPEN						
Fysiotherapeuten						
- aantal werkzamen (9)	11.104	11.400	11.551	11.701	.	+1,6%
- % personen met contact (10)	13,7	13,5	13,7	13,7	13,6	-
Logopedisten						
- aantal werkzaam (11)	3.626	3.599	3.471	3.226	3.393	-3,8%
- aantal verrichtingen (12)	1.201.428	1.268.640	1.311.816	1.297.114	.	+2,6%
Oefentherapeut-Cesar						
- aantal werkzamen (13)	714	743	750	761	773	+2,1%
- aantal verrichtingen (14)	714.828	760.262	781.668	792.991	.	+3,5%
Oefentherapeuten Mensendieck						
- aantal werkzamen (15)	748	768	860	851	746	+4,4%
- aantal verrichtingen (16)	680.164	742.575	743.579	745.166	.	+3,1%

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

Het algemene beeld is dat in de periode 1991-1994 het aantal beroepsbeoefenaren is toegenomen. Een uitzondering hierop vormen de tandartsen en logopedisten die ge-

Het algemene beeld is dat in de periode 1991-1994 het aantal beroepsbeoefenaren is toegenomen. Een uitzondering hierop vormen de tandartsen en logopedisten die gekenmerkt worden door een afname van het aantal werkzame beroepsbeoefenaren. Voor de meeste beroepsgroepen geldt ook dat de productie is toegenomen. Daarbij moet worden opgemerkt dat voor tandartsen, logopedisten en oefentherapeuten-Cesar geldt dat de productie sterker is gegroeid dan het aantal beroepsbeoefenaren.

5.5 Personen in opleiding

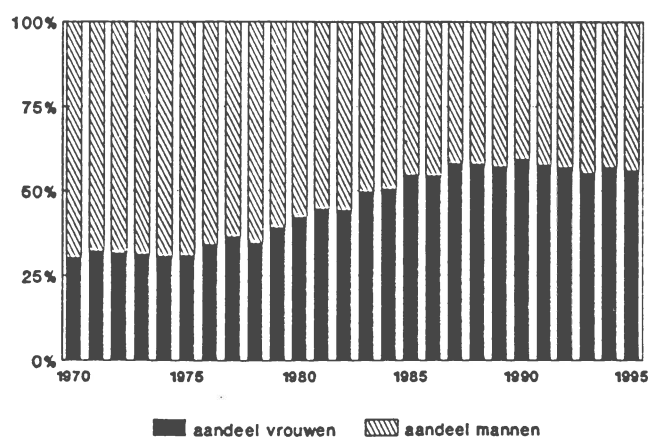
Medische beroepen

Binnen de opleiding geneeskunde geldt nog steeds een numerus fixus. Deze is in 1972 ingesteld en geleidelijk toegenomen tot 1.980 eerstejaars in het jaar 1983. In 1984 heeft een drastische daling van de numerus fixus plaatsgevonden tot 1.480 eerstejaars. Deze numerus fixus bleef gehandhaafd tot en met het jaar 1993. Vanaf 1994 is er sprake van een arbeidsmarkt-fixus. Het Ministerie van OC&W bepaalt de instroom in de opleiding tot arts. Dit betekent dat deze opleiding te maken heeft met een Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW). In deze wetgeving is een artikel opgenomen die onderwijsinstellingen wettelijk verplicht de capaciteit uit te breiden als het aantal vooraanmeldingen veel hoger is dan het aantal opleidingsplaatsen. De wet schrijft voor dat de capaciteitsuitbreiding minimaal 25% van het berekende aantal over de laatste drie jaar moet zijn (aangeduid met 125% maatregel). Als er echter een overschot is op de arbeidsmarkt, kan de Minister van OC&W een beperking van de instroom opleggen; de zogenaamde arbeidsmarkt-fixus.

Met betrekking tot de initiële opleiding geneeskunde heeft de Minister van OC&W gebruikgemaakt van de arbeidsmarkt-fixus en heeft voor de jaren 1994 en 1995 vastgelegd dat er 1.686 studenten mogen instromen in de opleiding geneeskunde.

Een ontwikkeling die de aandacht verdient is de sterke toename van het aantal vrouwelijke eerstejaarsstudenten (zie figuur 5.11). In 1970 was 30% van de eerstejaarsstudenten vrouw; momenteel bedraagt dit 56%. Dit betekent dat het beroep van arts in de toekomst steeds vaker door vrouwen zal worden ingevuld, hetgeen ongetwijfeld invloed heeft op de beroepsuitoefening (deeltijd e.d.).

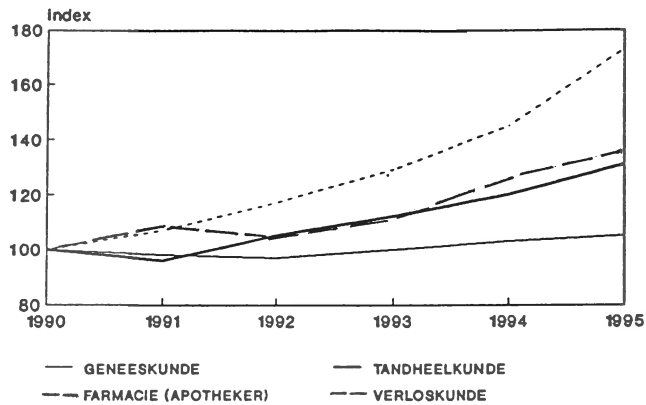
Figuur 5.11.: Procentuele verdeling van het aantal mannelijke en vrouwelijke eerstejaarsstudenten geneeskunde



De groei van het aantal eerstejaarsstudenten geneeskunde ligt aanmerkelijk lager dan de groei van het aantal eerstejaarsstudenten in de andere medische beroepen.

Figuur 5.12 laat zien dat het totaal aantal studenten aan de opleiding verloskunde in de periode 1990-1995 het sterkst is gestegen met gemiddeld bijna 12% per jaar. Het aantal studenten geneeskunde (79% van alle studenten van medische opleidingen) vertoont een aanzienlijk geringere toename van circa 1% per jaar.

Figuur 5.12.: Ontwikkeling van het totaal aantal studenten binnen een aantal medische opleidingen vanaf 1990 (1990=100)

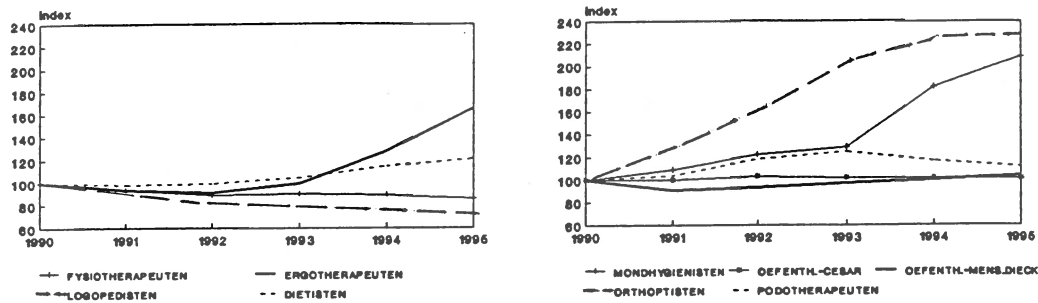


Bron: CBS, KNMP.

Paramedische beroepen

Bij de paramedische opleidingen blijkt het totaal aantal studenten ergotherapie vanaf 1994, mede als gevolg van de start van een nieuwe opleidingsplaats, sterk te zijn gestegen (bijna 30% per jaar, figuur 5.13). Een zelfde stijging heeft zich voorgedaan bij de opleiding tot mondhygiënist. Het totaal aantal opleidingsplaatsen voor fysiotherapeuten en logopedisten vertoont al vanaf 1990 een dalende lijn, vanaf 1993 geldt dit ook voor de opleiding tot podotherapeut.

Figuur 5.13.: Ontwikkeling van het totaal aantal studenten binnen de paramedische beroepsopleidingen vanaf 1990 (1990=100)



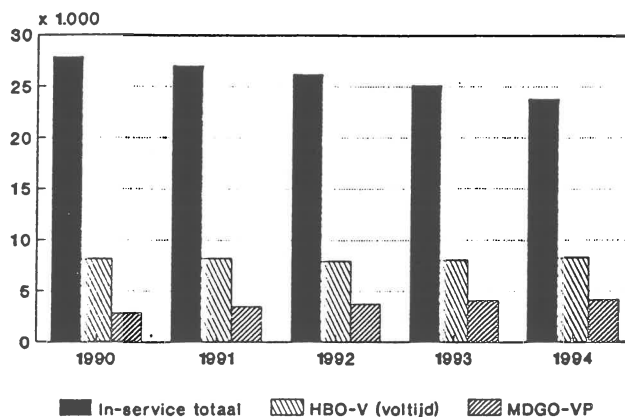
Bron: CBS, Opleidingsinstituten, VWS, NZi.

Verplegende beroepen

Het verplegend en verzorgend onderwijs bevindt zich momenteel in een overgangsfase. Onlangs is er door de betrokken Ministeries van VWS en OC&W en partijen uit het veld overeenstemming bereikt over een nieuw samenhangend stelsel. Dit stelsel bevat een viertal kwalificatieniveaus en twee leerwegen, namelijk leren-werken en leren stage, en vervangt hiermee het huidige leerlingstelsel en inservice- en dagonderwijs. De ingangsdatum van het nieuwe stelsel is september 1997. Derhalve zal het nog enige tijd duren voordat statistische informatie over het nieuwe stelsel zijn neerslag zal krijgen in de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector. Bovendien zullen de eerste afgestudeerden van het nieuwe stelsel zich pas in het volgende millennium op de arbeidsmarkt begeven.

Binnen het verpleegkundig onderwijs is er al een aantal jaren sprake van een daling van het aantal leerlingen in het inservice-onderwijs en een stabilisering van de instroom in het dagonderwijs. Deze trend heeft zich naar het zich laat aanzien ook in 1995 voortgezet.

Figuur 5.14.: Ontwikkeling van het totaal aantal leerlingen binnen het verpleegkundig onderwijs naar type opleiding vanaf 1990 (1990=100)

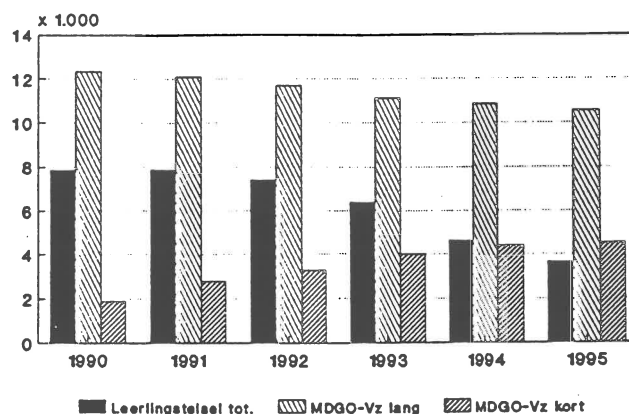


Bron: NZi, OCW, WWS.

Verzorgende beroepen

Ook in het verzorgend onderwijs zien we de daling van de instroom in de leren/werken variant, het leerlingwezen, zich in 1995 voortzetten (figuur 5.15). Hierbij kan de kanttekening worden gemaakt dat de opleidingen ten behoeve van de verzorgingshuizen veel minder sterk dalen dan die ten behoeve van de gezinszorg. De daling bij de verzorgingshuizen is begrijpelijk wanneer we bedenken dat zij het meest te maken zullen krijgen met de veranderingen die voortvloeien uit veranderingen in de opzet van de ouderenzorg. Derhalve is het moeilijk om op instellingsniveau een lange termijn opleidingsbeleid te voeren. In de gezinszorg waar in veel mindere mate veranderingen op zullen treden doet zich een dramatische terugval voor in de opleidingscapaciteit. Het niveau van 1995 is ver beneden het niveau dat noodzakelijk is om het huidige scholingsniveau in de gezinszorg op peil te houden.

Figuur 5.15.: Verloop van het totaal aantal leerlingen binnen het verzorgend onderwijs, naar type opleiding vanaf 1990 (1990=100)



Bron: OVBD, CBS.

De instroom in de dagopleidingen in de verzorging is in 1995 op ongeveer hetzelfde niveau als 1994 gebleven. Wel treedt er een verschuiving op tussen de korte en de lange variant. De eerste neemt toe, de tweede slinkt. Voor de zorgsector is deze verschuiving ongunstig: leerlingen die uit de korte variant stromen vinden veel vaker een baan buiten de zorgsector of gaan verder met dagonderwijs.

Assisterende beroepen

In tabel 5.3 is voor drie assisterende beroepen de vooropleiding aangegeven. Veruit alle apothekersassistenten en een groot deel van de praktijkassistenten van huisartsen hebben een opleiding gevolgd in het kader van het Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheids Onderwijs, afdeling Assistenten in de Gezondheidszorg (MDGO-AG). Deze opleiding kent de afstudeerrichtingen apothekersassistenten, doktersassistenten en tandartsassistenten. De groep tandartsassistenten blijkt het vak echter voor het merendeel in de praktijk te leren (56%) of volgt een LOI-cursus.

Tabel 5.3.: Gevolgde opleiding door assisterende beroepsbeoefenaren

Type opleiding	Type assistent		
	praktijk-assistenten	tandarts-assistenten	apothekers-assistenten
- MDGO	45%	28%	86%
- In praktijk geleerd	8%	56%	-
- LOI	10%	12%	-
- Particulier overig	23%	-	-
- Staatsexamen	-	-	14%
- Overig	14%	4%	-
Totaal	100%	100%	100%

Bron: NIVEL, NMT, KNMP.

Ambulancehulpverlening

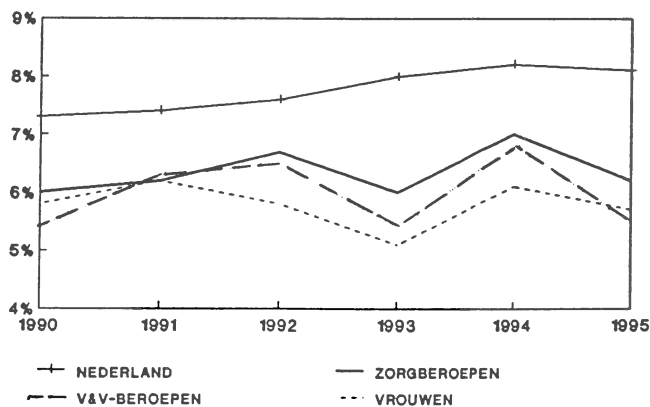
Het opleidingsniveau in de sector stijgt gestaag, zowel kwalitatief als kwantitatief. Het (her)opleiden van het huidige personeel op het niveau van het Eisenbesluit van de Wet Ambulancevervoer duurt echter minimaal 2 à 3 cursusjaren. Daarna ontstaat de ruimte voor de implementatie van het door de sector gewenste vaardigheidstrainingen die voortbouwen op het bereikte theoretisch niveau. De SOSA-organisatie is reeds bezig met de voorbereidingen. In de sector is evenwel een groot aantal niet of onvoldoende opgeleide oproepkrachten werkzaam. Met betrekking tot de vereiste bekwaamheid, uitgedrukt in opleiding en ervaring, kunnen bij ongewijzigd beleid problemen ontstaan in het voldoen aan kwaliteitseisen.

5.6 Etniciteit

Van de 6,1 miljoen werkzame personen op de Nederlandse arbeidsmarkt is in 1995 8,1% allochtoon. In 1990 bedroeg dit aandeel nog 7,3% (figuur 5.16). De omvang van het aantal allochtonen in de zorgsector schommelt en bedroeg in 1995 net als in 1990 circa 6%. Schommelingen gelden evenzeer voor het aandeel allochtonen onder verplegende en verzorgende beroepen en onder vrouwen werkzaam in de zorgsector. Ook

voor deze groepen ligt het percentage lager dan dat voor de gehele Nederlandse arbeidsmarkt.

Figuur 5.16.: Aandeel allochtonen van werkzame personen op de Nederlandse arbeidsmarkt, in zorgberoepen, de sector, verplegende en verzorgde beroepen en vrouwen in de zorgsector, 1990-1995



Bron: CBS.

5.7 Werkloosheid

Over het aantal werklozen per beroepsgroep zijn nauwelijks landelijke gegevens beschikbaar. Derhalve is gebruik gemaakt van gegevens uit enkele ad-hoc onderzoeken.

Medische beroepen

Van de pas afgestudeerde huisartsen is 40% binnen twee jaar als huisarts werkzaam. Globaal geldt dat zo'n 25% van de pas-afgestudeerde huisartsen nooit als huisarts aan de slag gaat, hoewel dit aantal in de afgelopen jaren iets afneemt. Per 31 december 1995 zijn er in Nederland 667 praktijkzoekende huisartsen. Slechts 2% is werkloos.

Paramedische beroepen

In tabel 5.4 is voor een viertal paramedische beroepen zowel de intredewerkloosheid (percentage afgestudeerden dat na afstuderen langer dan een maand werkloos is) als het aandeel werklozen één jaar na afstuderen vanaf 1991 weergegeven.

Tabel 5.4.: Arbeidsmarktpositie afgestudeerden paramedische HBO-richtingen één jaar na afstuderen vanaf 1991

	Intredewerkloosheid ¹				Werkloos ²			
	1991	1992	1993	1994	1991	1992	1993	1994
Fysiotherapie	21%	48%	47%	51%	4%	18%	18%	13%
Ergotherapie	21%	36%	37%	39%	4%	4%	1%	-
Logopedie	33%	63%	65%	56%	1%	14%	9%	6%
Diëtetiek	39%	30%	51%	47%	6%	5%	7%	10%
Totaal HGZO ³	16%	30%	35%	32%	2%	6%	7%	4%
Totaal HBO	27%	41%	41%	40%	5%	11%	12%	9%

¹ Intredewerkloosheid periode van minimaal één maand werkloosheid na afronding van de studie.

² Werkloos: afgestudeerden die 1 jaar na afstuderen geen baan hebben.

³ Hoger Gezondheidszorgonderwijs.

Bron: ROA.

De intredewerkloosheid onder fysiotherapeuten en ergotherapeuten vertoont een stijgende lijn tot een aandeel van respectievelijk 51% en 39% van de afgestudeerden in 1994. Voor logopedisten en diëtisten vertoont de intredewerkloosheid in 1994.

Het werkloosheidscijfer is voor het HBO in totaal en het Hoger Gezondheidszorgonderwijs in het algemeen in 1994 gedaald ten opzichte van het voorgaande jaar. Dit geldt specifiek ook voor fysiotherapeuten (-5%), ergotherapeuten (-1%) en logopedisten (-3%). Bij een dalend cijfer voor de intredewerkloosheid onder diëtisten blijkt het werkloosheidscijfer wel gestegen te zijn tot 10% (+3%).

Verplegende en verzorgende beroepen

Afgestudeerden aan de verpleegkundige en verzorgende MBO- en HBO-opleidingen hebben goede arbeidsmarktperspectieven (tabel 5.5). De intredewerkloosheid voor de HBO-V ligt in 1994 voor het eerst iets onder het gemiddelde van alle HBO-opleidingen in Nederland (respectievelijk 38% en 40%). Naast een sterke toename van de intredewerkloosheid van HBO-V afgestudeerden is het werkloosheidspercentage licht gedaald. Een toename van de intredewerkloosheid geldt ook voor de afgestudeerden MDGO-VP en MDGO-VZ. Ook voor deze afgestudeerden geldt dat één jaar na afstuderen nog slechts 3% een werkloosheidsstatus heeft.

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

Tabel 5.5.: Arbeidsmarktgegevens gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende MBO- en HBO-opleidingen één jaar na afstuderen vanaf 1992

	intredewerkloosheid ¹			werkloos ²		
	1992	1993	1994	1992	1993	1994
MDGO-verpleegkunde	18%	25%	37%	2%	2%	3%
MDGO-verzorging	17%	25%	30%	2%	2%	3%
MBO-Nederland totaal	23%	30%	.	4%	4%	.
HBO-verpleegkunde (vt/dt)	25%	33%	38%	3%	6%	4%
HBO-maatschappelijke gezondheidszorg	20%	26%	23%	3%	2%	2%
HBO-Nederland totaal	41%	41%	40%	11%	12%	9%

¹ Intredewerkloosheid periode van minimaal één maand werkloosheid na afronding van de studie.

² Werkloos: afgestudeerden die één jaar na afstuderen geen baan hebben.

Bron: ROA.

5.8 Conclusies

In 1995 is het aantal werkenden in de zorgberoepen sterker gegroeid (4,4%) dan de groei van de totale Nederlandse beroepsbevolking (2,4%). Hierbij past wel de kanttekening dat verschillende CBS-bronnen voor 1995 grote verschillen laten zien.

Als vervolgens wordt gekeken naar de verschillende beroeps categorieën dan blijkt dat binnen de medische beroepen met name de apothekers en de verloskundigen qua aantal sterk zijn toegenomen. In de periode 1990-1995 zijn beide beroepsgroepen met circa 19% gegroeid. Het aantal huisartsen is in de betrokken periode met bijna 5% toegenomen. Binnen de paramedische beroepsgroepen zijn het de ergotherapeuten en de podotherapeuten die de grootste groei vertonen. Bij de diëtisten en logopedisten is sprake van een lichte daling. Het aantal fysiotherapeuten neemt jaarlijks met zo'n 2% toe.

Met betrekking tot de verplegende en verzorgende beroepen geldt dat in de periode 1990-1994 het aantal werkzamen binnen de intramurale sector (4%) sneller is toegenomen in vergelijking tot de groei binnen de thuiszorg (3,2%).

Verreweg de meeste werkenden in de zorgberoepen zijn vrouwen (82%). Dit geldt met name voor de assisterende (95%) en verplegende en verzorgende beroepen (88%). Binnen de medische beroepen is het percentage vrouwen het laagst (30%). Naar alle waarschijnlijkheid zal het percentage vrouwelijke medici de komende jaren snel toenemen aangezien momenteel 56% van de eerstejaarsstudenten geneeskunde vrouw is. Dit zou er toe kunnen leiden dat, net als in andere zorgberoepen, ook binnen de medische beroepen een toename van het aantal deeltijdwerkers zal optreden.

Voor wat betreft het aantal personen in opleiding zien we dat voor de opleiding geneeskunde momenteel een arbeidsmarktfixus geldt van 1.686 studenten. Een opvallend gegeven binnen de medische beroepen is de sterke stijging van het aantal studenten aan de opleiding verloskunde. In de periode 1990-1995 is het aantal jaarlijks met 12% toegenomen. Bij de paramedische beroepen springt de ergotherapie eruit met een toename van het aantal studenten van bijna 30% per jaar. Het totaal aantal opleidingsplaatsen voor fysiotherapeuten en logopedisten laat echter een dalende tendens zien.

Binnen het verplegend en verzorgend onderwijs is momenteel sprake van een overgangsfase. Het huidige leerlingstelsel en inservice- en dagonderwijs wordt per 1 september 1997 vervangen door een onderwijsstelsel dat bestaat uit een viertal kwalificatieniveaus en twee leergangen, te weten leren-werken en leren-stage. We zien dan ook dat vooruitlopend op die veranderingen het aantal leerlingen in het inservice-onderwijs en het leerlingwezen sterk afneemt.

Het aantal allochtonen binnen de zorgberoepen bedraagt momenteel ruim 6%. Dit percentage is lager dan voor de totale Nederlandse arbeidsmarkt.

6 INFORMATIEVOORZIENING

6.1 Beroepen

De informatievoorziening omtrent het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door grote verschillen in zowel de kwantiteit als de kwaliteit van de gegevens die beschikbaar zijn. Voor een beperkt aantal beroepsgroepen zijn er continue aanbodregistraties beschikbaar (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten). Op basis van dit soort registraties is het mogelijk op elk willekeurig tijdstip een overzicht te presenteren over de meest uiteenlopende aanbodgegevens (aantallen, kenmerken, spreiding etc). Voor de meeste beroepen moet echter een beroep gedaan worden op ledenadministraties van de beroepsverenigingen of moet gebruik gemaakt worden van resultaten uit ad-hoc onderzoeken. Veelal zijn dit soort bronnen niet specifiek toegesneden om gebruikt te worden voor aanbodstudies. Een deel van de werkzamen is bijvoorbeeld geen lid van een beroepsvereniging en niet alle leden zijn daadwerkelijk werkzaam. Een en ander houdt in dat voor vele beroepsgroepen niet exact kan worden aangegeven hoeveel er personen werkzaam zijn en wat enkele achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht etc) zijn.

Medische beroepen

Voor huisartsen en verloskundigen is gebruik gemaakt van aanbod-registraties die het NIVEL reeds jaren over deze twee beroepsgroepen bijhoudt. Voor wat betreft de apothekers en tandartsen is gebruik gemaakt van gegevens uit de ledenadministraties van respectievelijk de KNMP en de NMT. Deze beroepsvereniging beschikt zowel over gegevens over leden als niet-leden.

Een belangrijke beroepsgroep waarover de meest essentiële aanbodgegevens ontbreken zijn de specialisten. Dit geldt zowel voor het aantal werkzamen als een aantal belangrijke kenmerken (leeftijd, geslacht, deeltijd etc.).

Andere medische beroepsgroepen waarover de informatievoorziening kwalitatief minder is, zijn de sociaal-geneeskundigen en verpleeghuisartsen. Het blijkt vrijwel onmogelijk om exact te bepalen hoeveel van deze gekwalificeerde beroepsbeoefenaren op een bepaalde peildatum werkzaam zijn.

Tot slot moet worden geconstateerd dat het veel problemen kost om het aantal overige artsen boven tafel te krijgen. Deels heeft dit te maken met verschillende definities die worden gehanteerd door de diverse gegevensbronnen.

Paramedische beroepsgroepen

De paramedische beroepsgroep waarover de meeste aanbodgegevens beschikbaar zijn betreft de fysiotherapeuten werkzaam in de extramurale gezondheidszorg. Het NIVEL houdt sinds 1985 een registratie van fysiotherapeuten bij. Ten behoeve van deze registratie worden alle fysiotherapiepraktijken om de twee jaar geënuquêteerd. Naast de extramuraal werkende fysiotherapeuten zijn er ook veel fysiotherapeuten intramuraal werkzaam. Hoeveel dat er zijn is onbekend, omdat over deze groep in het geheel geen gegevens verzameld worden.

Sinds 1996 zijn er ook over de beroepsgroep ergotherapeuten goede aanbodgegevens beschikbaar. Het NIVEL houdt in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Ergo-

therapie (NVE) sinds die datum een aanbodregistratie bij. Daartoe worden alle ergotherapeuten om de twee jaar schriftelijk geënquêteerd.

Met betrekking tot de overige paramedische beroepsgroepen moet voornamelijk gebruik gemaakt worden van gegevens uit de ledenadministraties.

Verplegende en verzorgende beroepen

In de verpleging en verzorging wordt het beroep in verreweg de meeste gevallen in dienstverband uitgeoefend. Deze informatie over deze categorie is afkomstig uit instellingen waar zij werkzaam zijn. De informatie over de verplegende en verzorgende beroepen is per sector echter ongelijksoortig. Is het in de thuiszorg en verzorgingshuizen mogelijk om allerlei subcategorieën te onderscheiden, in de intramurale gezondheidszorg ontbreekt deze mogelijkheid. Slechts via ramingen is de omvang van bepaalde subcategorieën (bijvoorbeeld A-verpleegkundigen) aan te geven.

De gegevens over het onderwijs zijn relatief goed. Bij de komende herziening van het verplegend en verzorgend onderwijs is het van essentieel belang dat de continuïteit gewaarborgd blijft.

Assisterende beroepen

De informatievoorziening over het aanbod van assisterende beroepen staat nog in de kinderschoenen. Een uitzondering hierop vormen de apothekersassistenten waarover door de KNMP jaarlijks overzichten worden gepubliceerd over zowel de aantallen als enkele kenmerken. Verder vindt door het NZi tweejaarlijks (operatie-assistenten) of driejaarlijks (medisch analisten) onderzoek plaats dat inzicht verschaft over aanbodgegevens betreffende deze beroepsgroepen. Helaas worden er nauwelijks gegevens verzameld over de kenmerken van deze twee beroepsgroepen. Voor wat betreft de tandartsassistenten moet gebruik gemaakt worden van ad-hoc onderzoeken die in 1990 en 1995 hebben plaatsgevonden. Op basis van deze ad-hoc onderzoeken is het niet mogelijk om alle kenmerken van deze beroepsgroep (retrospectief) in beeld te brengen.

Over de doktersassistenten in ziekenhuizen en de praktijkassistenten van huisartsen zijn geen gegevens voorhanden. Dit heeft er toe geleid om voor de RAZ 1996 voor wat betreft de praktijkassistenten een steekproefonderzoek uit te voeren. In totaal hebben de assistenten van 400 huisartspraktijken een schriftelijke enquête toegestuurd gekregen. De respons op deze enquête bedroeg ruim driekwart van alle aangeschreven praktijken. Dit betekent dat met de uitkomsten van het onderzoek een redelijk betrouwbaar beeld gegeven kan worden omtrent het aanbod van praktijkassistenten.

Naast bovengenoemde gegevensbronnen worden ook door het CBS gegevens verzameld over het aantal assisterende beroepsbeoefenaren. Daartoe wordt gebruik gemaakt van de CBS Enquête Beroepsbevolking. Op basis hiervan kunnen alleen globale schattingen gemaakt worden over de aantallen. Over de kenmerken worden geen gegevens verzameld.

6.2 Voorzieningen

Wat voor de beroepen geldt, geldt ook voor de voorzieningen: de informatievoorziening wordt door de grote verschillen gekenmerkt.

Van oudsher zijn er relatief veel gegevens beschikbaar over instellingen die tot de intramurale gezondheidszorg behoren. Deze gegevensverzameling heeft een wettelijke

grondslag (ex artikel 22 WZV). Voor een sectorgewijze benadering voldoen deze gegevens goed; door de verandering in de statistische categorieën in 1987 zijn echter gegevens over beroepsbeoefenaren nauwelijks meer te achterhalen.

Waar een dergelijk wettelijk kader en traditie ontbreken is de informatie schaarser voor handen. Twee soorten problemen spelen: de reikwijdte en de beschikbaarheid van informatie. Zo zijn de gegevens over personeel in verzorgingshuizen veel beperkter van aard. Het probleem van materiaal dat wel verzameld wordt, maar lastig beschikbaar komt, speelt bijvoorbeeld in de semimurale gehandicaptenzorg.

Beide problemen golden ook voor de thuiszorg. Sinds 1993 worden door het NZi ook de gegevens van de thuiszorginstellingen verzameld. De vooruitzichten dat de kwaliteit van de respons en de breedte van de vraagstelling verbeteren, wettigt de verwachting dat een informatiebron vergelijkbaar met die over de intramurale gezondheidszorginstellingen zal ontstaan.

Wat betreft de sector ambulancehulpverlening waren tot voor kort nauwelijks enige aanbodgegevens beschikbaar. In 1995 werd een eerste aanzet gegeven tot het verkrijgen van een gedegen overzicht van ambulancepersoneel door het verschijnen van het Adresboek Ambulancehulpverlening 1995. In 1996 kwam hierop een vervolg door het uitvoeren van het rapport 'Enquête Ambulancehulpverlening'. (NAP, LVGGD, SOVAM, SOSA). In de RAZ 1996 is aan de uitkomsten van dit rapport uitvoerig aandacht besteed. Het is volgens de opstellers de bedoeling het onderzoek, dat de gehele sector in beeld brengt, tweejaarlijks te herhalen.

6.3 Kanttekening externe dataleveranciers

Voor de RAZ 1996 kon een aantal CBS-gegevens over 1995 niet tijdig worden verkregen. Dit betreft in de eerste plaats gedetailleerde tabellen van de Vacature-enquête. Daarnaast waren de kwartaalcijfers over werkzame personen nog niet beschikbaar voor het laatste kwartaal van 1995, zodat voor een jaarcijfer volstaan moest worden met een raming.

De opgenomen gegevens van de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) betreft geregistreerde beroepsbeoefenaren 'werkzaam' en 'verblijvend in Nederland' per 31 december 1995.

Voor een aantal paramedische beroepsgroepen en de specialisten zijn de cijfers voor 1995 fors lager uitgevallen en niet vergelijkbaar met voorgaande jaren als gevolg van het opschonen van bestanden en een gewijzigde selectiemethode. Cijfers over verpleegkundigen zijn voor 1995 niet beschikbaar door overgang naar registratie in het kader van de BIG-wetgeving.

LITERATUUR EN BRONNEN

Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden (AWOB). **Bestedingsplan 1995**. Bunnik, 1995.

AWOZ. **Wegwijzer gezondheidszorg beroepen en opleidingen**. Utrecht, 1994.

Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (BVG).
- **WW-registratie, 1993-1995**.

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

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

Beer J. de. **Toekomstige huishoudensontwikkeling: demografie of gedrag?** Maandstatistiek Bevolking (CBS), 1996, 4, p.6-10.

Centraal Bureau voor de Statistiek CBS.

- **Statistiek van de verdiende lonen, diverse jaren**
- **Arbeidsrekeningen 1989-1993**
- **Enquête Beroepsbevolking (EBB) 1990-1995**
- **Vacature enquête 1990-1994**
- **Gezondheidsenquête 1991-1995**
- **Statistiek van de thuiszorg, diverse jaren**
- **Onderwijsstatistieken 1991-1995**
- **Statistiek van de bejaardenoorden, 1991-1996**
- **Uitkomsten Bevolkings- en Huishoudensprognose, 1995**

Centraal Planbureau (CPB). **Centraal Economisch Plan, 1996**.

Ctsv. **Kroniek van de sociale verzekeringen, 1995**.

Driessen M.J., J. Dekker: **Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg**. Utrecht, NIVEL, 1994

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

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

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

- Hingstman L. en J. Harmsen. **Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994**. Utrecht, De Tijdstroom/NIVEL, 1994.
- Hoving, P.G., A.M. Janssen: **Adresboek Ambulancehulpverlening 1995**. Grave, HHS Uitgeverij, 1994
- Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)
- **Jaarverslagen, 1991-1995**
- Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I.SZW): **Vermindering aantal ziekmeldingen**. Oktober 1994.
- Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I.SZW): **CAO's in Nederland**. Den Haag, I.SZW, 1995.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP)
- **Pharmaceutisch Weekblad, 1991-1995**
- **Ledenadministratie, 1996**.
- Kwartel A.J.J., L.V.R. Vandermeulen, D.M.J. Delnoy, J. Harmsen. **Brancherapport Verpleging en Verzorging: feiten, ontwikkelingen en knelpunten**. Utrecht, NZi/NIVEL 1994.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)
- **Databank Thuiszorg (LVT/NZi), diverse jaren**.
- Linssen J.A.C. **Opleiding van apothekersassistenten in beweging**. Pharmaceutisch Weekblad 1996; 131(3): p.83-87.
- Loo P.J.E. van de, J.M.J.A. Pisters, R.K.W. van der Velden, M.H. Wieling (ROA), M.C. Gimbrère (STOAS). **HBO-Monitor 1992. De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroepsonderwijs** (Statistisch supplement). Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, 1993.
- Loo, P.J.E. van de, J.M.J.A. Pisters, R.K.W. van der Velden, M.J. Wieling (ROA). **HBO-Monitor 1993. De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroepsonderwijs** (Statistisch supplement), Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, 1994.
- Loo, P.J.E. van de, J.M.J.A. Pisters, R.K.W. van der Velden, M.J. Wieling (ROA). **HBO-Monitor 1994. De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroepsonderwijs** (Statistisch supplement), Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, 1995.
- Loo P.J.E. van de, G.W.M. Ramaekers, R.K.W. van der Velden (ROA). **HBO-Monitor 1991. De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger gezondheidszorgonderwijs**. Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, 1992.
- Ministerie van VWS. **Zorg voor werk**. Den Haag, 1995.

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

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS); Staatstoezicht op de volksgezondheid/Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg (voorheen: Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid/GHI)

- **Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (REGBIG), 1991-1996**
- **Financieel Overzicht Zorg, diverse jaren.** Den Haag
- **Zorg voor werk.** Den Haag, 1995
- **Beroepsuitoefening van diëtisten, verslag van een onderzoek.** Rijswijk, 1993.
- **Beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Cesar, verslag van een onderzoek.** Rijswijk, 1993.
- **Beroepsuitoefening van oefentherapeuten-Mensendieck, verslag van een onderzoek.** Rijswijk, 1993.

NAP, LVGGD, SOVAM, SOSA. **Rapport. Enquête Ambulancehulpverlening, 1995.**

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

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

Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)

- **Ledenadministratie, 1991-1996**

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

- **Aanbodgegevens apothekersassistenten, 1990-1994**

Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG)

- **Ledenadministratie (RIAGG's in cijfers).** Utrecht, 1991-1995
- **Personeel in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.** Utrecht, diverse jaren

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)

- **Ledenadministratie, 1990-1996**

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE)

- **Ledenadministratie, 1991-1996**

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf)

- **Ledenadministratie, 1991-1996**

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM)

- **Ledenadministratie, 1991-1996**
- **Resultaten Enquête Beroepsuitoefening mondhygiënist(en), 1990/1995**
- **Vacaturegegevens, 1995**

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM)

- **Ledenadministratie, 1991-1996**

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO)

- **Ledenadministratie**, 1991-1996
- **Verslag 'Project Kwaliteitsbeleid NVvO'**, 1995

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)

- **Ledenadministratie**, 1991-1996

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

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

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

- **Registratie van werkzame en pas-afgestudeerde huisartsen**, 1991-1996
- **Registratie van werkzame en pas-afgestudeerde verloskundigen**, 1991-1996
- **Registratie van extramuraal werkzame fysiotherapeuten**, 1991-1996
- **Registratie van gezondheidscentra**, 1991-1996

NIZW. **Proeve van een beroepstructuur voor zorg en welzijn**. Utrecht, 1992.

NIZW. **Beroependomein Sociaal-cultureel werk**. Utrecht, 1996.

NIZW. **Beroependomein Sociaal-pedagogisch werk**. Utrecht, 1996.

NIZW. **Beroependomein Maatschappelijk werk**. Utrecht, 1996.

NMT, Afdeling Onderzoek & Informatievoorziening. **NMT-Peilstations: Mondhygiënisten en tandartsassistenten** (Omnibus-enquête 95-01). Nieuwegein, NMT, 1995.

NZf, NZi. **Gezondheidszorg in tel-3**. Utrecht, 1995.

NZi. **Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg**

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

Olieman R. e.a. **Zorg voor werk** (conceptrapport). Den Haag, OSA, 1996.

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

Paas G.R.A., R. Friele. **Plaats en functie van de diëtist**. Utrecht, NIVEL, 1996.

Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1996 (RAZ). **Deel 2: tabellenboek**, 1996.

Research voor Beleid BV. **Tabellenrapport Proefrapportage Arbeidsmarkt Zorgsector**. Leiden, 1994

Rijken P.M., Heugten C.M. van, J. Dekker. **Brancherapport paramedische zorg.** Utrecht, NIVEL, 1996.

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

- **Specialistenregister (inclusief opleidingsgegevens), 1990-1993**
- **Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van door de SRC erkende opleidingsinrichtingen.** Utrecht, diverse jaren

Stichting Bedrijfsfonds Apotheken (SBA)

- **Achtergrondgegevens apothekersassistenten, 1994**

Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts (SBOH)

- **Opleidingsgegevens huisartsen, 1991-1995**

Stichting Pensioenfonds Medewerkers Apotheken (SPMA)

- **Aanbodgegevens apothekersassistenten, 1990-1994**

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

Swinkels H. **Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie 1981-1994.** Maandbericht Gezondheidsstatistiek (CBS), 1995, nr.5, p.4-14.

TNO-NIPG. **Het takenpakket van de tandartsassistent, 1991.**

Vereniging Bewegingsleer.Cesar (VBC)

- **Ledenadministratie, 1990-1995.**

Windt W. van der. **De arbeidsmarkt voor instellingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg** Utrecht, NZi, 1993.

Windt, W. van der: **De stap van school naar lab.** Utrecht, NZi, 1994

Windt W. van der. **Opleidingscapaciteit radiologisch laboranten in beeld.** Utrecht, NVZ, 1996.

Ziekenfondsraad (ZFR). **Financieel Jaarverslag 1994.** Amstelveen.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds ziekenhuizen
BAZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BIG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen
CAD	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CBA	Centraal Bureau Arbeidsmarktvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CPB	Centraal Plan Bureau
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen
FIAD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FTE('s)	Full-time equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GAK	Gemeenschappelijk Administratie Kantoor
GGD	Gemeentelijk Geneeskundige Dienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
I.SZW	Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid
JWG	jeugd Werk Garantieplan
JWL	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
KNV	Koninklijk Nederlands Vervoer
KRA	Kaderregeling Arbeidsinpassing
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVGGD	Landelijke Vereniging van GGD'en
LVSG	Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MBRT	HBO-Opleiding voor Medische Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken
NAP	Nederlands Ambulance Platvorm
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktstandigheden
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NOV	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NOVON	Nederlandse onafhankelijke vakbond voor de overheids- en non-profit sector
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

NVBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVE	Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
NVGGz	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
NVOM	Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthoptisten
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
NVvz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NZF	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
RBRL	Stichting Raad Beroepsopleiding Radiologisch Laboranten
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
RvB	Research voor Beleid BV
SBA	Stichting Bedrijfsfonds Apotheken
SBI	Standaard Bedrijfs Indeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SGRC	Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten
SOSA	Stichting Opleidingen en Scholing ten behoeve van Ambulancevervoer
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
SPMA	Stichting Pensioenfonds Medewerkers Apotheken
SRC	Specialisten Registratie Commissie
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
STOAS	Bureau Arbeidsmarktonderzoek STOAS
SWG	Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen
SOVAM	Stichting Vakopleiding Ambulancehulpverlening
SOZAWE	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
VGN	Vereniging van Gipskamerpersoneel in Nederland
VU	Vrije Universiteit Amsterdam
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)

lijst van afkortingen

WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WEP	Werkervaringsplaatsen
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektenverzekeringen ARBO(-wet) Arbeidsomstandigheden(wet)
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad

BIJLAGE 1

In deze bijlage worden de tabellen gepresenteerd die de basis vormen voor de geschreven hoofdstukken in het hoofdrapport en een aantal grafische presentaties. Voor een volledig overzicht van alle gegevens in tabelvorm kan verwezen worden naar deel 2 (tabellenrapport) van deze RAZ 1996.

Tabel 1.: Aantal vacatures, werkzamen en vacaturegraad¹ naar sector vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995
Gezondheids- en veterinaire diensten				
Aantal vacatures	4.900	3.000	3.500	.
Aantal werkzamen	472.000	481.000	478.000	.
Vacaturegraad	1,0%	0,6%	0,7%	.
Maatschappelijke dienstverlening				
Aantal vacatures	3.200	2.100	2.200	.
Aantal werkzamen	263.000	260.000	270.000	.
Vacaturegraad	1,2%	0,8%	0,8%	.
Zorgsector				
Aantal vacatures	8.100	5.100	5.700	.
Aantal werkzamen	735.000	741.000	748.000	809.000
Vacaturegraad	1,1%	0,7%	0,8%	.
Nederland²				
Aantal vacatures	58.200	33.500	39.400	55.300
Aantal werkzamen	4.996.000	5.006.000	5.005.000	5.137.000
Vacaturegraad	1,2%	0,7%	0,8%	1,1%

¹ Aantal vacatures in een sector gedeeld door het aantal werkzamen in de sector vermenigvuldigd met 100%.

² Exclusief overheid en onderwijs.

Bron: CBS.

Tabel 2.: Ziekteverzuim in de zorgsector (exclusief bevallingsverlof) vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995
Ziekenhuizen	5.5	5.8	5.3	5.9
Psychiatrische ziekenhuizen	6.2	6.6	6.0	6.6
Zwakzinnigen-inrichtingen	6.1	6.4	6.0	6.9
Verpleeghuizen	7.3	7.5	6.7	7.6
Intramuraal	6.2	6.5	5.9	6.6
Artsenpraktijken	5.0	3.1	2.4	2.8
Tandartspraktijken	6.1	3.7	2.8	3.6
Verloskundigen en zelfst. verpl.k.	5.1	4.4	2.5	3.7
Ov. medische dienstverl. inst	5.9	5.9	5.0	5.7
Fysiotherapeuten	5.0	3.2	2.4	3.2
Apotheken	5.2	3.8	3.2	3.1
Overige gezondheidszorg	5.6	4.5	3.5	4.0
Wijkverpleging en kruisverenigingen	5.7	6.9	5.8	6.7
Bejaardenoorden	7.3	6.6	5.7	6.5
Teh. en dagverbl. voor gehandicapten	6.2	6.7	5.8	6.9
Soc. med. psych. en pedag. diensten	5.8	6.0	5.6	6.4
Maatschappelijke organisaties	7.4	7.6	6.9	8.1
Gezinsverzorging en bejaardenhulp	9.8	9.9	8.5	9.5
Consumentenvoorlichting en gezinsdiensten	4.9	4.8	4.5	5.6
Maatschappelijke dienstverlening	7.1	7.3	6.3	7.3
Totaal zorgsector	6.4	6.4	5.6	6.4

Bron: BVG.

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

	1990	1991	1992	1993	1994
Ziekenhuizen					
- algemeen	130.763	134.733	138.378	141.006	141.162
- categoriaal	11.249	11.246	11.784	11.940	11.570
- academisch	34.521	35.750	35.715	36.319	37.192
Totaal ziekenhuizen	176.533	181.729	185.877	189.265	189.924
Geestelijke gezondheidszorg					
- psychiatrische ziekenhuizen	35.966	37.623	38.916	39.958	40.150
- instellingen amb. geest.	7.862	8.259	8.352	8.592	8.761
- RIBW/herstellingsoorden	2.182	2.444	2.718	3.015	3.307
Totaal geestelijke gezondheidszorg	46.010	48.326	49.986	51.565	52.218
Gehandicaptenzorg					
- instellingen verstandelijk gehandicapten	41.975	43.989	45.866	48.865	51.010
- instellingen zintuiglijk gehandicapten	1.405	1.429	1.484	1.653	1.738
- MKD/MKT	3.103	3.205	3.530	3.658	3.654
- SPD	1.320	1.510	1.580	1.635	1.808
- semimuraal	25.870	26.551	26.953	31.202	36.025
Totaal gehandicaptenzorg	73.673	76.684	79.413	87.013	94.235
Ouderenzorg					
- bejaardenoorden	81.961	86.228	83.079	82.960	82.807
- verpleeghuizen	83.012	86.902	91.037	94.308	96.180
Totaal ouderenzorg	164.973	173.130	174.116	177.268	178.987
Thuiszorg					
- kruisorganisaties	19.660	20.950	22.150	24.530	.
- gezinsverzorging ¹	108.418	111.190	113.330	111.502	.
- kraamcentra	8.265	8.955	8.835	9.112	.
Totaal thuiszorg	136.343	141.095	144.315	145.144	149.228
Totaal	597.532	620.964	633.707	650.255	664.592

¹ Schatting voor 1991 en 1992 op basis van de part-time-factor in 1990 en 1993.

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

Tabel 4.: Aantal arbeidsplaatsen (fte) naar zorgsector vanaf 1990, jaargemiddelde

	1990	1991	1992	1993	1994
Ziekenhuizen					
- algemeen	100.098	100.924	102.131	102.520	100.513
- academisch	29.064	28.935	29.666	30.043	29.957
- categoriaal	8.625	8.577	8.880	8.596	8.170
Totaal ziekenhuizen	137.787	138.436	140.677	141.159	138.640
Geestelijke gezondheidszorg					
- psychiatrische ziekenhuizen	28.228	29.158	29.782	29.907	30.065
- instellingen amb. geest.	5.758	6.014	6.114	6.275	6.354
- RIBW/herstellingsoorden	1.649	1.845	1.940	2.135	2.310
Totaal geestelijke gezondheidszorg	35.635	37.017	37.836	38.317	38.729
Gehandicaptenzorg					
- instellingen verstandelijk gehandicapten	32.377	33.040	34.183	34.816	35.280
- instellingen zintuiglijk gehandicapten	1.110	1.123	1.139	1.221	1.269
- MKD/MKT	2.025	2.065	2.234	2.246	2.183
- SPD	843	944	1.010	1.045	1.106
- semimuraal	14.300	14.676	15.386	17.692	19.333
Totaal gehandicaptenzorg	50.655	51.848	53.952	57.020	59.171
Ouderenzorg					
- bejaardenoorden	53.859	53.955	54.980	54.344	50.473
- verpleeghuizen	58.883	60.053	61.335	62.381	62.618
Totaal ouderenzorg	112.742	114.008	116.315	116.725	113.091
Thuiszorg					
- kruisorganisaties	11.630	11.848	12.085	12.406	.
- gezinsverzorging	40.606	40.757	40.678	40.773	.
- kraamcentra	5.883	6.107	6.101	5.579	.
Totaal thuiszorg	58.119	58.712	58.864	58.758	58.062
Totaal	394.938	400.021	407.644	411.979	407.693

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

Tabel 5.: Aantal werkzame beroepsbeoefenaren vanaf 1991, per ultimo jaar

	1991	1992	1993	1994	1995
Medische beroepen					
- huisartsen (1)	6.535	6.595	6.649	6.753	6.814
- specialisten ¹ (2)	8.721	9.070	10.322	10.352	.
- artsen sociale gezondheidszorg (3)	3.432	3.565	.	3.875	4.056
- verpleeghuisartsen ² (4)	754	776	798	821	789
- tandartsen (5)	7.377	7.210	7.258	7.328	7.258
- tandarts-specialisten (6)	.	.	.	430	447
- apothekers (7)	2.035	2.143	2.222	2.248	2.313
- verloskundigen (8)	1.164	1.203	1.234	1.276	1.331
Paramedische beroepsgroepen					
- fysiotherapeuten (extramuraal) (9)	11.102	11.400	11.545	11.701	.
- fysiotherapeuten (intramuraal) (10)	.	.	.	.	.
- ergotherapeuten (11)	1.313	1.368	1.509	1.576	1.617
- logopedisten (12)	3.626	3.599	3.471	3.226	3.393
- diëtisten (13)	2.150	2.337	2.306	2.201	2.121
- mondhygiënisten (14)	1.135	1.178	1.278	1.278	1.353
- oefentherapeuten-Cesar (15)	744	783	795	793	823
- oefentherapeuten-Mensendieck (16)	831	853	860	851	832
- orthoptisten (17)	258	268	269	268	277
- podotherapeuten (18)	150	170	200	228	259
- radiologisch laboranten	.	.	.	.	.
Verplegende en verzorgende beroepen					
- verpleegkundige/verzorgende (intramuraal) (20)	191.554	198.719	205.737	210.436	.
- verpleegkundige (extramuraal) (21)	9.877	9.766	10.372	11.204	.
- ziekenverzorgende (extramuraal) (22)	2.686	2.933	3.093	3.201	.
- kraamverzorgenden (23)	5.339	5.202	5.771	4.937	.
- gezinsverzorgenden/gezinshelpenden (24)	101.200	101.000	106.174	107.823	.
Assisterende beroepen					
- apothekersassistenten (25)	10.881	11.534	12.259	12.661	13.254
- praktijkassistenten (26)	8.593	8.599	8.579	8.595	8.609
- tandartsassistenten (27)	10.350	.	.	.	12.600
- operatie assistenten (28)	6.687	.	6.885	.	7.066
- medisch analisten (HBO-niveau) (29)	6.021	.	.	6.567	6.749
- medisch analisten (MBO-niveau) (30)	2.327	.	.	2.538	2.608

¹ Specialisten met een contract met een ziekenfonds (bron: Beekmans e.a., 1994/VNZ).

² Totaal aantal ingeschrevenen.

Bron: NIVEL (1, 8, 9, 26), HVRC (4), NZi (2, 10, 19, 20, 28, 29, 30), CBS (21, 22, 23, 24), SGRC (3), NMT (5, 6), KNMP (7, 25), NVE (11), NVLF (12), NVD (13), NVM (14), VBC (15), NVOM (16), NVvO (17), NVvP (18).

Tabel 6.: Totaal aantal personen in opleiding per ultimo jaar en gemiddelde jaarlijkse mutatie, vanaf 1991

	1991	1992	1993	1994	1995	mutatie per jaar 1991-1995
Medische opleidingen						
- geneeskunde (1)	10.817	10.717	10.983	11.311	11.571	+ 1,7%
- tandheelkunde (2)	788	861	915	981	1.077	+ 8,1%
- farmacie (apotheker) (3)	1.332	1.304	1.385	1.564	1.690	+ 6,1%
- verloskunde (4)	211	230	255	285	342	+ 12,8%
Totaal						
Paramedische opleidingen						
- fysiotherapie (5)	4.928	4.715	4.765	4.714	4.608	- 1,7%
- ergotherapie (6)	587	575	623	801	1.049	+ 15,6%
- logopedie (7)	1.473	1.361	1.297	1.267	1.190	- 5,2%
- diëtetiek (8)	1.020	1.036	1.085	1.186	1.264	+ 5,5%
- mondhygiëne (9)	224	251	266	374	429	+ 17,6%
- oefentherapie-Cesar (10)	208	213	211	211	209	+ 0,1%
- oefentherapie-Mensendieck (11)	196	200	209	215	224	+ 3,4%
- orthoptiek (12)	41	52	65	72	73	+ 15,5%
- podotherapie (13)	86	98	104	97	97	+ 3,1%
- radiologisch laborant (14)	.	.	.	.	.	.
Totaal						
Verplegende beroepen						
- verpleegkundige-A (15)	11.907	11.339	10.731	9.782	.	- 6,3% ¹
- verpleegkundige-B (16)	2.766	2.612	2.546	2.437	.	- 4,1% ¹
- verpleegkundige-Z (17)	4.117	4.150	4.214	3.988	.	- 1,1% ¹
- ziekenverzorgenden (18)	8.203	8.112	7.676	7.612	.	- 2,5% ¹
Totaal in-service	26.993	26.213	25.167	23.819	.	- 4,1%¹
HBO-V (voltijd) (19)	8.210	7.971	8.024	8.265	.	+ 0,2% ¹
MDGO-VP (20)	3.487	3.735	4.102	4.168	.	+ 6,1% ¹
Totaal dagonderwijs	11.697	11.706	12.126	12.433	.	+ 2,1%¹
Totaal	38.690	37.519	37.293	36.252	.	- 2,1%¹
Verzorgende beroepen						
OVDB						
- bejaardenverzorgenden (21)	2.651	2.734	2.493	2.150	2.039	- 6,4%
- bejaardenhelpenden (22)	774	674	572	600	534	- 8,9%
- gezinsverzorgenden (23)	1.928	1.915	1.830	1.216	662	- 23,5%
- gezinshelpenden (24)	634	546	330	254	114	- 34,9%
- kraamverzorgenden (25)	272	228	168	132	123	- 18,0%
- verzorgingsassistenten (26)	1.601	1.298	992	262	184	- 41,8%
Totaal leerlingstelsel	7.860	7.395	6.385	4.614	3.656	- 17,4%
MDGO-Vz lang (27)	12.096	11.665	11.115	10.814	10.524	- 3,4%
MDGO-Vz kort (28)	2.782	3.287	4.001	4.402	4.510	+ 12,8%
Totaal	22.738	22.347	21.501	19.830	18.690	- 4,8%

¹ Mutatie per jaar 1994-1994.

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

Tabel 7.: Aantal werkzame personen zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar geslacht vanaf 1991, jaargemiddelden

	1991	1992	1993	1994	1995
	x 1000				
Medische beroepen					
Mannen	29	31	28	29	30
Vrouwen	10	7	15	13	13
Totaal	39	38	43	42	43
Paramedische beroepen					
Mannen	11	11	14	14	12
Vrouwen	37	30	30	29	29
Totaal	48	41	44	43	41
Verplegende en verzorgende beroepen					
Mannen	40	37	40	40	37
Vrouwen	296	271	275	271	292
Totaal	336	309	315	311	329
Assisterende beroepen					
Mannen	.	.	.	.	.
Vrouwen	29	33	32	34	36
Totaal	30	34	32	35	37
Totaal zorgberoepen					
Mannen ¹	80	79	82	83	80
Vrouwen	373	342	352	347	370
Totaal	454	422	434	431	450
Nederland					
Mannen	3.732	3.781	3.771	3.747	3.814
Vrouwen	2.057	2.105	2.154	2.172	2.249
Totaal	5.789	5.886	5.925	5.919	6.063

¹ Onderschatting van maximaal 5 doordat gegevens van mannelijke assistenten ontbreken.

. < 5.

Bron: CBS.

Tabel B.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen, de sector verplegende en verzorgende beroepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar etniciteit vanaf 1991, jaargemiddelden

	1991	1992	1993	1994	1995
	x 1000				
Zorgberoepen					
Autochtoon	426	393	408	401	422
Allochtoon	28	28	26	30	28
Totaal	454	421	434	431	450
Waarvan vrouwen:					
Autochtoon	350	323	334	326	349
Allochtoon	23	20	18	21	21
Totaal	373	343	352	347	370
Waarvan verplegende en verzorgende beroepen:					
Autochtoon	315	289	298	290	311
Allochtoon	21	20	17	21	18
Totaal	336	309	315	311	329
Nederland					
Autochtoon	5.360	5.438	5.452	5.435	5.574
Allochtoon	430	448	473	484	489
Totaal	5.790	5.886	5.925	5.920	6.063

Bron: CBS.

Tabel 9.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen¹ op de Nederlandse arbeidsmarkt naar leeftijd vanaf 1991, jaargemiddelden

Leeftijd	1991	1992	1993	1994	1995
	x 1000				
Medische beroepen					
15-24 jaar	.	.	.	.	.
25-34 jaar	14	10	11	10	11
35-44 jaar	15	16	17	16	15
45-54 jaar	7	9	11	12	14
55-64 jaar	.	.	.	.	.
Totaal	39	38	43	42	43
Paramedische beroepen					
15-24 jaar	8	5	.	.	.
25-34 jaar	23	16	19	18	16
35-44 jaar	13	13	15	16	15
45-54 jaar	.	7	6	.	6
55-64 jaar	.	‡	.	.	.
Totaal	48	41	44	43	41
Verplegende en verzorgende beroepen					
15-24 jaar	72	58	54	48	43
25-34 jaar	135	120	117	112	118
35-44 jaar	86	88	91	95	101
45-54 jaar	36	36	45	46	56
55-64 jaar	7	7	8	10	10
Totaal	336	309	315	311	329
Assisterende beroepen					
15-24 jaar	8	8	9	9	9
25-34 jaar	12	12	12	13	13
35-44 jaar	7	8	7	7	10
45-54 jaar	.	6	.	.	.
55-64 jaar	.	‡	.	.	.
Totaal	30	34	32	35	37
Nederland					
15-24 jaar	950	927	871	819	776
25-34 jaar	1.835	1.877	1.903	1.877	1.924
35-44 jaar	1.606	1.601	1.598	1.609	1.659
45-54 jaar	1.054	1.129	1.208	1.255	1.330
55-64 jaar	345	352	345	360	373
Totaal	5.790	5.885	5.925	5.920	6.063

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

† Werkzamen in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.

. < 5.

Bron: CBS.

Tabel 10.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar arbeidsduur vanaf 1991, jaargemiddelden

Arbeidsduur	1991	1992	1993	1994	1995
	x 1000				
Zorgberoepen					
12-34 uur	242	235	244	247	272
>34 uur (35-44 uur+onbekend, voor medici)	203	185	191	186	177
Totaal	445	420	434	431	450
Nederland					
12-34 uur	1.465	1.435	1.498	1.569	1.688
>34 uur	4.324	4.451	4.428	4.351	4.375
Totaal	5.790	5.885	5.925	5.920	6.063

Bron: CBS.

Tabel 11.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar arbeidsduur vanaf 1991, jaargemiddelden

Arbeidsduur	1991	1992	1993	1994	1995
	x 1000				
Medische beroepen					
12-34 uur	7	6	11	8	9
35-44 uur + onbekend ¹ of >34 uur	32	32	32	34	34
Totaal	39	38	43	42	43
Paramedische beroepen					
12-34 uur	26	26	23	22	24
>34 uur	18	15	21	22	17
Totaal	44	41	44	43	41
Verplegende en verzorgende beroepen					
12-34 uur	193	186	191	196	216
>34 uur	140	121	124	116	113
Totaal	333	307	315	311	329
Assisterende beroepen					
12-34 uur	16	17	19	21	23
>34 uur	13	17	14	14	14
Totaal	29	34	32	35	37
Totaal zorgberoepen					
12-34 uur	242	235	244	247	272
>34 uur (35-44 uur+onbekend, voor medici)	203	185	191	186	177
Totaal	445	420	434	431	450
Nederland					
12-34 uur	1.465	1.435	1.498	1.569	1.688
> 34 uur	4.324	4.451	4.428	4.351	4.375
Totaal	5.790	5.885	5.925	5.920	6.063

¹ Vanaf 1993 zijn de categorieën veranderd. Uit die gegevens blijkt dat de onbekenden in 1990 tot en met 1992 waarschijnlijk de medici zijn die meer dan 44 uur per week werken.

Bron: CBS.

Tabel 12.: Vacaturegegevens verplegende en verzorgende beroepen vanaf 1991, jaargemiddelden

	1991	1992	1993	1994	1995
Verplegende en verzorgende beroepen					
Aantal vacatures	5.100	3.900	2.200	2.400	.
waarvan:					
Vacature \geq 20 uur	3.900	3.000	1.400	1.800	.
Moeilijk vervulbaar	2.300	1.500	300	300	.
Nederland					
Aantal vacatures	86.500	58.200	33.500	39.400	55.300
waarvan:					
Vacature \geq 20 uur	69.500	45.300	25.000	30.600	.
Moeilijk vervulbaar	36.900	20.500	6.100	7.900	.

Bron: CBS.

Tabel 13.: Vacaturegraad¹ verplegende en verzorgende beroepen vergeleken met de Nederlandse arbeidsmarkt vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995
Verplegende en verzorgende beroepen				
Aantal vacatures	3.900	2.200	2.400	.
Aantal werkzamen	309.000	315.000	311.000	.
Vacaturegraad	1,3%	0,7%	0,8%	.
Nederland²				
Aantal vacatures	58.200	33.500	39.400	55.300
Aantal werkzamen	4.996.000	5.006.000	5.005.000	5.137.000
Vacaturegraad	1,2%	0,7%	0,8%	1,1%

¹ Aantal vacatures in een sector gedeeld door het aantal werkzamen in de sector vermenigvuldigd met 100%.

² Exclusief overheid en onderwijs.

Bron: CBS.

