

OOGZORG IN NEDERLAND

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997

Verdiepingsstudie nr. 3

A.J.J. van der Kwartel

oktober 1997



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

NZi - Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg
Postbus 9697 - 3506 GR Utrecht - Tel: 030 2739700

Kwartel, A.J.J. van der

Oogzorg in Nederland. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997.

Verdiepingsstudie nr. 3 / A.J.J. van der Kwartel

Utrecht: NZi- Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, 1997
met lit. opg.

ISBN 6905-352-7

Trefw.: oogzorg, zorgvraag, beleidsontwikkeling

Lay-out
Omslag

José Velthuis
Mieke Cornelius

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	1
1.1	Achtergrond	1
1.2	Beperkingen	1
1.3	Overzicht	1
2	OOGZORG IN NEDERLAND	7
	<i>MEDISCHE, PARAMEDISCHE EN PERIMEDISCHE BEROEPSGROEPEN</i>	
2.1	Huisartsen	7
2.2	Oogartsen	11
2.3	Optometristen	14
2.4	Orthoptisten	16
2.5	Technisch Oogheelkundig Assistenten (TOA's)	17
	<i>COMMERCIEËLE BEROEPSGROEPEN</i>	
2.6	De optiekbranche	18
2.7	Opticiens	19
2.8	Contactlensspecialist	20
2.9	Voorzieningen	21
2.10	Een globale internationale vergelijking	23
3	DE ONTWIKKELING VAN DE ZORGVRAAG	26
3.1	Veranderend consumentengedrag	26
3.2	Verwachtingen ten aanzien van de oogheelkundige pathologie	27
3.3	Enkele onderzoeksresultaten	28
4	KNELPUNTEN	30
4.1	Wachlijsten	30
4.2	Tarieven- en honoreringsstructuur	34
4.3	Taakafstemming	35
5	BELEIDSONTWIKKELINGEN	37
6	BESCHOUWING	38
6.1	Oogzorg in Nederland	38
6.2	Informatieproblematiek	39
	LITERATUUR	41

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond

Deze notitie is opgesteld in het kader van het 'Branche-rapport Somatische Curatieve Sector 1997'. Dit branche-rapport geldt als achtergrondstudie bij het uit te brengen JOZ '98. In het kader van dit branche-rapport is door het Ministerie van VWS gevraagd om voor een aantal deelsectoren van de somatische curatieve zorg 'verdiepende studies' uit te voeren. Dergelijke verdiepende studies beogen in feite hetzelfde als de branche-rapporten, namelijk het verschaffen van informatie over relevante feiten, ontwikkelingen en knelpunten. Omdat zo'n studie zich echter richt op een relatief kleine subsector van de totale somatisch curatieve sector, werkt zij als het ware als een 'vergrootglas', waarmee meer details zichtbaar worden en zij meer expliciet een bijdrage kan leveren aan de verdere beleidsontwikkeling voor de betreffende subsector.

Voor de sectoren, waarvoor om een dergelijke verdiepende studie werd gevraagd, oogzorg, CVA-problematiek en thuiszorg, geldt dat zij politiek en beleidsmatig nog geruime tijd in de belangstelling zullen staan en dat zij een goede proeftuin kunnen vormen voor de ontwikkeling van transmurale zorg.

Dit laatste moet voor wat betreft de oogzorg worden genuanceerd. De oogzorg kent niet de problematiek van de 'verkeerde bedden' of van 'ziekenhuisverplaatste zorg', waarmee transmurale zorg meestal wordt geassocieerd. Het begrip transmurale zorg ter verhoging van de kwaliteit en doelmatigheid krijgt in deze sector vooral betekenis in het streven naar een optimale samenwerking en taakverdeling binnen en tussen de eerstelijns- en de tweedelijnsgezondheidszorg en de (commerciële) optiekbranche.

1.2 Beperkingen

De oogzorg in Nederland bevindt zich in een gevoelige fase van een ingrijpend veranderingsproces, waarbij posities, belangen en onderlinge relaties van partijen betrokken zijn. Hierdoor was niet alle zakelijke, kwantitatieve informatie even gemakkelijk voor de onderzoekers toegankelijk. Dat heeft er ook mee te maken, dat de oogzorg in Nederland voor een (belangrijk) deel een commerciële aangelegenheid is, waarin kwantitatieve informatie al gauw een strategisch belang krijgt. Pogingen om bijvoorbeeld enige zakelijke informatie uit de optiekbranche te verkrijgen stuitten in een enkel geval op duidelijke weerstand. Ook konden niet vrijuit interviews worden gehouden met vertegenwoordigers van de betrokken partijen.

Dit brancherapport is daarom grotendeels gebaseerd op diverse publicaties met betrekking tot de oogzorg in Nederland, waarvan de relevante informatie in onderlinge samenhang wordt gepresenteerd. Deze publicaties bestrijken grofweg de periode 1989-1997.

1.3 Overzicht

Deze notitie is als volgt opgebouwd: Na deze inleiding volgt eerst een beschrijving van de oogzorg in Nederland. Per beroepsgroep en/of voorziening wordt een omschrijving

gegeven van plaats en functie in de oogzorg en van de belangrijkste ontwikkelingen. Waar mogelijk wordt relevante statistische informatie verstrekt. In paragraaf drie wordt de ontwikkeling van de zorgvraag beschreven aan de hand van het veranderende consumentengedrag, verwachtingen ten aanzien van de oogheeskundige pathologie en enkele incidentele onderzoeken. In paragraaf vier wordt een aantal knelpunten in de oogzorg beschreven. In het bijzonder komen aan de orde: de wachtlijsten, de tarieven- en honoreringsstructuur en de onderlinge taakafstemming. In paragraaf vijf wordt kort ingegaan op de recent geformuleerde ontwikkelingslijnen in het overheidsbeleid. Ten slotte volgt in paragraaf 6 nog een korte beschouwing. Hierin wordt ook de informatieproblematiek nader aan de orde gesteld.

2 OOGZORG IN NEDERLAND

In dit hoofdstuk wordt de oogzorg in Nederland beschreven aan de hand van de daarin functionerende beroepsgroepen en voorzieningen. Per beroepsgroep wordt een beschrijving gegeven van de plaats en taak in de oogzorg en van de meest relevante ontwikkelingen.

Daarbij wordt een onderverdeling aangehouden naar: medische, para- en perimedische beroepsgroepen (de paragrafen 2.1 tot en met 2.5), de optiekbranche (paragraaf 2.6), commerciële beroepsgroepen (paragrafen 2.7 en 2.8) en voorzieningen (paragraaf 2.9). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf, waarin de oogzorg in Nederland globaal wordt vergeleken met die in andere landen.

MEDISCHE, PARAMEDISCHE EN PERIMEDISCHE BEROEPSGROEPEN

2.1 Huisartsen

Algemeen

De huisarts wordt traditioneel beschouwd als de centrale figuur in de eerstelijnsgezondheidszorg: de 'poortwachter' naar de tweede lijn. Volgens de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (Van der Velden, e.a., 1991) bedraagt de incidentie van oogaandoeningen in de huisartsenpraktijk ruim 60 per 1.000 per jaar. Vanuit de rol als 'poortwachter' kan een bezoek aan de huisarts in het kader van de oogzorg de volgende uitkomsten hebben (Baggen, e.a., 1993):

- Mensen zonder afwijkingen worden naar huis gestuurd.
- Mensen met alleen een refractie-afwijking worden naar de opticiens verwezen.
- 'Minor ailments' worden ter plekke behandeld.
- Patiënten met ernstige oogafwijkingen worden tijdig naar de oogarts verwezen.

Verwijsgedrag

Het algemene beeld is, dat huisartsen voor wat betreft de oogzorg niet echt functioneren als poortwachter van de tweede lijn. In de praktijk verwijst de huisarts meestal door naar de tweede lijn. Daar zijn meerdere -met elkaar samenhangende- redenen voor aan te geven (zie onder meer: Baggen e.a., 1993):

- Er ontbreekt een 'traditie' eerstelijns oogheelkunde, waardoor men niet de gelegenheid heeft tijdens de opleiding de noodzakelijke kennis en vooral vaardigheden op te doen.
- Er is een relatief grote investering nodig om de benodigde apparatuur in de huisartsenpraktijk te installeren.
- De precieze vormgeving van de locatie oogheelkunde is zeer belangrijk.
- Het stellen van oogheelkundige diagnoses kost relatief veel tijd. Vanuit efficiency-overwegingen mag een oogheelkundig consult niet langer dan tien minuten duren, 'omdat er anders geen sprake is van eerstelijns geneeskunde' (Baggen, e.a., 1993).

Uit het basisrapport 'Verrichtingen in de huisartspraktijk' uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Van der Velde e.a., 1991) blijkt, dat van de ziektegevallen ('episodes') meer dan de helft wordt doorverwezen naar de tweede lijn. Nader uitgesplitst blijkt dat voor refractieproblematiek zelfs meer dan 90% te zijn.

Het gaat dan wel om waarnemingen van zo'n tien jaar geleden.

Sinds enige jaren wordt steekproefgewijs onder huisartsenpraktijken het verwijsgedrag van huisartsen naar de tweede lijn geregistreerd. Uit deze gegevens blijkt het volgende verwijsgedrag naar oogheelkunde:

Tabel 2.1 Verwijzingen naar het specialisme oogheelkunde per 1.000 ziekenfondsverzekerden respectievelijk particulier verzekerden, LINH 1994-1996

Per 1.000 ziekenfondsverzekerden			Per 1.000 particulier verzekerden		
1994	1995	1996	1994	1995	1996
70,8	66,9	64,4	7,2	6,3	8,7

Bron: LINH

Er lijkt sprake te zijn van een lichte daling van verwijzingen van ziekenfondsverzekerden. Over het verwijsgedrag ten aanzien van particulier verzekerden valt uit deze cijferreeks geen conclusie te trekken.

Het grote verschil in aantallen verwijzingen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden wordt in ieder geval voor een deel verklaard door het feit, dat voor particulier verzekerden een verwijzing naar de oogarts niet verplicht is. Daarnaast zou er sprake kunnen zijn van een verschil in hulpzoekgedrag bij oogproblemen (zie ook de paragrafen 3.1 en 6.1).

Naast deze jaarlijkse algemene registraties zijn er incidenteel onderzoeken uitgevoerd, specifiek gericht op de verwijzingen naar de oogheelkunde. Uit deze incidentele onderzoeken lijken de volgende tabellen relevant in het kader van dit brancherapport:

Tabel 2.2 Verwijzingen naar oogartsen: aantallen per 1.000 per jaar, naar leeftijd en geslacht van de verwezen patiënten

Leeftijd	Mannen (n=332)	Vrouwen (n=486)
0-4	15,6	20,8
5-14	9,4	11,4
15-24	4,8	7,5
25-44	5,5	7,7
45-64	15,6	16,7
65-74	27,1	41,3
75+	45,6	52,1
Totaal	11,3	15,4

Bron: Van de Lisdonk, e.a., 1994

Uit bovenstaande tabel blijkt, dat het aantal verwijzingen naar de oogarts relatief hoog is vóór het 15e jaar (10 à 20 per duizend), voor de leeftijdsgroep 15-44 jaar relatief laag is (5 à 8 per duizend) en daarna met de leeftijd sterk oploopt.

Tabel 2.3 Verwijzingen door de huisarts naar de oogarts in vijfjaarsperioden naar bij die verwijzing geconstateerde aandoening. Percentages

	1971-1975 n=1044	1976-1980 n=782	1981-1985 n=654	1986-1990 n=818
Refractieafwijkingen	66	45	31	23
Cataract	3	7	8	13
Strabismus	6	6	6	6
Andere ziekten oog	5	11	14	17
Nerveus-functionele klachten	4	7	3	3
Conjunctivitis	2	3	5	4
Corpus alienum	3	3	5	3
Iri(docycli)tis	1	1	2	2
Ooginfecties	1	1	2	1
Glaucoom	1	2	2	2
Diabetes	-	1	5	11
Hypertensie	1	3	5	3
Overige	7	10	13	13
Verwijscofjer per 1.000 patiënten	17,6	13,7	11,2	13,5

Bron: Van de Lisdonk, e.a. (1994)

Opvallende zaken in deze tabel zijn de afname van het aantal verwijzingen op grond van refractie-afwijkingen. Sterke stijgingen zijn zichtbaar voor de aandoeningen 'cataract' en 'diabetes'. Opvallend is ook de grote stijging van het percentage verwijzingen onder de noemers 'andere ziekten oog' en 'overig'.

De auteurs merken op, dat de gevonden verwijscofjers (13,5 in de periode 1986-1990) aanzienlijk lager zijn dan het getal 23 per 1.000 dat in een ander onderzoek werd gevonden en schril afsteken bij het landelijk cijfer van ongeveer 100 verwijskaarten oogheekunde per 1.000 verzekerden per jaar in 1986. De auteurs geven daarbij aan, dat deze cijfers onderling niet zonder meer met elkaar vergelijkbaar zijn.

De afnemende verwijscofjers in geval van refractieproblematiek kunnen worden verklaard uit een veranderend hulpzoekgedrag. Mensen hebben steeds minder de neiging om zich met refractieproblematiek tot de huisarts en de oogarts te wenden. Deze ontwikkeling wordt bevestigd door gegevens uit de optiekbranche (zie ook paragraaf 3.1).

Opleidingen

Eén van de verklaringen van het hoge doorverwijscofjer van huisartsen naar de tweede lijn was, dat oogheekunde traditioneel weinig aandacht kreeg in de opleiding. Er zijn daarom verschillende experimenten geweest om na te gaan of bijscholing van huisartsen op dit gebied zou leiden tot lagere verwijscofjers. (Zie bijvoorbeeld: Baggen, e.a., 1993; Kamp, e.a., 1995; Van Leeuwen, e.a. 1996)

Van Leeuwen e.a. (1996) formuleren de volgende doelstellingen voor zo'n cursus eerstelijns oogheekunde:

De huisarts moet binnen een consulttijd van 15 minuten in staat zijn onderscheid te maken tussen de volgende categorieën van aandoeningen:

- minor ailments, door de huisarts zelf af te handelen;
- refractieafwijkingen zonder complicerende oogafwijking, welke verwezen worden naar de opticiens;
- oogaandoeningen, welke verwezen worden naar de oogarts;
- spoedeisende oogaandoeningen, welke met spoed worden verwezen naar de oogarts.

Het algemene beeld uit deze experimenten is, dat huisartsen met een goede nascholing minder doorverwijzen naar de tweede lijn. Uit het onderzoek van Kamp e.a. (1995) komt trouwens ook de suggestie naar voren, dat het doorverwijzen voor refractieproblematiek in ieder geval daalt, ook door huisartsen die geen bijscholing hebben ontvangen.

Uit dit laatste onderzoek komen enkele redenen naar voren, waarom huisartsen niet handelen volgens de NHG-standaard en de lokale afspraken:

- geen financiële vergoeding;
- onvoldoende vaardigheid in de oogheeskundige diagnostiek;
- kost te veel tijd.

Stimulansen zijn:

- feed-back van de oogarts;
- regelmatige bijscholing.

De onderzoekers komen in dit onderzoek tot de conclusie, dat het erop lijkt, dat de NHG-standaard Oogheeskundige Diagnostiek voor sommige huisartsen te hoog gegrepen is.

Voor wat betreft de diagnostiek door huisartsen zou dit wel eens een te milde omschrijving kunnen zijn. Het Nederlands Oogheeskundig Gezelschap (NOG) stelt bijvoorbeeld:

“Recent onderzoek heeft uitgewezen dat oogspiegelen zo’n specifiek onderzoek is, dat ondanks grote inzet van zowel de huisarts als oogarts oogspiegelen als te moeilijk wordt ervaren door 80% van de huisartsen.”
(Reader, 1995)

Van der Horst concludeert in het rapport “Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland” (1996):

“... is het begrijpelijk dat de oogheeskundige standaard van het NHG nauwelijks geïmplementeerd blijkt... (...) De oplossingen die huisartsen (...) aanreiken liggen ten dele in het binnen een samenwerkingsverband doen specialiseren van een huisarts (...). Vanuit een groter deel van de huisartsen wordt echter aangedrongen op oplossingen in termen van samenwerkingsverbanden met opticiens/optometristen, oogartsen en orthoptisten.”

In het licht van deze kanttekeningen kan de vraag worden gesteld of alle huisartsen een dergelijke nascholingscursus zouden moeten volgen. Dat lijkt niet nodig en ook niet goed mogelijk. Een huisarts kan onmogelijk op alle zorgonderwerpen bij- en nascholing volgen. Gesuggereerd wordt dan ook, dat van een groep samenwerkende huisartsen één of twee zo’n nascholing volgen. Zij kunnen hun kennis overdragen aan hun collegae, maar ook kan er bijvoorbeeld een speciaal spreekuur voor oogheeskundige klachten worden georganiseerd.

Behalve het stimuleren van na- en bijscholing zijn ook andere oplossingen denkbaar, waarbij de huisarts niet extra wordt belast met het zelf uitvoeren van diagnostische handelingen, maar wel de medische verantwoordelijkheid behoudt. Zo suggereerde de LHV:

“De huisartsen kunnen mogelijkheden worden geboden om in primaire oogzorg te voorzien. Te denken valt aan refractie-onderzoek door daartoe gekwalificeerde optometristen. Oogboldrukmeting en fundusfotografie kunnen via een diagnostisch centrum worden gerealiseerd.” (Reader, 1995)

2.2 Oogartsen

De oogarts is als medisch specialist de centrale hulpverlener in de tweedelijns gezondheidszorg waar het aankomt op het behandelen van oogheelkundige pathologie.

Verreweg de meeste oogartsen zijn werkzaam in ziekenhuizen. Een beperkt aantal werkt uitsluitend extramuraal (onder meer in privé-klinieken) en een wat groter aantal werkt zowel intra- als extramuraal. De precieze aantallen zijn niet bekend. Voor 1995 zijn in verschillende bronnen verschillende aantallen aangetroffen. Naar orde van grootte komen zij wel met elkaar overeen, zodat voor 1995 de volgende aantallen kunnen worden aangehouden: Totaal zijn er 442 oogartsen werkzaam en 96 in opleiding (NOG). Daarvan werken zo'n 30 oogartsen geheel extramuraal en ongeveer 100 zowel intra- als extramuraal.

Deze aantallen betreffen overigens personen. Van ziekenhuizen is nauwkeurig bekend hoeveel FTE oogartsen daar werkzaam zijn (zie paragraaf 2.8). Voor 1996 zou sprake zijn van 480 werkzame oogartsen.

Een typering van de beroepsgroep

De meest uitgebreide beschrijving van het oogartsenberoep van de laatste jaren is opgesteld door Biesheuvel-Snellen in haar rapport 'Het oog wil ook wat' uit 1990. De hierna volgende gegevens uit 1989 zijn aan dit rapport ontleend.

De beroepsgroep van werkzame oogartsen (420 personen) kon voor 1989 als volgt nader worden getypeerd:

- 78% van hen waren mannen.
- Er wordt geschat, dat 336 oogartsen full-time werkten en 84 part-time.
- Gemiddeld werd 34 uur per week besteed aan spreekuur, laserwerkzaamheden en operaties (SLO). Full-timers gemiddeld 37 uur, part-timers gemiddeld 22 uur.
Die 34 uur verdeelde zich als volgt over de drie genoemde onderdelen:
Spreekuren: 25 uur
Operatietijd: 6 uur
Laserwerkzaamheden: 2 uur
Het aantal uren SLO-werkzaamheden per week blijkt mede af te hangen van de leeftijd van de oogarts. De piek ligt bij 45-49 jaar.
- Per spreekuur van 4 uur werden gemiddeld 27 patiënten gezien (14 eerste consulten, 13 herhalingsconsulten). Dat betekent, dat er gemiddeld 8 à 9 minuten per patiënt wordt besteed.
8 patiënten per spreekuur waren 'echt' nieuwe patiënten.
Aan nieuwe patiënten wordt gemiddeld 12 minuten besteed, aan controle gemiddeld 7 minuten. Dit zijn niet de gewenste uren, maar de feitelijke uren. Gewenst is 15, respectievelijk 9 minuten.
- De wachttijd voor een spreekuur was gemiddeld 10 weken.
- Gemiddeld werden door een oogarts per jaar 218 klinische en poliklinische operaties verricht. In absolute aantallen kwam dit neer op ongeveer 91.560 operaties.
- Het gemiddeld aantal laserbehandelingen was 4,6 per week. Bij 44 werkweken komt

dit neer op zo'n 85.000 laserbehandelingen per jaar.

- Gemiddeld stonden oogartsen 6 bedden ter beschikking (Universitair 21, niet-universitair 4).
 - Geschat wordt voor 385 full-time oogartsen, dat zij in totaal 700.000 patiëntenuren maakten in 1989. Oftewel: 41,5 uur per week per FTE-oogarts. Daar kwamen dan nog 10 uur per week niet-patiëntgebonden activiteiten bij.
 - Gemiddeld 63% van de spreekuurtijd wordt besteed aan oogheeskundige pathologie. Dit getal is inclusief universitair werkende oogartsen. Zonder deze: 61%. Dat betekent, dat oogartsen gemiddeld 37% van hun tijd besteedden aan refractiebehandelingen. (Zie tabel 5)
- 55% van de oogartsen doen zelf nog alle refractiewerkzaamheden.

In de oogartsenpraktijken waren in 1989 de volgende hulpkrachten werkzaam:

- In 80% was een orthoptiste werkzaam.
- 27% van hen deed de refractiebehandelingen
- in 48% een technisch oogheeskundig assistent (TOA)
- 69% van hen deed de refractiebehandelingen
- in 23% een opticien/optometrist
- in 45% was zowel een TOA als een orthoptist werkzaam

Over 1994 kunnen de volgende gegevens worden gepresenteerd (Reader, 1995;) - het betreft hierbij een opgave van het NOG met betrekking tot haar ledenbestand:

442 oogartsen vervullen gezamenlijk 373 FTE-functieplaatsen. Van deze 442 oogartsen werken er 23 uitsluitend extramuraal en 70 zowel intra- als extramuraal. Er zijn 102 universitair werkende oogartsen.

Het aantal assistenten in opleiding is 94.

Over 1996 kunnen nog de volgende gegevens over deze beroepsgroep worden verstrekt (Heiligers e.a., 1997):

- Volgens de registratie van het NOG waren begin 1996 439 oogartsen werkzaam. 74% van hen zijn mannen.
- De gemiddelde leeftijd is 45 jaar.
- Van de mannelijke oogartsen werkt 63,5% full-time, van de vrouwelijke 25,3%.
- Per FTE wordt per week 42,5 uur besteed aan patiëntgebonden activiteiten en 10,6 uur aan niet-patiëntgebonden activiteiten.

In de oogzorg kan onderscheid worden gemaakt tussen een medische subsector en een commerciële subsector. Dit onderscheid blijkt ook voor oogartsen niet overal even scherp te zijn. Jaarsma (1996) schat bijvoorbeeld, dat er in Nederland een honderdtal oogartsen zijn die in meer of mindere mate commerciële activiteiten ontplooiën.

"In sommige gevallen verwijst de oogarts die een gezichtshulpmiddel voorschrijft de patiënt/consument door naar een aan hem gelieerde optiekzaak."

Opleidingen

Per 1 januari 1995 waren er 91 artsen in opleiding tot oogarts.

Sinds 1991 wordt jaarlijks subsidie verleend aan de afdelingen oogheelkunde van de academische ziekenhuizen en aan het Oogziekenhuis Rotterdam voor het opleiden van totaal 20 extra oogartsen. Deze extra opleidingen zou een stevige reductie van de wachtlijsten tot gevolg moeten hebben (Tweede Kamer, 1996). In de praktijk blijkt nu, dat afgestudeerde oogartsen lang niet allemaal aan het werk kunnen. In dit licht wordt

nu weer gedacht over een afbouw van deze extra opleidingscapaciteit.

Tabel 2.4 Opleidende oogartsen en oogartsen in opleiding per 1-1-1996 (personen)

Erkende opleidingsinrichting		Aantal aan opleidingen deelnemende specialisten van eigen specialisme	Aantal Agio's	Aantal Agnio's
Academisch	Niet-academisch			
AMC		14	15	1
AZVU		13	8	1
AZG		8	8	0
AZL		14	9	2
AZM		9	9	0
AZN		9	9	0
AZR		5	6	0
AZU		14	14	0
	Oogziekenhuis Rotterdam	21	14	3
		107	92	7

Bron: SRC

Bij de SRC stonden per 1-1-1996 in totaal 615 specialisten als oogarts ingeschreven.

Patiënten bij de oogarts

Er zijn niet veel gegevens bekend over de kenmerken van de groep patiënten die de oogarts bezoeken. Aanwijzingen hiervoor kunnen worden gevonden in de verwijzingen door de huisarts (zie paragraaf 2.1). Verder zijn er twee tabellen te geven over de leeftijdsverdeling van patiënten van de oogarts.

Tabel 2.5 Verdeling van de spreekuurtijd in % refractie en pathologie, 1989

Leeftijd	Refractie	Pathologie
0-4	7	8
5-44	6	8
45-64	10	15
> 65	14	32

Biesheuvel-Snellen, 1990

Bij deze tabel kunnen twee kanttekeningen worden gemaakt:

- De gepresenteerde informatie betreft cijfers uit 1989. Het is niet bekend of deze cijfers inmiddels veranderd zijn.
- Refractiebepalingen kunnen bedoeld zijn voor het aanmeten van visuele hulpmiddelen, maar het NOG geeft aan (Reader, 1995), dat refractiebepalingen evenzeer een diagnostische verrichting vormen bij oogheelkundige pathologie. Het is uit deze tabel niet duidelijk in welke mate er sprake is van uitsluitend refractiebepalingen.

Ten slotte in dit verband nog een meer recente tabel met betrekking tot de leeftijdsverdeling van de patiëntenpopulatie van oogartsen.

Tabel 2.6 Bezoek oogarts naar leeftijd (percentages)

Leeftijdsklasse	Percentage
<19	40
20-29	19
30-39	16
40-54	
>54	36

Bron: Rijsemus, 1996

Verwijsgedrag van oogartsen

Oogartsen verwijzen zelf ook weer door naar meer gespecialiseerde instellingen, in het bijzonder academische ziekenhuizen. De volgende verwijscijfers zijn bekend, waarbij ook hier het voorbehoud moet worden gemaakt, dat deze gegevens betrekking hebben op 1989.

Tabel 2.7 Doorverwijzing naar academische centra (1989)

Aard van de aandoening	Doorverwezen (%):
Netvliesloslating / glasvochtopathologie	98
Tumoren	32
Hoornvliestransplantatie	51
Orbitapathologie	18
Ongevallen	35
Laserspecialisaties	17

Bron: Biesheuvel-Snellen, 1990

2.3 Optometristen

De optometristen noemen zichzelf 'de specialist van het gezonde oog' (Reader, 1995). In eerste instantie worden zij door cliënten benaderd voor visusproblemen met een niet-pathologische oorzaak. De volgende informatie kan over deze beroepsgroep worden geleverd:

Beschrijving

Van Wersch en Van der Flier (1993) constateren, dat het belangrijkste verschil tussen optometristen en opticiens is, dat optometristen naast subjectieve ook objectieve refractiebepalingen kunnen uitvoeren. Daarnaast wordt gesteld:

"Typische taken van een optometrist [zijn] het constateren van oogafwijkingen en daaraan de nodige zorg besteden, zoals het doorverwijzen naar een oogarts."

Enkele jaren later komt Rijsemus (1996) tot de volgende omschrijving van het beroep optometrist:

"Het beroepsmatig (...) zelfstandig voorschrijven, aanmeten, verstrekken en afpassen van visuele hulpmiddelen en het geven van adviezen om de visuele prestatie te verbeteren. Daarbij richt de optometrist zich (...) voornamelijk op niet-pathologische tekortkomingen van het gezichtsvermogen. Pathologische afwijkingen worden alleen behandeld op advies van of in overleg met een behandelend arts."

Bielars (1996) noemt onder meer de volgende redenen, waarom een cliënt/patiënt de voorkeur zou kunnen geven aan een optometrist boven de oogarts of de opticien:

- de optometrist heeft een meerwaarde ten opzichte van de opticien, omdat hij een medisch verdacht oog kan herkennen en adequaat kan verwijzen;
- de optometrist heeft een lage drempel en kan een spilfunctie vervullen bij het verwijzen naar een geneeskundige.

“Patiënten die zich rechtstreeks tot de optometrist wenden worden, indien het oog afwijkt van het normale, met een adequate rapportage ter beoordeling naar de huisarts verwezen. Ook de huisarts zou deel moeten uitmaken van het transmurale zorgmodel voor oogzorg.” (Bielars, 1996)

Opleiding

Traditioneel was de optometrist opgeleid op MBO-niveau. Inmiddels is er een HBO-opleiding voor optometristen. In haar brief van 17 maart 1997 heeft de Minister vastgelegd, dat er -gezien het grote verschil in opleidingsniveau tussen de MBO-opgeleide en de HBO-opgeleide optometrist- geen algemeen geldende wettelijke overgangsregeling ('generaal pardon') voor de nu werkzame MBO-optometristen zal worden gerealiseerd.

De HBO-opleiding optometrie wordt gegeven aan de Hogeschool van Utrecht (HvU). Zij is in 1989 van start gegaan en duurt vier jaar, inclusief een stage van één jaar. In 1993 vond erkenning van de opleiding plaats door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. De bestaande post-MBO-cursussen Optometrie worden naar 2001 toe afgebouwd en opgeheven. Afgestudeerden van deze post-MBO-opleiding kunnen bij de HvU een bijscholingscursus volgen (deeltijd, twee jaar). Deze bijscholingscursus heeft feitelijk het karakter van een overgangsopleiding. Hij leidt niet op tot HBO-niveau, maar tot een certificaat van bekwaamheid. MBO-optometristen die in bezit zijn van dit certificaat mogen zich in de toekomst eveneens optometrist noemen.

Van de huidige MBO-optometristen blijken er ongeveer 600 geïnteresseerd te zijn om de aangeboden overgangsopleiding te volgen. 360 van hen zullen daadwerkelijk binnenkort met de opleiding beginnen.

De HvU streeft ernaar ongeveer 40 tot 50 studenten per jaar als optometrist te laten afstuderen. In februari 1996 volgden ongeveer 200 studenten de opleiding, waarvan 75 in deeltijd.

Erkenning

Inmiddels heeft de Raad voor de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg de minister geadviseerd het beroep 'optometrist' te erkennen in het kader van artikel 34 van de wet BIG. De Raad is van mening, dat de medische component van de HBO-opleiding zodanig is, dat de optometrist in staat mag worden geacht onderzoek te kunnen verrichten naar eventuele oogaandoeningen.

Een regeling krachtens artikel 34 van de wet BIG betekent, dat eisen worden gesteld aan de opleiding en dat het gebied van deskundigheid van de desbetreffende beroepsbeoefenaar wordt omschreven. Ook krijgen de beroepsbeoefenaren een beschermde titel. (Raad BIG, 1996)

Het advies van de Raad BIG aan de minister van VWS luidt als volgt:

“Tot het gebied van deskundigheid van de optometrist wordt gerekend:

- a. het op eigen initiatief of op verwijzing verrichten van subjectieve en objectieve metingen van de ogen en indien nodig voorschrijven, aanmeten, verstrekken en afpassen van visuele hulpmiddelen en het*

- geven van adviezen om de visuele prestatie te corrigeren en verbeteren;*
- b. het op eigen initiatief of op verwijzing screenen op oogaandoeningen en bij constatering van een oogaandoening verwijzen naar de huisarts/oogarts;*
 - c. het op verwijzing van de (oog)arts verrichten van andere handelingen op het gebied van de oogzorg."*

Bij brief van 22 november 1996 geeft de Minister aan in te kunnen stemmen met dit advies van de Raad BIG. Zij schrijft:

"Met uw conclusie en aanbeveling ben ik het eens. Ik heb dan ook besloten over te gaan tot het ontwerpen van een algemene maatregel van bestuur ter invoering van artikel 34 Wet BIG voor het beroep van optometrist."

Derhalve mag vanaf 1999 in het kader van de wet BIG uitsluitend de HBO-opgeleide de titel optometrist voeren. De optometrist is daarmee een zelfstandige beroepsgroep binnen de gezondheidszorg, maar werkt tegelijkertijd veelal in de (commerciële) optiekbranche. Om die reden heeft de Minister in haar brief van 22 november aan het Bestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging van Optometristen (ANVO) het verzoek gedaan een gedragscode te ontwikkelen. Het gaat daarbij in het bijzonder om het regelen van "... de relatie tussen het werken op het gebied van de individuele gezondheidszorg en de (eventuele) commerciële activiteiten" (pag. 5). Bij zo'n gedragscode kan worden gedacht aan zaken als: adverteren, het bieden van een vrije keuze aan mensen om bij het kopen van een bril of contactlenzen niet gebonden te zijn aan de optometrist, die de refractiebepaling heeft uitgevoerd, enz.

Aantallen

In 1995 waren er 1310 optometristen, waarvan 12 met een afgeronde HBO-opleiding Optometrie. Eind 1996 waren er volgens een brief van de Minister van VWS (1997) ongeveer 80 optometristen met een afgeronde HBO-opleiding.

2.4 Orthoptisten

De orthoptist is gespecialiseerd in de behandeling van mensen die stoornissen hebben in de samenwerking tussen beide ogen. Het beroep was al erkend in het kader van de Wet op de Paramedische Beroepen en is dat ook in het kader van de wet BIG.

Traditioneel is een orthoptist werkzaam in de praktijk van een oogarts. Lange tijd was hij of zij daarmee geen zelfstandig beroepsbeoefenaar, maar in die situatie is verandering gekomen.

In juni 1993 werd door de Ministerraad de beslissing genomen, dat de orthoptist niet meer werkt 'op aanwijzing en onder controle van de oogarts', maar 'onder verwijzing van' de oogarts. Deze ontwikkeling naar een zelfstandige beroepsuitoefening gaat nog verder: Per 1 december 1997 zal een Algemene Maatregel van Bestuur van kracht worden in het kader van de wet BIG, waarmee de mogelijkheid wordt geschapen, dat er een directe verwijsrelatie gaat ontstaan van de huisarts naar de orthoptist. Dit betekent, dat de orthoptist ten opzichte van de oogarts een minder afhankelijke positie krijgt.

Deze uitbreiding komt nog niet volledig tegemoet aan de wensen van de orthoptisten. Zij pleiten voor een brede verwijsrelatie. Ook kinderartsen en neurologen zouden naar de orthoptist moeten kunnen verwijzen. (Reader, 1995)

In 1995 waren er 240 orthoptisten. (Rijsemus, 1996) Er zijn er 76 in opleiding.

2.5 Technisch Oogheelkundig Assistenten (TOA's)

De TOA verricht zeer specialistische en technische werkzaamheden met het doel het gezichtsvermogen van de patiënt te onderzoeken en met behulp van hulpmiddelen te verbeteren. De TOA is werkzaam in de praktijk van een oogarts en geen zelfstandig beroepsbeoefenaar.

In de 'Functiebeschrijving Technisch Oogheelkundig Assistent' (Reader, 1995) wordt een twintigtal werkzaamheden van de TOA opgesomd, zoals:

- afnemen anamnese;
- bepalen oude brilsterkte;
- refractiebepaling;
- gezichtsscherpte bepaling monoclair;
- contactlens aanmeting en het voorschrijven hiervan;
- oogheelkundige fundusfotografie;
- gezichtsveldonderzoek;
- het assisteren en voorbereiden van apparatuur voor licht- en lasercoagulatie.

De meeste tijd wordt besteed aan refractiebepalingen (22% van de tijd), perimetrie (18%), afnemen anamnese (16%) en tonometrie (13%). (Reader, 1995)

Uit een enquête onder TOA's uit juli 1995 (Reader, 1995) blijken onder meer de volgende gegevens over deze beroepsgroep:

Leeftijd:	<30	27%
	30-39	56%
	40-49	7%
	>50	10%
Geslacht:	Vrouwen:	81%
	Mannen:	19%
Gediplomeerd:		82%
Vooropleiding:	MAVO:	16%
	MBO:	17%
	HAVO:	35%
	VWO:	20%
	HBO:	12%
Deeltijd:	<50%	14%
	50%	3%
	60%	17%
	80%	21%
	100%	45%

In het rapport 'Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland' (Van der Horst, 1996) wordt de aanbeveling gedaan serieus te overwegen om de opleiding van de TOA op

HBO-niveau te brengen (pag. 378).

Evenals de huisartsen (zie paragraaf 2.1) doet de Nederlandse Vereniging van Technisch Oogheekkundig Assistenten de suggestie om te komen tot regionale centra, waar oogheekkundige onderzoeken kunnen worden verricht en waar bijvoorbeeld ook huisartsen of neurologen gebruik van kunnen maken.

Eén van de complicerende aspecten van de oogzorg in Nederland, is, dat er min of meer sprake is van een medische subsector en een commerciële subsector. "Min of meer", omdat de scheiding niet echt scherp te maken is. Zoals in paragraaf 2.2 al is aangegeven zijn er oogartsen, die ook commerciële activiteiten ontplooiën (denk bijvoorbeeld aan privé-klinieken, maar ook aan banden van oogartsen met optiekbedrijven). Daarnaast krijgen optometristen over enige tijd een erkenning als paramedisch beroep in het kader van de wet BIG, terwijl zij voornamelijk werkzaam zijn in de -commerciële- optiekbranche. Hoewel daarmee de grenzen tussen beide subsectoren niet scherp zijn, wordt in dit brancherapport toch op deze plaats een cesuur gelegd. Waren de voorgaande paragrafen vooral gericht op de medische, paramedische en perimedische beroepen, de nog te beschrijven beroepen van opticiens en contactlensspecialist bewegen zich nadrukkelijk in de commerciële sfeer. Daarom eerst een korte beschrijving van de optiekbranche.

2.6 De optiekbranche*

Inclusief BTW bedroegen de consumptieve bestedingen aan oogoptiek in 1995 zo'n anderhalf miljard gulden, ofwel f 97,= per hoofd van de bevolking. Daarbij moet worden gedacht aan: monturen, glazen, contactlenzen, accessoires, enz. Brillen en verglazingen vormen verreweg het grootste deel van de uitgaven: ruim 1 miljard gulden. Aan contactlenzen en contactlensvloeistoffen werd zo'n 380 miljoen uitgegeven.

Meer dan 90% van de totale consumptieve bestedingen aan oogoptiek vindt plaats bij optiekzaken en contactlensinstituten.

Per 1 januari 1996 waren er 1.885 vestigingen van optiekbedrijven ingeschreven in het Handelsregister van de Kamers van Koophandel. Een stijging met 54 verkoopplaatsen ten opzichte van 1 januari 1995. Overigens verkopen niet alleen optiekbedrijven gezichtshulpmiddelen. Onder meer warenhuizen en oogartsen bewegen zich eveneens op deze markt.

Er is een sterke filiaalvorming in de optiekbranche gaande. Per 1 januari 1995 waren er 174 filiaalondernemingen met in totaal 763 verkoopplaatsen (exclusief franchisevestigingen; hun aantal wordt op ongeveer 100 geschat). Ongeveer tweederde daarvan behoort tot het grootwinkelbedrijf (meer dan zes vestigingen). Het marktaandeel van deze laatste is groeiende en wordt momenteel geschat op 35%.

Naar schatting zijn er ongeveer 7.000 personen werkzaam in de optiekbranche. Hier van zijn circa 1.500 ondernemers en meewerkende gezinsleden. Van de ongeveer

* Tenzij anders vermeld, is de informatie in deze paragraaf ontleend aan: Jaarsma, K.: De optiekbranche - brancheschets 1996, EIM, Den Haag, Mei 1996 1996

5.500 werknemers is 45% vrouw en werkt ongeveer 80% full-time.

Meer dan 20% van de in de branche gewerkte uren wordt besteed aan oogmeting, lensaanpassing en aan de bepaling van de benodigde sterkte van het gezichtshulpmiddel. (Jaarboek Ambacht 1996-1997)

De optiekbranche kent een aantal opleidingsinstituten waar men tot opticien of optometrist kan worden opgeleid. Via het leerlingenwezen kan men worden opgeleid tot assistent-opticien en tot 'vakkracht optiekbedrijf 1e beroepsgraad'. Via het cursorisch onderwijs kan men worden opgeleid tot 'vakbekwaam opticien', 'opticien-optometrist' en tot 'opticien-contactlensspecialist'. De laatste twee opleidingen worden in de toekomst afgebouwd.

Er is één MBO-dagopleiding tot vakbekwaam opticien. Daarnaast zijn er voor opticiens deeltijdopleidingen 'optometrist' en 'contactlensspecialist'. In het jaar 2001 zal de MBO-opleiding tot optometrist zijn afgebouwd. Zoals eerder beschreven, worden via de Hogeschool van Utrecht momenteel vol- en deeltijdstudies HBO-Optometrie aangeboden.

Een belangrijke ontwikkeling voor de optiekbranche is de deregulering van de vestigingwet. Hierdoor kan in principe iedere winkel brillen en contactlenzen verkopen. De optiekbranche heeft de minister verzocht in aanmerking te komen voor een zogenaamde 'kanalisatieregeling' via de wet op de medische hulpmiddelen. Deze regeling houdt in, dat het uitsluitend aan een bepaalde beroepsgroep -in dit geval de opticiens- is voorbehouden om bepaalde producten -in dit geval brillen en contactlenzen- te verkopen. De minister heeft dit verzoek afgewezen voor wat betreft de verkoop van brillen, maar zal voor wat betreft de verkoop van contactlenzen haar standpunt nog nader bepalen. (Brief Minister, 17 maart 1997)

2.7 Opticiens

Wersch en van der Flier (1993) komen in hun identiteitsonderzoek in de optiekbranche tot de volgende omschrijving van de kennis en kunde van de opticien:

"Een opticien is in staat om subjectieve refracties uit te voeren. Het aanmeten van brillen en het pasklaar maken van brillen behoort tot het vakgebied van de opticien. Onder het pasklaar maken van brillen wordt ook verstaan het slijpen van de glazen en het assembleren van de bril. Naast deze taken presenteert hij/zij het bedrijf en het assortiment. Licht administratief werk uitvoeren zoals bestellingen doen en factureren behoort ook tot het beroep."

De opticien is dus in feite een winkelier die brillen pasklaar maakt en verkoopt. Daarnaast verkoopt hij of zij ook nog een veelheid aan andere zaken die met optiek te maken hebben.

Naast opticiens zijn er ook assistent-opticiens. Naar schatting zijn er ongeveer 900 opticiens werkzaam. (Zie ook tabel 11)

Bielars (1996) omschrijft de opticien als "... de ambachtelijke vakman van het gezichtshulpmiddel". De opticien verricht oogmetingen binnen de (negen) limieten zoals deze in zijn beroepsprofiel zijn beschreven. Deze limieten hebben de opticiens zichzelf opgelegd. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- Niet bij kinderen onder de 15 jaar, niet bij volwassenen boven 50 jaar, die voor het

- eerst bij de opticiens komen.
- Niet wanneer de sferische waarden boven plus of min 8 dioptrieën, of de torische waarden boven cylinder van plus of min 3 dioptrieën liggen.
 - Elke onverklaarbare visuswijziging dient te worden doorverwezen naar een medicus of een optometrist.
- (Reader, 1995)

Tabel 2.8 Belangrijke verschillen tussen de optometrist en de opticien

Optometrist	Opticien
Screent en doet objectieve en subjectieve refractie-bepaling. Levert gezichtshulpmiddelen, zowel zelfstandig als op voorschrift van anderen. De optometrist is niet gebonden aan limieten.	Doet zelfstandig of op verzoek van een medicus of optometrist uitsluitend subjectieve refractie-bepaling binnen limieten.
Meet visuele hulpmiddelen aan, waaronder te verstaan: brillen, contactlenzen, vergrootglazen, loupes, low vision aids.	Past brillen af en adviseert ten aanzien van de soort glazen.
Vervaardigt als optometrist zelf geen brillen, maar in zijn functie als opticien wel.	Vervaardigt zelf brillen.
Geeft adviezen om visuele prestatie te corrigeren en te verbeteren.	Adviseren ten aanzien van dit punt is niet opgenomen in de beroepsbeschrijving.
Houdt zich bezig met niet-pathologische tekortkomingen van het gezichtsvermogen.	Houdt zich uitsluitend bezig met optische correctie d.m.v. brillen.
Verwijst pathologische tekortkomingen door naar een medicus.	Zal tijdens de subjectieve refractie steeds moeten overwegen of verwijzing naar een optometrist ofgeneeskundige noodzakelijk is.

2.8 Contactlensspecialist

De contactlensspecialist meet contactlenzen aan. Hij is meestal in dienst van een opticien. De contactlensspecialist heeft een opleiding op MBO-niveau. In het kader van de ontwikkelingen in de beroepsgroep van de optometristen ligt een ontwikkeling in het verschiet, waarbij de nu op MBO-niveau opgeleide optometrist de titel 'contactlensspecialist' kan verkrijgen. Dit, om hem te onderscheiden van de op HBO-niveau opgeleide optometrist die in de toekomst uitsluitend de dan beschermde titel 'optometrist' mag voeren.

Bielars (1996) pleit ervoor om het beroep van contactlensspecialist privaatrechtelijk te regelen in een erkenningsregeling. Ook de Minister wijst er in haar brief van 17 maart 1997 op, dat het hier gaat om zelfregulering door de branche.

2.9 Voorzieningen

Na deze korte beschrijving van de -commerciële- optiekbranche keren we terug naar de medische sector van de oogzorg. Wij beschrijven kort verschillende 'voorzieningen' die een belangrijke rol spelen in de oogzorg in Nederland. Wij zullen niet uitgebreid op deze voorzieningen ingaan, omdat hun rol in de oogzorg niet of nauwelijks omstreden en aan verandering onderhevig is.

Ziekenhuizen

Op de volgende pagina is een aantal kerngegevens gepresenteerd met betrekking tot de oogzorg in ziekenhuizen.

Tot 1 januari 1996 bepaalden de erkenningen ex WZV het aantal specialistenfunctieplaatsen. Norm voor oogheelkunde was per 1990: 1:44.300. Dat wil zeggen 339 intramurale functieplaatsen. Daarvóór gold een norm van 1:52.000. (Biesheuvel-Snellen, 1990)

Tabel 2.9 Kerngegevens intramurale oogheelkunde

Algemene ziekenhuizen	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Gemiddelde Jaarlijkse groei
Aantal instellingen	120	113	113	113	112	110	-1,7
FTE-specialisten	285	282	284	282	281	290	0,3
Aantal ontslagen en overleden patiënten	34.633	39.233	41.776	43.862	45.314	42.059	4,0
Aantal ont. en ov. patiënten / specialist	121,52	139,12	147	156	161,26	145	3,6
Aantal verpleegdagen	170.771	172.346	166.067	157.266	146.171	124.932	-6,1
Gemiddelde verpleegduur (dagen)	4,9	4,4	4,0	3,6	3,2	3,0	-9,3
Aantal eerste polikliniek-bezoeken ^{*)}	971.202	993.807	692.288	657.608	702.555	739.356	2,2
Aantal eerste polikl.bez. / specialist ^{*)}	3.407,73	3.524,14	2.438	2.332	2.500,20	2.550	1,5
Totaal aantal polikliniek-bezoeken	1.856.039	1.900.822	1.865.743	1.841.555	1.903.653	1.912.819	0,6
Totaal aantal polikl. bez. / specialist	6.512,42	6.740,50	6.570	6.530	6.774,57	6.596	0,3
Herhalingsfactor ^{*)}	0,9	0,9	1,7	1,8	1,7	1,6	-2,0
Aantal specialisten (FTE)							
Algemene ziekenhuizen	285	282	284	282	281	290	
Academische ziekenhuizen ^{a)}	68	64	62	62	61	62	
Categorale ziekenhuizen ^{b)}	18	14	13	19	19	19	
Totaal ziekenhuizen	371	360	359	363	361	371	
Totaal per 10.000 inwoners	0,25	0,24	0,24	0,24	0,23	0,24	

Bron: NZi

*) In 1992 is een wijziging opgetreden in de definitie van het begrip 'eerste polikliniekbezoek'. Om die reden is in de laatste kolom de jaarlijkse groei berekend over de periode 1992-1995.

a) In totaal 8 academische ziekenhuizen

b) Oogziekenhuis Rotterdam

Enkele conclusies uit deze tabel kunnen zijn:

- Het aantal FTE oogartsen is over deze periode vrijwel onveranderd.
- Uitgedrukt in aantallen ontslagen patiënten, neemt de productie van oogartsen tussen 1990 en 1994 om in 1995 ineens te dalen. Deze omslag hangt vermoedelijk samen met de sterke stijging van het aantal dagverplegingen (zie ook de volgende tabel).

In onderstaande tabel wordt de ontwikkeling van het aantal operatieve ingrepen door oogartsen in algemene ziekenhuizen weergegeven.

Tabel 2.10 Verrichtingen in ziekenhuizen

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	gem. jrl. groei
Ooglens							
Dagverpleging	932	1.278	2.435	6.085	11.228	18.108	81,0
Klinisch opnamen	34.011	38.511	42.156	45.024	46.078	44.365	5,5
Verpleegd uur	5,3	4,6	4,1	3,7	3,3	3,1	-10,2
Overige oogandoeningen							
Dagverpleging	6.054	8.362	10.239	13.721	14.758	15.571	20,8
Klinisch opnamen	22.129	23.094	23.813	23.215	23.589	22.506	0,3
Verpleegd uur	5,5	5,3	5,0	4,6	4,3	4,1	-5,7

Bron: SIG

De ontwikkeling van het aantal operaties aan de ogen, dat in dagbehandeling wordt uitgevoerd mag gerust spectaculair worden genoemd. Met name het aantal operaties aan de ooglens (voor het merendeel staaroperaties) is zeer sterk gestegen. In 1995 bijna twintig keer zo veel als in 1990. Opvallend is, dat zich zowel voor operaties aan de ooglens als voor overige oogoperaties tussen 1994 en 1995 een daling voordoet in het aantal klinische opnamen. Als deze ontwikkeling in ditzelfde tempo doorgaat is het niet onwaarschijnlijk, dat het aantal dagopnamen in de oogzorg in algemene ziekenhuizen binnen niet al te lange tijd het aantal klinische opnamen gaat overtreffen.

Niet-klinische behandelcentra

Naar schatting zijn er ongeveer veertig niet-klinische behandelcentra ('privé-klinieken'). Het precieze aantal is niet bekend en mede afhankelijk van de gekozen definitie. Enkele privé-klinieken zijn gespecialiseerd in oogheeskundige verrichtingen, onder meer gevestigd in Roosendaal, Haarlem en Rijswijk. Er zijn ook privé-klinieken waar verschillende specialistische verrichtingen worden aangeboden, waaronder ook oogheeskundige verrichtingen. Er zijn slechts spaarzaam gegevens bekend. Van Santen e.a. (1993) constateren, dat van de 32 door hen onderzochte privé-klinieken er 4 gespecialiseerd zijn in oogheeskunde en er 2 privé-klinieken zijn, waar naast oogheeskundige nog andere specialismen werkzaam zijn. Van deze zes centra blijkt, dat er 18 oogartsen werkzaam zijn in respectievelijk 14 'snijdende centra' en 4 'diagnostische centra'. Over deze centra wordt verder nog opgemerkt, dat het vooral gaat om staaroperaties, laserbehandelingen en optiekdiensten.

De minister wil overigens het verschijnsel privé-kliniek in de hand houden. Zij is geen voorstander van uitbreiding. Momenteel worden privé-klinieken nog gedoogd. De ontwikkelingsrichting van het huidige beleid is, dat het gedoogbeleid wordt gehandhaafd, maar dat privé-klinieken gelieerd dienen te zijn aan een ziekenhuis. Letterlijk

schrijft de Minister in haar brief van 17 maart 1997:

“... betekent dit niet dat er geen zorg buiten het ziekenhuisgebouw kan plaats vinden. Dat kan wel, maar dan wel onder regie van het geïntegreerde ziekenhuisbedrijf. Het is dan ook mijn bedoeling om bestaande privéklinieken (...) over enige tijd onder te brengen bij bestaande ziekenhuizen.”

Instellingen voor visueel gehandicapten

Er zijn in Nederland vier instellingen voor mensen met visuele functiebeperkingen. In de erkenning van deze instellingen zijn de volgende componenten omschreven, gericht op revalidatie, het kunnen volgen van onderwijs en het herstel, respectievelijk bevordering van de zelfstandigheid van mensen met een visuele handicap:

- onderzoek, behandeling en ambulante begeleiding;
- opname, deeltijdbehandeling en verblijf;
- consultatie en advies;
- voorlichting en informatie.

Deze instellingen zijn allang niet meer de vroegere 'internaten voor blinde kinderen'. Er wordt ook extramuraal hulp aan volwassenen geboden en er zijn consultatiefuncties ontwikkeld ten behoeve van instanties die bij blinde of slechtziende mensen zijn betrokken.

2.10 Een globale internationale vergelijking

De European Council of Optometry and Optics (ECOO) heeft in 1996 een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de oogzorg in een aantal Europese landen. Uit het rapport 'Optometry in Europe', kan de volgende tabel worden afgeleid:

Tabel 2.11 De oogzorg, internationaal vergeleken

Land	Optometr.	Opticiens	Oogartsen	Inwoners per oogarts	Winkels (milj.)	Inwoners
België		3.000	850	11.900	2.300	10,1
Denemarken		1.900	225	23.100	850	5,2
Duitsland		10.500	5.000	16.300	8.300	81,3
Finland	1.050		330	15.500	720	5,1
Frankrijk	2.500	7.500	5.400	10.700	7.000	57,8
Griekenland	35	1.200	1.500	6.900	1.400	10,4
Ierland	354	138	191	18.800	-3,6	
Italië		11.000	6.000	9.500	11.000	57,1
Luxemburg		41	31	12.900	60	0,4
Nederland	1.350	900	420	36.400	1.750	15,3
Noorwegen	750		230	18.700	390	4,3
Oostenrijk		1.200	560	14.300	1.200	8,0
Portugal	330		650	15.200	1.200	9,9
Spanje		6.000	3.500	11.200	5.000	39,1
Ver. Kon.	7.000	3.650	750	77.700	7.500	58,3
Zweden		1.550	500	17.400	850	8,7
Zwitserland		4.000	300	23.300	1.000	7,0

Bron: ECOO, 1996

Zonder nadere beschrijving van de verschillende oogzorgsystemen in de verschillende

landen kunnen aan deze tabel niet zonder meer conclusies worden getrokken. Zo heeft bijvoorbeeld in Engeland de optometrist een veel meer prominente rol in de oogzorg dan tot nu toe in de Nederlandse situatie, waarin voornamelijk MBO-opgeleide optometristen werkzaam waren.

Andere voorbeelden zijn Oostenrijk en Denemarken, waarvan uit het rapport van de ECOO blijkt, dat een veel groter aandeel werkt in privé-praktijken dan in ziekenhuizen. Precies andersom als in vergelijking met Nederland. Kennelijk is ook daar sprake van andere systemen van oogzorg.

In de beleidsnota van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) 'De toekomst voor ogen' (1992), is eveneens een tabel opgenomen, waarin voor een aantal landen de 'oogartsendichtheid' is opgenomen. Het meetjaar voor die tabel is 1989. Wanneer we de overeenkomstige landen uit deze beide internationale vergelijkingen met elkaar combineren, ontstaat het volgende beeld:

Tabel 2.12 Ontwikkeling van het aantal oogartsen ten opzichte van de omvang van de bevolking in verschillende Europese landen, 1989 en 1996

Land	Aantal inwoners per oogarts		Procentuele verandering 1989-1996
	1989 ¹⁾	1996 ²⁾	
België	16.600	11.900	-28,3
Duitsland ³⁾	17.700	16.300	-7,9
Frankrijk	13.300	10.700	-19,5
Nederland	39.000	36.400	-6,7
Noorwegen	26.700	18.700	-30,0
Oostenrijk	21.900	14.300	-34,7
Spanje	14.350	11.200	-22,0
Ver. Koninkrijk	93.300	77.700	-16,7
Zweden	22.200	17.400	-21,6
Zwitserland	23.500	23.300	-0,9

1) Bron: De toekomst voor ogen (NOG, 1992)

2) Bron: ECOO, 1996

3) Voor 1989: Bondsrepubliek Duitsland

In alle landen is het aantal oogartsen relatief ten opzichte van de bevolking in deze periode gestegen. Het sterkst in Oostenrijk, het minst in Zwitserland.

In het rapport van de ECOO wordt de volgende algemene ontwikkeling geschetst:

"De trend in de meeste Europese landen gaat in de richting van opticien / optometrist die een dubbele taak vervult door enerzijds oogonderzoeken te verrichten en door anderzijds optische hulpmiddelen aan te passen en te verkopen. (...) Steeds meer optometristen zijn voldoende goed opgeleid om oogziekten, verwondingen en afwijkingen van het oog op te sporen. In deze gevallen verwijzen zij de patiënten naar een arts voor behandeling. Aldus is er in sommige landen een professioneel, en zelfs commercieel, bevoegdheidsconflict tussen de opticien / optometrist en de oogarts." (p. 26)

Iets verder in het rapport wordt het volgende toekomstbeeld geschetst:

“Naarmate de nationale overheden in toenemende mate naar wegen zoeken om de gezondheidsuitgaven onder controle te krijgen, zullen zij zich tot opticiens / optometristen wenden als goedkoper alternatief in de primaire oogzorg, vooral voor refractie en het doorverwijzen van patiënten naar artsen. In sommige landen zullen de opticiens / optometristen de zorg voor patiënten met bepaalde oogziekten met de huisartsen en de oogartsen ‘delen’.” (p. 28)

3 DE ONTWIKKELING VAN DE ZORGVRAAG

Met betrekking tot de ontwikkeling van de zorgvraag wordt in deze notitie aan een drietal zwaartepunten aandacht gegeven. Eerst wordt kort een algemene beschrijving gegeven van het veranderende zorgvraaggedrag van de consument-cliënt-patiënt in de afgelopen jaren. Vervolgens wordt in kwalitatieve zin aangegeven, welke ontwikkelingen de beroepsgroep van de oogartsen verwacht ten aanzien van ontwikkelingen op het gebied van de oogheekundige pathologie. Ten slotte worden enkele resultaten gepresenteerd van studies naar bepaalde deelgebieden van de oogzorg.

3.1 Veranderend consumentengedrag

Sinds het begin van de jaren tachtig heeft zich een ingrijpende verschuiving voorgedaan in het 'koopgedrag' van de consument, waar het gaat om het laten aanmeten van brillen en contactlenzen. Uit enquêtes blijkt, dat in 1983 63% van de geïnterviewden naar een oogarts was gegaan voor een oogmeting en 34% naar de opticien/optometrist. In 1995 waren deze percentages respectievelijk 26% en 65%. Jaarsma (1996) schat dit laatste getal zelfs boven de 70%.

Als verklaringen voor deze verschuiving worden onder meer gegeven:

- Gemak om zonder afspraak bij de opticien/optometrist binnen te kunnen lopen.
- Grote kennis en kunde die aan de opticien/optometrist wordt toegedicht.
- De wachtlijstproblematiek in de oogheekunde.
- Oogmeting door de opticien/optometrist wordt vaak als gratis service aan de consument aangeboden.

(Rijsemus, 1996; Jaarsma, 1996)

Momenteel maken zo'n 8 miljoen mensen in Nederland gebruik van een gezichtshulpmiddel, waarvan zo'n 1,5 miljoen contactlensdragers. Met name ten gevolge van de vergrijzing zal dit aantal in de komende jaren met ongeveer 100.000 per jaar toenemen. Niet alleen, dat er meer kopers van gezichtshulpmiddelen (met name brillen) komen, ook de redenen voor de aankoop van een nieuwe bril veranderen. Tussen 1989 en 1995 zijn de volgende verschuivingen te zien:

Tabel 3.1 Overwegingen om over te gaan tot aanschaf van een nieuwe bril: 1989 vergeleken met 1995 (percentages)

Overwegingen	1989	1995
Modische overwegingen	25	37
Verandering in sterkte van glazen	31	21
Kapot montuur en/of glazen	21	24
Eerste bril	17	13

Bron: Jaarsma, 1996

De stijging van het aantal contactlensdragers zal naar verwachting afvlakken.

Ten slotte kan nog worden opgemerkt, dat er ook maatschappelijk sprake is van een

zekere druk op het aantal oogheekundige handelingen. Het schoonheidsideaal leidt ertoe, dat iedere oogheekundige techniek die een bril overbodig maakt zal worden aangegrepen.

3.2 Verwachtingen ten aanzien van oogheekundige pathologie

In de publicatie 'Het oog wil ook wat' van Biesheuvel-Snellen (1990) wordt melding gemaakt van een 'expert-meeting' van veertien oogheekundig specialisten op 18-20 mei 1990, waarin zij hun verwachtingen weergaven ten aanzien van de toekomstige ontwikkelingen van oogheekundige pathologie. Onderstaande tabel geeft van die verwachtingen een samenvattende, kwalitatieve omschrijving.

Tabel 3.2 Door beroepsgroep verwachte ontwikkelingen in oogheekundige pathologie

Refractie	Geen spectaculaire wijzigingen anders dan demografische.
Scheelzien Amblyopie	Lichte stijging te verwachten bij jonge kinderen t.g.v. vroegdiagnostiek
Corneopathologie	Moeilijk in te schatten, vermoedelijk toename. Toenemend aantal contactlenzen Toenemende mogelijkheden van corneachirurgie
Orbita- en ooglid- pathologie	Toename van 25% verwacht.
Cataract	Lichte toename van de incidentie, met name ten gevolge van toename ultraviolet licht en diabetes. Demografische ontwikkeling zal sterke stijging te zien geven (vergrijzing!).
Glasvocht en retina- pathologie	Grote stijging van de vraag naar zorg wordt verwacht door toenemende incidentie van aandoeningen (diabetes), toenemende mogelijkheden van diagnostiek en demografie.
Glaucoom	Stijging verwacht. Demografie en betere diagnostiek. Glaucoompatiënt blijft levenslang onder controle.
Neuropthalmologie	Toename van de vraag wordt verwacht. Demografische ontwikkeling overheerst.
Ophthalmogenetica	De vraag naar genetische adviezen, ook op oogheekundig gebied, zal verder groeien.
Infectieziekten Auto-immuunziekten	Geen toename, maar wel verschuiving in de aard van de problematiek. Toenemend gebruik van contactlenzen kan tot stijging leiden van bepaalde infecties.
Tumoren	Stijging kan worden verwacht op basis van gedragsfactoren. Stijging van prevalentie door demografie en door betere overlevingskansen.
Pathologische anatomie	Alleen nog in Leiden en Rotterdam is een ophthalmopatholoog werkzaam.
Ongevallen	Geen aanwijzingen voor een te verwachten stijging.
Contactologie	Toenemend gebruik van contactlenzen leidt tot stijging van de zorgvraag, onafhankelijk van de demografische component.

(Bron: Biesheuvel-Snellen, 1990)

De volgende factoren worden wel genoemd als mogelijke oorzaken van te verwachten toename van oogheelkundige pathologie:

- demografische ontwikkelingen;
- diabetes;
- cataract;
- glaucoom;
- toename ultraviolette straling;
- toename beeldschermwerken;
- toename technologische mogelijkheden.

3.3 Enkele onderzoeksresultaten

Diabetes

Met name ten aanzien van de ontwikkeling van het aantal diabetes-patiënten zijn enkele studies verricht. De mogelijke gevolgen van deze ziekte voor de ogen zijn niet mis. Crijns e.a. (1995) geven aan, dat binnen twintig jaar na het ontstaan van diabetes de prevalentie van retinopathie bij patiënten met type I 98% bedraagt. Bij patiënten met type II is dit percentage 95 voor insuline-gebruikende patiënten, respectievelijk 72 voor niet-insuline gebruikende patiënten. Vroegtijdige onderkenning en laserbehandeling kan blindheid voorkomen dan wel vertragen. Vroegtijdige onderkenning van diabetes in de vorm van screening is derhalve uiterst belangrijk.

Verkleij, e.a. (1993) hebben een aantal consequenties doorgerekend en schatten, dat naar verwachting in 2005 68-99 FTE huisartsen extra nodig zullen zijn en 16 extra oogartsen.* De auteurs voegen daaraan toe:

“De schattingen voor de (...) oogarts zijn te laag, omdat er nog geen rekening is gehouden met een eventuele inhaalmanoeuvre.” (Verkleij, e.a., 1993)

In het eerder genoemde onderzoek van Crijns e.a. (1995) zijn een aantal scenario's ontwikkeld. Uit het scenario, dat het meest overeenkomt met de algemeen aanvaarde richtlijn, blijkt, dat er in 2020 in vergelijking met 1993 30% meer oogartsen nodig zullen zijn. Maar:

“Uiteraard zijn er ook andere oplossingen mogelijk om deze toenemende behoefte aan oogzorg op te vangen.”

Dit laatste is een belangrijk punt. Alle onderzoeken, gericht op het beantwoorden van de vraag, hoeveel oogartsen er in de toekomst nodig zullen zijn, zijn geënt op het bestaande stelsel van oogzorg in Nederland. Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek wordt gegeven in het rapport 'Het oog wil ook wat' (Biesheuvel-Snellen, 1992). Uitgaande van het functioneren van oogartsen, zoals zij dat in 1989 heeft geconstateerd en diverse veronderstellingen over de ontwikkeling van de beroepsgroep en verwachte ontwikkelingen in de pathologie (zie paragraaf 3.2) komt zij tot onder meer de volgende scenario's:

* Hoe betrekkelijk dit soort behoeferamingen is, wordt geïllustreerd door een recent artikel in NRC Handelsblad van 28 juni 1997. Er blijkt op meerdere plaatsen onderzoek te worden gedaan naar de ontwikkeling van medicijnen die schade aan de retina ten gevolge van diabetes kunnen voorkomen of vertragen. Binnenkort gaan de eerste grootschalige onderzoeken bij patiënten plaatsvinden. (W. Köhler: Zicht op suiker, NRC, 28 juni 1997) Als zo'n medicijn kan worden ingevoerd, zal dat invloed kunnen hebben op de aard en omvang van het beroep op de oogzorg.

Tabel 3.3 Geraamd aantal oogartsen bij verschillende omstandigheden (FTE)

	1990	1995	2000	2005
Aanbod				
Emigratie		348	369	366
Kortere werktijden		384	405	402
Gelijkblijvende werktijden	385	396	431	442
Vraag				
Consultduur 8 minuten	442	479	524	565
Huidige consultduur	490	530	582	628
Consultduur 10 minuten	550	600	653	707
Professionele raming		624	681	738

Bron: Biesheuvel-Snellen, 1990

Tabel 3.4 Geraamd aantal oogartsen bij verschillende omstandigheden (personen)

	1990	1995	2000	2005
Aanbod				
Emigratie		380	403	400
Kortere werktijden		418	441	438
Gelijkblijvende werktijden	420	431	469	481
Vraag				
Consultduur 8 minuten	482	523	572	617
Huidige consultduur	535	580	635	685
Consultduur 10 minuten	600	654	713	772
Professionele raming		681	743	805

Bron: Biesheuvel-Snellen, 1990

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap komt in zijn beleidsnota "De toekomst voor ogen" dan ook tot de volgende conclusie:

"Bij handhaving van de huidige organisatie van de praktijkvoering en bij gelijkblijvende aantallen oogartsen in opleiding kan men verwachten dat het huidige tekort van circa 80 oogartsen in het jaar 2005 ongeveer zal zijn verviervoudigd." (NOG, 1992)

In deze formulering wordt met name de huidige organisatie van de praktijkvoering als voorbehoud gekozen. Het onlangs geformuleerde beleid van de overheid (Brief Minister, 17 maart 1997) gaat echter verder en stelt de organisatie van de oogzorg als zodanig ter discussie (zie hoofdstuk 5). In dat licht kunnen uitkomsten van vroegere behoefteramingen, zowel voor huisartsen als voor oogartsen, inmiddels achterhaald zijn.

4 KNELPUNTEN

In dit hoofdstuk wordt een aantal knelpunten in de oogzorg gepresenteerd, zoals wij die in de literatuur zijn tegengekomen. Achtereenvolgens worden aan de orde gesteld: Wachtlijsten, de tarieven- en honoreringsstructuur en de taakafstemming tussen de verschillende beroepsgroepen in de oogzorg. Ook het tekort aan oogartsen wordt regelmatig als knelpunt genoemd. In de voorgaande paragraaf zijn daarover al enkele opmerkingen gemaakt.

4.1 Wachtlijsten

Omvang

Er is weinig tot geen betrouwbare kwantitatieve informatie beschikbaar over wachtlijsten in de oogzorg. Uit een onderzoek van NIVEL en de consumentenbond blijkt, dat de wachttijd voor polikliniekbezoek voor het specialisme oogheelkunde in 1994 gemiddeld vijf weken bedroeg, waarmee oogheelkunde de derde plaats innam na hartspecialisme (6 weken) en interne geneeskunde (5,5 weken). (Delnoij e.a., 1996)

Het enige, wat meer diepgravende onderzoek naar wachttijden is in december 1994 verricht door het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Het NOG heeft toen van 100 (van de in totaal 112) ziekenhuizen de volgende informatie ontvangen:

Tabel 4.1 Wachttijden voor het oogheelkundig spreekuur (in weken)

Weken	Aantal ziekenhuizen	Percentage
<3	16	36
3 - 5	16	36
6 - 9	15	61
10 - 14	16	61
15 - 20	10	61
21 - 26	13	61
30	1	3
35	1	3
43	1	3

Bron: Reader, 1995

Uit deze tabel is het volgende af te leiden: Van de 89 ziekenhuizen die deze vraag hebben beantwoord, blijkt, dat in ruim één op de drie ziekenhuizen patiënten binnen vijf weken terecht kunnen op het oogheelkundig spreekuur. In meer dan zestig procent van de ziekenhuizen moet de patiënt echter zes weken tot een half jaar wachten.

Tabel 4.2 Wachttijden voor een operatie (in weken)

Weken	Aantal ziekenhuizen	Percentage
<5	7	35
5 - 12	20	35
13 - 19	24	48
20 - 26	13	48
27 - 39	6	14
40 - 52	5	14
>52	2	3

Bron: Reader, 1995

Uit deze tabel blijkt het volgende: Van de 77 ziekenhuizen die deze vraag hebben beantwoord, blijkt dat ruim één derde van de patiënten binnen drie maanden kan worden geopereerd. Bijna de helft moet drie maanden tot een half jaar wachten. 17% moet langer dan een half jaar wachten; 3% zelfs langer dan een jaar.

Oorzaken

In de literatuur worden vele oorzaken genoemd voor het ontstaan van wachtlijsten en wachttijden. Uit verschillende bronnen kunnen de volgende oorzaken bij elkaar worden genoemd (zie onder meer: Biesheuvel-Snellen, 1990; Jellema en Meijboom-De Jong, 1993; Rijsemus, 1996):

- Er is slechts beperkt aandacht voor oogheelkunde in de huisartsenopleiding. Hierdoor verwijzen veel huisartsen rechtstreeks door naar de tweede lijn.
- Er zou een tekort zijn aan oogartsen. Bovendien blijkt, dat van de beschikbare oogartsen slechts één derde in staat is operaties uit te voeren.
- De werksituatie in algemene ziekenhuizen is niet altijd even gunstig.

Zo meldt Biesheuvel-Snellen (1990), dat 63% van de oogartsen vindt, dat zij over onvoldoende faciliteiten beschikken in het ziekenhuis. Het gaat dan om: Te weinig OK-tijd (40%), te klein budget (31%), te weinig personeel (26%), te weinig anesthesisten (8%).

Ziekenhuizen blijken niet gemakkelijk de tekorten aan oogartsen te kunnen invullen. De volgende redenen worden daarvoor genoemd:

- Ontbreken van een erkenningsbeschikking (29%)
- De prioriteitsstelling binnen het ziekenhuis (30%)
- Financiële redenen (15%).

Hierdoor doet zich de paradoxale situatie voor, dat er in verband met de lange wachtlijsten een inhaalslag is verricht in het opleiden van oogartsen, maar dat er tegelijkertijd werkloosheid onder oogartsen bestaat.

Het NOG heeft eind 1994 onder de ziekenhuizen een enquête gehouden naar het aantal openstaande vacatures (Reader, 1995). Van de 112 algemene ziekenhuizen hebben er 100 gereageerd, waarvan de volgende cijfers bekend zijn:

Tabel 4.3 Aantal vacatures oogartsen in algemene ziekenhuizen (1994)

Omvang functieplaats (FTE)	Aantal vacatures
1,0	22
0,8	3
0,6	1
0,5	6
<0,5	3

Bron: NOG, in: Reader, 1995

In dit verband wordt door het NOG het volgende opgemerkt: "Na verificatie bij de oogartsen blijkt dat van het aantal openstaan/de functieplaatsen er slechts 10-12 werkelijk als vacature worden opengesteld."

- Oogartsen zouden nog veel refractie-bepalingen doen.

Deze reden moet wat genuanceerd worden bekeken. Er is immers verschil tussen een refractie-bepaling voor het aanmeten van een bril en een die nadrukkelijk bedoeld is als diagnostische verrichting bij het onderzoeken van oogheelkundige pathologie. Overigens is ook in dit laatste geval een taakverdeling tussen oogarts en medewerkers uiteraard denkbaar. (Zie ook paragraaf 2.2)

- De medisch-technologische ontwikkelingen dragen ertoe bij, dat in steeds meer gevallen de oogarts ook daadwerkelijk de oogziekte een halt toe kan roepen en blindheid en slechtziendheid kan voorkómen. Dat kan met zich mee brengen, dat patiënten langdurig onder controle moeten blijven. De vraag is natuurlijk of dergelijke controles noodzakelijkerwijs door oogartsen dienen te geschieden of dat deze ook door de huisarts of de HBO-opgeleide optometrist kunnen worden uitgevoerd.

- Demografische ontwikkelingen: ouderen kennen ernstiger en bewerkelijker oogandoeningen.

- De oogheelkundige praktijk beschikt over te weinig hulppersoneel.

- Door maatschappelijke ontwikkelingen bestaat er in toenemende mate behoefte aan een goed gezichtsvermogen. Denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van het televisieaanbod en aan het gebruik van computers.

Oplossingen

Er zijn verschillende voorstellen gedaan voor de oplossing van deze wachtlijsten:

- de komst van privé-klinieken
- het openstellen van operatiekamers buiten de kantooruren
- toename van extramuraal gevestigde oogartsen
- toenemende inzet van optometristen voor bepaalde oogheelkundige verrichtingen zoals refractieonderzoek

Rutten e.a. (1993) hebben een onderzoek uitgevoerd onder (ziekenfonds)verzekerden van de zorgverzekeraar 'Zorg en Zekerheid' naar de wachtlijsten bij oogheelkunde in het ziekenhuis.

Uit het onderzoek bleek, dat de redenen voor een verwijskaart voor oogheelkunde als volgt waren:

Brilrecept:	27,0%
Andere klachten:	62,2%
Beide:	10,9%
Weet niet:	1,0%

Opvallend was, dat bij een kwart van degenen, die alleen voor een brilrecept naar de oogarts gingen toch een specifieke oogafwijking werd vastgesteld. Dat betekent, dat van degenen, die in principe ook naar de optometrist zouden kunnen worden doorverwezen bijna een kwart alsnog naar de oogarts moet worden doorverwezen. De winst is in dat geval natuurlijk, dat de optometrist dan een 'zeefwerking' van 75% naar de tweede lijn zou effectueren.

Een ander deel van de oplossing zou kunnen worden gevonden in het volgen van het protocol Verwijzing Huisarts-opticien-oogarts van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Dit protocol houdt onder meer in, dat alleen patiënten tussen de 10 en 40 jaar in aanmerking komen voor verwijzing naar de optometrist. Als dit protocol wordt toegepast op de onderzochte populatie (en de geënquêteerden vormden een representatieve steekproef), dan blijkt, dat 5,3% van de ondervraagden in aanmerking komt voor verwijzing naar de optometrist. Dat is zo'n geringe groep, dat dit onvoldoende oplossing biedt voor de wachtlijst.

De onderzoekers concluderen, dat het inschakelen van optometristen voor mensen met een bril of lenzen onvoldoende oplossing zal bieden ten aanzien van de wachtlijst-reductie voor oogheelkunde. Zij komen tot de volgende suggesties:

- Versterking van de rol van de huisarts. Meer in het bijzonder:
 - "Indien de huisarts in staat is om de diagnose 'staar' met een redelijke zekerheid uit te sluiten, kan een veel grotere groep verzekerden voor een brilrecept naar de opticien of de optometrist gaan."*
- Capaciteitsverruiming in de tweede lijn in de vorm van bedrijfstijdverlenging en/of uitbreiding van het aantal oogartsen.

Ook bij dit onderzoek kan -vier jaar na dato- de kanttkening worden gemaakt, dat de onderzoekers hun aanbevelingen hebben gedaan vanuit het bestaande systeem van oogzorg. Bijvoorbeeld: de rol die zij toekennen aan de optometrist is gebaseerd op de praktijk van de MBO-opgeleide optometrist. HBO-opgeleide optometristen waren toen nog niet werkzaam in de oogzorg.

Kanttkeningen

Er zijn twee kanttkeningen te plaatsen bij de wachtlijstproblematiek:

- De exacte omvang van het probleem is niet bekend.
 - Uit het artikel van Jellema en Meyboom-De Jong (1993) blijkt dat wachtlijsten (voor in dit geval staaroperaties) vele onduidelijkheden kan bevatten. Er werd slecht geregistreerd. En uiteindelijk werden er veel minder operaties uitgevoerd dan aanvankelijk waren begroot.
- Toch is het van groot belang om de omvang van de wachtlijstproblematiek helder in beeld te kunnen brengen. Niet alleen om het plannings- en capaciteitsvraagstuk hanteerbaar te kunnen krijgen, maar ook om zorginhoudelijke redenen. Voor bepaalde aandoeningen geldt, dat wanneer mensen te lang moeten wachten de behandeling gecompliceerder wordt dan wel dat er onomkeerbare beschadigingen aan het oog kunnen zijn opgetreden. Dit is ook vanuit kostenperspectief inefficiënt en ineffectief.
- Inmiddels heeft het Ministerie van VWS 50 miljoen beschikbaar gesteld voor het terugdringen van wachtlijsten. Lokale initiatieven konden op deze gelden intekenen op basis van concreet geformuleerde projecten. Veel van de ingediende voorstellen betroffen de oogzorg, in het bijzonder het verkleinen van de wachtlijsten voor staaroperaties. Uiteindelijk heeft de minister hiervoor ongeveer 12,3 miljoen gulden beschikbaar gesteld, waarmee ruim 10.000 staaroperaties extra kunnen worden uitgevoerd.

4.2 Tarieven- en honoreringsstructuur

Tarieven voor oogartsen

Ook de tarievenstructuur voor oogheeskundige zorg blijkt een belangrijk knelpunt te zijn, vooral voor extramuraal werkende oogartsen. Hoe die (consult)-tarieven zich sinds 1992 hebben ontwikkeld toont de tabel op de volgende bladzijde. Er blijkt uit, dat tussen 1992 en 1995 deze tarieven voor ziekenfondspatiënten zijn gedaald met bijna 20% en voor particuliere patiënten met bijna 35%. Deze kortingen zijn het gevolg van het overheidsbeleid om overschrijdingen in het macro-budget voor medisch-specialistische hulpverlening om te zetten in tariefkortingen in daarop volgende jaren. Partijen die deelnamen aan de zogenaamde lokale/regionale initiatieven zijn deels gevrijwaard van dergelijke tariefkortingen. Voor extramuraal werkende specialisten is het moeilijk om deel te nemen aan deze initiatieven. Voor degenen, die niet deelnemen, werken de tariefkortingen dus rechtstreeks door in de praktijkvoering. Sinds 1996 zijn extramurale initiatieven ook mogelijk.

Daar komen nog twee zaken bij:

- De tarieven van oogartsen zijn gebaseerd op een integrale praktijkvoering, dus bedoeld voor praktijken, waarin zowel snijdende als beschouwende taken worden verricht. Extramuraal werkende oogartsen verrichten in het algemeen uitsluitend beschouwende taken en voor die handelingen lijken de tarieven naar verhouding te laag te zijn geworden. Er zijn althans meerdere berichten, dat extramuraal werkende oogartsen in financiële problemen geraken.
- Extramuraal werkende specialisten mogen de overhead-kosten van hun praktijk slechts beperkt in rekening brengen (de buitenziekenhuistoelage). Onlangs is door het COTG besloten, dat privé-klinieken (waarin ook oogartsen extramuraal kunnen werken), op basis van een overeenkomst met een zorgverzekeraar, voor diens verzekerden een vergoeding krijgen voor de overhead-kosten van hun praktijk (70% van hetgeen ziekenhuizen mogen declareren voor nevenverrichtingen).

Een eventueel aanwezige onevenredigheid tussen vergoedingen voor beschouwende en snijdende verrichtingen wordt door deze laatste aanpassing echter niet weggenomen. Een dergelijke aanpassing zou door de vertegenwoordigers van de medisch specialisten in het COTG aan de orde moeten worden gesteld.

Tabel 4.4 De ontwikkeling van de consulttarieven van het specialisme oogheeskunde

Datum	Tarieven ziekenfonds		Tarieven particulier	
	Proc. mutatie t.o.v. t-1	Cumulatief	Proc. mutatie t.o.v. t-1	Cumulatief
1-7-1991		100		100
1-7-1992	-3,7	96,3	-2,8	97,2
1-4-1993	-11,0	85,7	-12,4	85,1
1-4-1994	-5,1	81,3	-7,9	78,4
1-4-1995	-0,2	81,2	-19,6	63,1
29-5-1995	1,5	82,4	1,9	64,2
1-8-1995	0,4	82,7	0,4	64,5

Bron:COTG

4.3 Taakafstemming

Op meerdere plaatsen in dit brancherapport is al gesuggereerd, dat er sprake zou zijn van ondoelmatigheden in de taakafstemming tussen de verschillende beroepsgroepen, werkzaam in de oogzorg. Zo zouden oogartsen zelf te veel refracties doen en zouden huisartsen veel beter als poortwachter van de tweede lijn dienst moeten doen, zo mogelijk door zelf een deel van de diagnostische verrichtingen voor hun rekening te nemen. Ook zou er te weinig sprake zijn van lokale/regionale afspraken tussen betrokken partijen, in het bijzonder huisartsen, oogartsen en optometristen.

Door de Rijksuniversiteit Limburg is een onderzoek uitgevoerd naar de onderlinge afstemming binnen de oogzorg in Nederland. (Van der Horst, 1996) uit dit onderzoek blijkt, dat de onderzochte beroepsgroepen zelf onder meer het ontbreken van een domeinafbakening en het ontbreken van onderlinge afstemming van de oogzorg als twee van de grootste knelpunten beschouwen.

In dit rapport (Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland) wordt onder meer gesteld (pag. 373):

“... er is geenszins sprake van onderlinge afstemming van zorg en er zijn gegronde twijfels aan een doelmatige en doeltreffende oogzorg.”

Als belangrijke redenen voor het ontbreken van een doeltreffende samenwerking worden onder meer gezien: onbekendheid met elkaars deskundigheden, persoonlijke onbekendheid, een gevoel van bedreiging en onvoldoende erkenning. In het genoemde rapport wordt een aantal stappen aanbevolen om tot een doelmatiger en doeltreffender oogzorg te komen (pag. 375 e.v.):

1. Primair aandacht besteden aan de communicatie en samenwerking tussen de beroepsgroepen.
2. Ontwikkeling van een transmuraal zorgmodel ('Shared care').
Met 'shared care' worden transmurale zorgconcepten bedoeld, gericht op specifieke doelgroepen. In Engeland zijn er al positieve ervaringen mee opgedaan. Bijvoorbeeld voor: diabetische oogaandoeningen, glaucoom en oculaire hypertensie en oudere chauffeurs. Als voordelen worden gezien:
 - 1) afname van de wachtlijsten
 - 2) ontlasting van de oogheeskundige afdelingen in ziekenhuizen ten gunste van mensen met meer urgente aandoeningen.
 - 3) grotere continuïteit van zorg.
 - 4) toename van het gebruik van de eerstelijnszorg en daarmee afname van het gebruik van de tweedelijnszorg
 - 5) een meer kosten-effectief gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.
 Rijsemus (1996) noemt de volgende voorwaarden voor het realiseren van shared care-programma's:
 - 1) deelname door individuele artsen en optometristen en niet door praktijken
 - 2) gebruik maken van onderzoeks-, verwijs- en behandelprotocollen
 - 3) regelmatige nascholing voor alle deelnemers
 - 4) inbouwen van een evaluatiesysteem om de effectiviteit van het programma te beoordelen.
 - 5) zorgen voor een adequate financiering van personeelskosten, training, apparatuur en dergelijke.
3. Versterking van de diverse beroepsgroepen door onder meer:
 - bevordering deskundigheid huisartsen
 - op korte termijn de extramurale functie van de oogarts buiten het transmurale netwerk voorlopig in stand te houden dan wel te versterken

- aan de HBO-optometrist formeel een plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg toe te kennen
- formaliseren van de eigen verantwoordelijkheid van de orthoptist
- de opleiding tot Technisch Oogheekundig Assistent op HBO-niveau te brengen

5 BELEIDSONTWIKKELING

In het voorgaande is een aantal malen verwezen naar de beleidsbrief van de Minister van VWS met betrekking tot de oogzorg van 17 maart 1997. In deze brief geeft de Minister haar visie op de ontwikkeling van de oogzorg in de komende jaren. Meerdere elementen uit deze brief zijn reeds eerder in dit branche-rapport aan de orde geweest. Op deze plaats willen wij in het bijzonder weergeven, welke ontwikkelingslijnen de Minister heeft uitgezet, waar het gaat om de afstemming van de diverse beroepsgroepen op het terrein van de oogzorg.

De Minister constateert onder meer:

- er bestaan tussen de beroepsgroepen grote onduidelijkheden;
- de huisarts functioneert feitelijk niet echt goed in zijn rol als poortwachter;
- de oogartsen zouden zich als medisch specialist uitsluitend willen beperken tot de pathologie van het oog;

De minister wil dan ook de gedachtenvorming op gang brengen om de oogarts te ontlasten, onder andere door het versterken van de screeningsfunctie van de eerstelijns en het nader onderzoeken van regelingen, waarbij onnodig een beroep wordt gedaan op de oogarts. (Een voorbeeld van dit laatste is het verkrijgen van een oogheekundige verklaring bij verlenging van het rijbewijs.)

Op basis van het eerder genoemde onderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg en een daarop volgend overleg met de betrokken beroepsgroepen heeft de Minister de conclusie getrokken, dat een gezamenlijke aanpak van de oogzorg op regionaal niveau moet worden gestimuleerd op basis van gelijkwaardigheid tussen de betrokken beroepsgroepen.

Daartoe wil de Minister stimuleren, dat er een Landelijk Platform Oogzorg totstandkomt, waarin alle partijen zijn vertegenwoordigd. Dit Platform zou als belangrijkste doelstelling moeten hebben: het ontwikkelen van een landelijk toetsings- en referentiekader ter ondersteuning van de beoogde regionale ontwikkelingen.

Een dergelijk toetsings- en referentiekader zou gebaseerd moeten zijn op richtlijnen over zaken als:

- deskundigheidsgebieden van de verschillende beroepsgroepen;
- de meest gewenste verwijzingspatronen;
- de gevolgen van de Wet BIG voor de onderlinge verhoudingen;
- het aanpassen van bestaande standaarden;
- het ontwikkelen van nieuwe standaarden en protocollen;
- de wijze van betrokkenheid van patiënten/consumenten.

Deze brief van de Minister is op 28 mei 1997 in een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer aan de orde geweest en is door de Kamer breed ondersteund.

6 BESCHOUWING

6.1 Oogzorg in Nederland

De oogzorg in Nederland bevindt zich al meerdere jaren in de situatie, dat de vraag naar oogzorg blijft toenemen, terwijl tegelijkertijd de financiële ruimte -in ieder geval voor het medische gedeelte van deze branche- niet in dezelfde mate meegroeit. Voor de komende jaren mag verwacht worden, dat die situatie niet wezenlijk zal veranderen: de ontwikkeling van de beschikbare middelen zal waarschijnlijk achterblijven bij de groei van de zorgvraag. Als de oogzorg toch zo goed mogelijk haar maatschappelijke functie wil blijven vervullen, is het enige alternatief, dat de branche zich herbezint op de vraag of zij wel optimaal is georganiseerd. Met andere woorden: een kritisch zelfonderzoek naar de vraag of met dezelfde middelen en een andere organisatie niet doelmatiger en doeltreffender gewerkt kan worden.

Vanuit de branche zijn diverse ontwikkelingen aan te geven die trachten een antwoord op die vraag te geven. Voorbeelden ervan zijn:

- De experimenten om huisartsen door middel van bijscholing een meer effectieve poortwachtersfunctie in de oogzorg te laten vervullen. Hoewel de afzonderlijke experimenten succesvol leken, lijkt een brede en blijvende implementatie niet zonder meer waarschijnlijk. Er lijken toch grenzen te zijn aan de mogelijkheden om de huisarts effectief als poortwachter naar de tweedelijns oogzorg te laten fungeren.
- De wens van de oogartsen om zich zo veel mogelijk te beperken tot oogheelkundige pathologie.
- De ontwikkeling van het beroep optometrist tot een paramedisch beroep op HBO-niveau. De Raad BIG is van mening, dat een op dit niveau opgeleide optometrist in staat mag worden geacht om cliënten te screenen op oogheelkundige pathologie.
- De verzelfstandiging van het beroep orthoptist.
- Niet in het minst moet worden genoemd het veranderend 'koopgedrag' van consumenten en patiënten. Mensen gaan niet meer vanzelfsprekend met oogklachten naar de huisarts en/of de oogarts. Wanneer mensen zelf inschatten, dat het uitsluitend gaat om klachten over de gezichtsscherpte, wenden zij zich in toenemende mate tot de opticien / optometrist en steeds minder tot de huisarts of de oogarts.

In dit verband is het overigens opmerkelijk, dat met name voor de oogzorg het keuzegedrag van mensen naar de tweede lijn voor een deel gevoelig lijkt voor financiële prikkels.

Starmans, e.a. (1993) hebben een onderzoek gedaan naar het effect van eigen betalingen in de Nederlandse gezondheidszorg aan de hand van de invoering van 'het specialisten-geeltje'. Zij hebben onderzocht of er een effect was te onderkennen van de f 25,- eigen bijdrage bij eerste polikliniekbezoek op het aantal verwijzingen naar de specialist. Zij komen tot de volgende conclusies:

"Het enige specialisme waar uiteindelijk een effect van de invoering van het specialistengeeltje kon worden aangetoond, was het specialisme oogheelkunde (ca. -9%). (...) Dat alleen bij het specialisme oogheelkunde een effect van de invoering van het specialistengeeltje kon worden aangetoond, kan erop duiden dat het bezoek aan een oogarts, meer dan bij andere specialismen, op initiatief van de consument tot stand komt. Een andere factor die bij het specialisme een rol kan hebben gespeeld is dat de consument in zekere mate de mogelijkheid had om een bezoek aan de oogarts te substitueren door een bezoek aan de opticien."

Wanneer de cliënt meer vertrouwd raakt met het beroepsprofiel van de HBO-opgeleide optometrist, kan dit veranderende keuzegedrag zich wellicht gaan uitbreiden tot oogklachten, waarmee de cliënt zich anders wél direct tot een huisarts of oogarts zou hebben gewend.

Tot nu toe hebben deze ontwikkelingen en initiatieven zich min of meer los van elkaar afgespeeld. De Minister heeft bij haar brief van 17 maart 1997 het initiatief genomen om deze ontwikkelingen in onderlinge samenhang te brengen en naar de toekomst in een ontwikkelingsperspectief te plaatsen. Een ontwikkeling die uiteindelijk moet resulteren in een oogzorg, waarin op regionaal niveau afstemming plaatsvindt tussen de diverse beroepsgroepen, zodanig dat de oogarts zich volledig kan richten op oogheelkundige pathologie en dat een effectieve toegang tot deze medisch-specialistische zorg wordt gewaarborgd door een optimale samenwerking tussen de HBO-opgeleide optometrist en de huisarts. Zij kunnen dan in onderlinge samenwerking de poortwachtersfunctie naar de tweede lijn vervullen.

Het op te richten Platform Oogzorg zal in deze ontwikkeling een belangrijke rol kunnen gaan spelen. Naar verwachting zal dit Platform in het najaar van 1997 zijn eerste bijeenkomst hebben.

6.2 Informatieproblematiek

In de inleiding is al aangegeven, dat het voor de onderzoekers moeilijk was (kwantitatieve) informatie over de oogzorgbranche bij elkaar te krijgen. Gegeven de gevoelige fase, waarin de samenwerking binnen de oogzorg op landelijk niveau zich bevindt, bleek het niet goed mogelijk diverse betrokken partijen rechtstreeks te benaderen. De beide keren, dat dit wel werd geprobeerd met een eenvoudige vraag om informatie, werd er in het ene geval in het geheel niet gereageerd en in het andere geval uiterst afhoudend. Dat betekent, dat in een aantal gevallen gebruik moest worden gemaakt van indirecte of incidentele informatiebronnen. Wat daaruit aan informatie beschikbaar was, bleek niet altijd eenduidig te zijn. Al met al is het beeld van wat er werkelijk aan informatie beschikbaar is, niet helder.

In het licht van de gewenste, toekomstige ontwikkelingen kan wel een aantal suggesties worden gedaan omtrent de vraag aan welke stuurinformatie de sector behoefte heeft om na te kunnen gaan of de oogzorg zich inderdaad in de gewenste richting ontwikkelt. Er kan dan aan de volgende informatie worden gedacht:

1. In termen van in te zetten middelen kan gedacht worden aan:
 - Per regio een overzicht van het aanbod aan medische oogzorg;
 - Aantal huisartsen;
 - Aantal oogartsenpraktijken (extramuraal en intramuraal);
 - Aantal HBO-optometristen (c.q. MBO-optometristen met certificaat);
 - Overig;
 - Inzicht in de samenstelling van de oogartsenpraktijken:
 - Aantal oogartsen;
 - Aantal HBO-optometristen (c.q. MBO-optometristen met certificaat);
 - Aantal MBO-optometristen / opticiens;
 - Aantal orthoptisten;
 - Aantal TOA's;

2. In termen van het gebruik van oogzorgvoorzieningen kan gedacht worden aan het globaal registreren van enkele kenmerken van de gebruikers van de oogzorg, zoals bijvoorbeeld leeftijd en hoofddiagnose, wanneer er sprake is van pathologie.
3. In termen van kwaliteit en doelmatigheid:
 - Per regio inzicht in de onderlinge werkafspraken, protocollen, enz.
 - Per regio inzicht in de verwijzrelaties tussen de verschillende beroepsgroepen. Hoeveel mensen melden zich aan bij de verschillende beroepsgroepen, hoeveel worden door de hulpverlener zelf geholpen, hoeveel worden doorverwezen en naar wie?
4. In termen van toegankelijkheid van de zorg:
Per regio inzicht in de omvang van de wachtlijsten en de gemiddelde wachttijden voor de verschillende typen zorgaanbod.
5. Inzicht in de productie van de verschillende (para- en peri-) medische beroepsgroepen
Voor ieder van de beroepsgroepen zal dit een andere invulling hebben, bijvoorbeeld:
 - Voor oogartsen: het aantal operaties, laserbehandelingen, aantal nieuw in behandeling genomen patiënten, aantal eerste consulten, totaal aantal consulten, aantal refractiebepalingen, enz.Binnen de oogartsenpraktijk zou geregistreerd kunnen worden wie welke verrichtingen doet (orthoptist, TOA, enz.).
 - Voor de optometristen zou gedacht kunnen worden aan: aantal refractiebepalingen, aantal bril- of contactlensrecepten, aantal behandelingen (in overleg met huisarts of oogarts), enz.

Het bovenstaande informatie-overzicht is zeker nog niet uitputtend, maar geeft wel de contouren aan van wat kan worden beschouwd als een 'ideaal-plaatje' aan informatie. Immers, aan de hand van de hier beschreven informatie kan over een langere periode worden gevolgd op welke wijze de samenwerking binnen de oogzorg zich ontwikkelt. Niet alle informatie zal even gemakkelijk voor handen zijn en wellicht moeten er prioriteiten worden gesteld bij het opzetten van een dekkend informatiesysteem. De gevraagde informatie stelt ook hoge eisen aan de registraties door de verschillende beroepsbeoefenaren. Er zullen gemeenschappelijke definities moeten worden afgesproken, gezamenlijke peildata, misschien per regio één of meer 'peilstations', enz. Hier ligt wellicht ook een taak voor het op te richten Landelijk Platform Oogzorg.

LITERATUUR

- BAGGEN, J.L., V. DUBOIS, Y.D. VAN LEEUWEN, J. VAN REE. De eerstelijns oogheelkunde onder de loep. *Medisch Contact*; 48, 27 augustus 1993, p.1003-1005
- BANDEL, A.P., M.A. GRASVELD-VAN BERCKEL, B.M. VAN INEVELD, J.C.A. SOL, N.S. KLAZINGA. Een integraal beheerssysteem voor de kwaliteit en kosten van cataractoperaties in dagbehandeling. Rotterdam: Oogziekenhuis Rotterdam, 1997
- BIELARS, B.M.J. De optometrische kijk op 'De toekomst voor ogen'. *Visus*; 1992, no.3,p.22-24
- BIELARS, B.M.J. De plaats en organisatie van de Nederlandse optometrische zorg. *Visus*; 1996 no.4,p.12-15
- BIESHEUVEL-SNELLEN, F.M.M. Het oog wil ook wat. Doctoraalscriptie. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990
- BIESHEUVEL-SNELLEN, F.M.M. EN A.TH.M. VAN BALEN. Kwaliteitsbeleid in de oogheelkundige zorg, *Medisch Contact*; 51, 20 september 1996, p.1226
- CRIJNS, H., A.F. CASPARIE, F. HENDRIKSE. Toekomstige behoefte aan oogzorg voor patiënten met diabetes mellitus, kosten en effectiviteit. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*; 139, 1 juli 1995, p.1336-1341
- DELNOIJ, D.M.J., R. SCHULLER, C.M. VAN HEUGTEN, A.J.J. VAN DER KWARTEL, R.L.C. SMIT, L.J.R. VANDERMEULEN. Brancherapport curatieve somatische zorg. Utrecht: NIVEL/NZi, 1996
- Directieoverleg instellingen voor visueel gehandicapten. De toekomst in zicht. Utrecht: VGN, februari 1997
- European Council of Optometry and Optics. Optometry in Europe. Londen: ECOO, 1996
- GEVAERTS, P. Notitie Wachtlijstproblematiek. Landelijk patiënten/consumenten Platform, 1992
- GRIT, F. 1996: Het Jaar van de BIG. *Visus*; 1996, no.4,p.16-20
- HEIJINK, B. EN A. KROONEN. Capaciteit en behoefte in de ziekenhuiszorg: wie zorgt er voor afstemming? *Medisch Contact*; 46, 28 juni 1991, no.26,p.815-816
- HEILIGERS, PH.J.M., L. HINGSTMAN, J.T.C. MARRÉE. Inventarisatie deeltijd werken onder artsen. Utrecht: NIVEL, februari 1997
- HENDRIKSE, F. Lange wachtlijsten voor oogoperaties leiden vaak tot onnodige blindheid. *MGZ*; 18 september 1990, p. 47-50
- HORST, F.G. VAN DER. Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland - Inleidend deel, conclusies, beschouwingen, aanbevelingen. Projectgroep Afstemming Oogzorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1996
- HORST, F.G. VAN DER. Onderlinge Afstemming Oogzorg in Nederland, Projectgroep Afstemming Oogzorg. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1996
- Jaarboek Ambacht 1996-1997. Zoetermeer: EIM / Ambachtsonderzoek, december 1996
- JAARSMA, K.: De optiekbranche - brancheschets 1996. Den Haag: EIM, Mei 1996
- JELLEMA, A. EN B. MEYBOOM-DE JONG. Lange wachtlijsten voor een staaroperatie? *Medisch Contact*; 48, 26 maart 1993, p.364-366
- KAMP, B.S., M.A.H. FLEUREN, E. VELDMAN. Verwijzingen naar de polikliniek oogheelkunde onder de loep. *Huisarts en Wetenschap*; 38, 1995, no.11,p.521-524

LEEUWEN, Y.D. VAN, J.L. BAGGEN, M. EYCK, R. LUBBERS EN F. HUYGENS. Cursus eerstelijns oogheelkunde. Medisch Contact; 51, 4 oktober 1996, p.1283-1285

LISDONK, E.H. VAN DE, W.J.H.M. VAN DEN BOSCH, H.J.M. VAN DEN HOOGEN. Verwijzen bij oogheelkundige aandoeningen. Huisarts en Wetenschap; 37, 1994, no.7,p.281-284

MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief aan het Bestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging van Optometristen, Kenmerk CSZ/BO-9613755. Rijswijk: 22 november 1996

MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief aan de Raad BIG, Kenmerk CSZ/BO-9613753. Rijswijk: 22 november 1996

MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal, Kenmerk CSZ/BO-973518. Rijswijk: 17 maart 1997

NEDERLANDS OOGHEELKUNDIG GEZELNSCHAP. De toekomst voor ogen, beleidsplan voor de oogzorg in Nederland. Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, 1992

NEDERLANDS OOGHEELKUNDIG GEZELNSCHAP. Oogzorg in Nederland. Medisch Contact; 47, 1 mei 1992, p.555-556

NONNEMAN, M.M.G., A.W.H. TER WEER, J.J. DEN OTTER EN J. D. MULDER. Oog voor diabetes?, Huisarts en Wetenschap; 36, 1993; no.5.p.174-176

'Oogartsen in financiële wurggreep', NRC, 14-12-1996

Opleidingseisen oogheelkunde. Medisch Contact; 50, 13 oktober 1995, p.1315-1320

PETERS, P. Ziende blind. Intermediair; 28, 14 augustus 1992, no.33,p.18-23

RAAD VAN DE CENTRALE ONDERNEMINGSORGANISATIES RCO. Het wachten beu. Den Haag: RCO, juni 1994

Reader: Bijdragen van de beroepsverenigingen in de oogheelkundige zorg in Nederland ten behoeve van het overleg met de Minister van VWS, Rijswijk, 7 november 1995

RIJSEMUS, A.H. Optometristen en glaucoom. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, oktober 1996

RUTTEN, S.A.T., P.M.E. VAN DAM, A.J. LAMPING. Wachtlijsten bij oogheelkunde. TSG; 71, 1993, no.6,p.312-317

SANTEN, W. VAN, S.D. SWEERMEN, M.R. VOGEL. Niet-klinische behandelcentra: voor de muziek uit of randverschijnsel? Diemen: Bakkenist Management Consultants, juli 1993

SOL, J.C.A., A.C.M. VAN DE VEN, J.H. PAMEIJER, U.F. HIDDEMA. Voordelen van dagbehandeling bij catarctoperaties. Medisch Contact, 49, 17 juni 1994, p.807-809

SPECIALISTEN REGISTRATIE COMMISSIE. Rapport betreffende opleidingen en assistentenbestand van de door de SRC erkende opleidingsinrichtingen per 1 januari 1996, SRC, Utrecht

SPREEUWENBERG, C., De toekomst voor ogen. Medisch Contact; april 1992

STARMANS, H.B.G., J.M.H.F.M. VERKOOIJEN, M.J.A.P. VANDERBROECK. Het effect van eigen betalingen in de Nederlandse gezondheidszorg - Casus poliklinische specialistenhulp. TSG; 71, 1993, no.4,p.223-230

STOKX, L.J., A.B.M. GLOERICH, T.J.J.M.T. KERSTEN. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. Utrecht: NIVEL, mei 1992

TWEEDE KAMER DER STATEN GENERAAL. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1995, Kamerstuk 23.900 XVI, Nr. 81

TWEEDE KAMER DER STATEN GENERAAL. Vragen gesteld door de leden der Kamer, met daarop door de regering gegeven antwoorden, nr. 922, ingediend 1 maart 1996, beantwoord 4 april 1996

VAN DER VELDEN, J., D. DE BAKKER, A. CLAESSENS, F. SCHELLEVIS. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991

VERHOEVEN, S., E. VAN BALLEGOOIE, H. CRIJNS, H.A. HYLKEMA, A.A. LOEVE, A.F. CASPARIE. Is fundusfotografie zinvol bij de screening op diabetische retinopathie bij patiënten met diabetes mellitus type II?. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde; 137, 1993 no.34,p.1713-1717

VERKLEIJ H., D. RUWAARD, L.J.K. VAN DER VELDE, A.F. CASPARIE. Benodigde zorgcapaciteit voor diabetes mellitus in 2005 in verschillende scenario's. TSG; 69, 1991, no.6,p.171-176

VOORBEREIDINGSCOMMISSIE 'SHARED CARE'. Brief aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Maastricht, 9 juli 1996

WERSCH, F. VAN, J. VAN DER FLIER. Rapportage onderzoeken job-marketingproject in de optiekbranche. Voorburg: Hoofdbedrijfschap Ambachten, oktober 1993

