

**Brancherapport
Cure**

'98-'01

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

D. Somai
J.B.F. Hutten

NIVEL

INDEX

Introduction and Preface

Introduction 1
Preface 1

Introduction 1
Preface 1

Voorwoord

Een goede informatievoorziening in de gezondheidszorg is essentieel. Gegevens over aanbod, vraag en kwaliteit van zorg maken duidelijk welke ontwikkelingen gaande zijn, hoe beleid uitwerkt en waar zich knelpunten voordoen. Gestructureerde informatie maakt bovendien het functioneren van de diverse partijen en hun prestaties in het zorgveld zichtbaar.

Dit brancherapport biedt feiten en cijfers over het terrein van de Cure. Het geeft, uitgebreid en objectief, informatie over de curatieve zorg, geneesmiddelenvoorziening, medische technologie en transfusie- en transplantatiegeneeskunde. Het rapport presenteert de gegevens volgens een vast stramien. Hierdoor worden trends zichtbaar over de jaren 1998 tot en met 2001. Ook is zo een vergelijking mogelijk met ontwikkelingen in andere sectoren. Deze VWS-terreinen komen aan bod in een viertal andere brancherapporten, die tegelijk met het voorliggende verschijnen. Dit zijn het brancherapport Preventie, het brancherapport Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg, het brancherapport Care en het brancherapport Welzijn en Sport.

Waar Zorgnota en Begroting op de toekomst gericht zijn, vindt u in dit rapport achtergrondinformatie over de afgelopen vier jaar. In combinatie bieden ze meer inzicht in het functioneren van het stelsel van zorg en welzijn.

Hoofdstuk 1 van het brancherapport bevat een terreinbeschrijving, afbakening en verantwoording. Hoofdstuk 2 beschrijft de organisatorische context van de sector Cure, en gaat onder meer in op de rol en positie van de diverse belanghebbenden: patiënten/consumenten, verzekeraars, beroepsbeoefenaren en aanbieders van zorg. In hoofdstuk 3, de kern van het rapport, vindt u feiten en cijfers over ontwikkelingen in de sector. Deze data worden gepresenteerd volgens een vaste structuur: zorgvraag, zorgaanbod en -capaciteit, zorggebruik en -productie, financiering en kwaliteit van zorg. Iedere categorie heeft een eigen kleur. In de toekomst worden de gegevens in hoofdstuk 3 verder gestroomlijnd. Bijlage 1 behandelt de informatievoorziening en beschrijft een aantal knelpunten zoals die zijn geconstateerd tijdens het verzamelen van de informatie voor het brancherapport.

Dit brancherapport is op verzoek van het ministerie van VWS opgesteld door het NIVEL. De totstandkoming van dit rapport is ondersteund door een begeleidingscommissie samengesteld uit sectorpartijen. Daarnaast heeft een adviescommissie van datadeskundigen naar de kwaliteit van de gebruikte bronnen gekeken.

de wnd Directeur-Generaal Gezondheidszorg,



mr. A.R.A. van den Ham

Inhoudsopgave

1	VERANTWOORDING	6	3.9.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	75
1.1	<i>Terreinbeschrijving</i>	6	3.9.3	<i>Gebruik/productie</i>	79
1.2	<i>Werkwijze</i>	6	3.9.4	<i>Financiering</i>	88
1.3	<i>Samenvatting knelpunten landelijke informatievoorziening</i>	7	3.9.5	<i>Kwaliteit</i>	88
2	ORGANISATORISCHE CONTEXT	8	3.10	<i>Ziekenhuiszorg: algemeen, academisch, categoriaal</i>	89
2.1	<i>Inleiding</i>	8	3.10.1	<i>Vraag</i>	89
2.2	<i>De positie van de zorgvrager in het zorgsysteem</i>	8	3.10.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	89
2.3	<i>De zorgverzekering</i>	8	3.10.3	<i>Gebruik/productie</i>	98
2.4	<i>Aanbod van zorg</i>	9	3.10.4	<i>Financiering</i>	106
2.5	<i>Samenwerking en samenhang in de zorg</i>	12	3.10.5	<i>Kwaliteit</i>	108
3	FEITEN EN CIJFERS	13	3.11	<i>Revalidatie-instellingen</i>	109
3.1	<i>Inleiding</i>	13	3.11.1	<i>Vraag</i>	109
3.2	<i>Vraag in het algemeen: ontwikkelingen in de bevolking</i>	14	3.11.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	109
3.3	<i>Huisartsenzorg</i>	19	3.11.3	<i>Gebruik/productie</i>	110
3.3.1	<i>Vraag</i>	19	3.11.4	<i>Financiering</i>	110
3.3.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	19	3.11.5	<i>Kwaliteit</i>	110
3.3.3	<i>Gebruik/productie</i>	20	3.12	<i>Medische (bio)technologie, transfusies en transplantaties</i>	112
3.3.4	<i>Financiering</i>	23	3.12.1	<i>Bloedvoorziening</i>	112
3.3.5	<i>Kwaliteit</i>	23	3.12.1.1	<i>Vraag</i>	112
3.4	<i>Geneesmiddelenvoorziening</i>	29	3.12.1.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	112
3.4.1	<i>Vraag</i>	29	3.12.1.3	<i>Gebruik/productie</i>	112
3.4.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	29	3.12.2	<i>Weefsel- en orgaantransplantatie</i>	114
3.4.3	<i>Gebruik/productie</i>	33	3.12.2.1	<i>Vraag</i>	114
3.4.4	<i>Financiering</i>	37	3.12.2.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	114
3.4.5	<i>Kwaliteit</i>	37	3.12.2.3	<i>Gebruik/productie</i>	114
3.5	<i>Algemene mondzorg</i>	40			
3.5.1	<i>Vraag</i>	40		LITERATUURLIJST	116
3.5.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	41			
3.5.3	<i>Gebruik/productie</i>	42		BIJLAGEN	
3.5.4	<i>Financiering</i>	47	1	<i>Knelpunten en ontwikkelingen in de informatievoorziening</i>	118
3.5.5	<i>Kwaliteit</i>	47	2	<i>Begeleidingscommissie, technische adviescommissie en medewerkers</i>	123
3.6	<i>Verloskundige zorg en kraamzorg</i>	48	3	<i>Lijst van afkortingen</i>	124
3.6.1	<i>Vraag</i>	48	4	<i>Reserves instellingen</i>	126
3.6.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	48			
3.6.3	<i>Gebruik/productie</i>	52			
3.6.4	<i>Financiering</i>	53			
3.6.5	<i>Kwaliteit</i>	53			
3.7	<i>Paramedische zorg</i>	55			
3.7.1	<i>Vraag</i>	55			
3.7.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	55			
3.7.3	<i>Gebruik/productie</i>	62			
3.7.4	<i>Financiering</i>	62			
3.7.5	<i>Kwaliteit</i>	63			
3.8	<i>Ambulancezorg en ziekenvervoer</i>	66			
3.8.1	<i>Vraag</i>	66			
3.8.2	<i>Aanbod en capaciteit</i>	66			
3.8.3	<i>Gebruik/productie</i>	68			
3.8.4	<i>Financiering</i>	69			
3.8.5	<i>Kwaliteit</i>	70			
3.9	<i>Medisch-specialistische zorg</i>	71			
3.9.1	<i>Vraag</i>	71			

Kleurlegenda onderwerpen

Vraag
Aanbod en capaciteit
Gebruik en productie
Financiering
Kwaliteit
Overzicht

1 Verantwoording

1.1 TERREINBESCHRIJVING

Het brancherapport Cure bevat kwantitatieve gegevens over vraag, aanbod en capaciteit, gebruik en productie, financiering en kwaliteit van zorg op de beleidsterreinen curatieve zorg, geneesmiddelen, medische (bio)technologie, transfusie- en transplantatiegeneeskunde. Van de totale collectieve uitgaven aan gezondheidszorg (rijksbegroting en premies) wordt bijna de helft binnen deze sectoren besteed. Curatieve zorg is gericht op het behandelen en genezen van acute en chronische, somatische aandoeningen. Daarbij is een breed scala aan instellingen en beroepsbeoefenaren betrokken. De sector wordt vanouds onderverdeeld in extramurale en intramurale zorg; een scheidslijn die vanwege de beoogde modernisering van de curatieve zorg en de ontwikkeling van vraaggestuurde zorg steeds meer aan relevantie inboet. In de extramurale zorg zijn vooral beroepsbeoefenaren actief, zoals huisartsen (generalistische medische zorg), tandartsen, mondhygiënisten en tandprotheticen (algemene mondzorg), verloskundigen, kraamverzorgenden en -verpleegkundigen, paramedici en ondersteunend personeel. In de intramurale zorg staan ziekenhuizen en revalidatiecentra centraal met de daarin werkende medisch specialisten en verpleegkundigen. Zij leveren een breed scala aan medisch-specialistische en verpleegkundige zorg in poliklinische en klinische settings. Ook de ambulancehulpverlening en het ziekenvervoer worden tot de curatieve zorg gerekend.

De geneesmiddelenvoorziening omvat de ontwikkeling en productie, het voorschrijven, afleveren en gebruik van geneesmiddelen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen zelfzorgmiddelen en geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. Geneesmiddelen worden zowel intra- als extramuraal voorgeschreven door artsen en afgeleverd door instellingsapotheken, openbare apotheken en apothekhoudende huisartsen. Receptvrije geneesmiddelen worden verkocht door apotheken, drogisten en bijzondere vergunninghouders.

Het beleidsterrein medische technologie, transfusie- en transplantatiegeneeskunde komt ook in het brancherapport Cure aan de orde. Het gaat daarbij om vier onderwerpen: bloedvoorziening, transplantaties, fertiliteitbehandelingen (IVF- en IXI-behandeling) en medische biotechnologie. Medische biotechnologie heeft betrekking op genetische diagnostiek en de toepassing van biotechnische producten en therapieën.

Gelijktijdig met het brancherapport Cure verschijnen de brancherapporten Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg, Preventie, Care, en Welzijn en Sport. De vijf brancherapporten hebben onderling

raakvlakken en er is sprake van enige overlap. Aan de ene kant hebben gegevens uit het brancherapport Cure ook betrekking op de andere sectoren. De zorgaanbieders die in dit brancherapport aan bod komen verrichten namelijk ook regelmatig werkzaamheden op de andere terreinen. In de meeste gevallen is het echter niet mogelijk om hierin een expliciete uitsplitsing te maken. Aan de andere kant staan in de andere brancherapporten ook gegevens over zorgaanbieders die in het brancherapport Cure worden behandeld. Het gaat dan om duidelijk te onderscheiden taken. Zo komen de activiteiten van huisartsen in het kader van programmatische preventie niet in het brancherapport Cure, maar in het brancherapport Preventie aan bod.

In het brancherapport Cure '98-'01 worden in principe alleen gegevens op landelijk niveau gepresenteerd. Regionale en internationale vergelijkingen vallen buiten het domein van het rapport. Indien mogelijk worden wel regionale verschillen zichtbaar gemaakt in het beschikbare aanbod van zorgvoorzieningen. Het rapport bevat, indien beschikbaar, informatie over de tijdsperiode 1998 t/m 2001. Daarbij is uitgegaan van de meest recente betrouwbare cijfers die begin september 2002 beschikbaar waren. Er is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van bestaande databronnen die jaarlijks gegevens leveren. Bij een aantal onderwerpen is aangesloten bij andere overzichtspublicaties zoals de VTV (Volksgezondheid Toekomst Verkenning) voor epidemiologische gegevens, de RAZW (Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn) voor aanbodgegevens en het Jaarbeeld Zorg voor financiële gegevens. Tenslotte wordt erop gewezen dat het niet mogelijk is om gegevens uit verschillende tabellen rechtstreeks aan elkaar te koppelen, aangezien gebruik is gemaakt van verschillende gegevensbronnen (met hun eigen definities en onderzoeksmethoden).

1.2 WERKWIJZE

Bij het samenstellen van het brancherapport Cure '98-'01 is uitgegaan van 'de eerste proeve' die het NIVEL, in samenwerking met Prismant, in 2001 heeft gemaakt (Hutten e.a., 2001). Daarin is een eerste aanzet gegeven om, onder de betrokken partijen, een zo breed mogelijk draagvlak te creëren voor de informatie die in het rapport dient te worden opgenomen (kengetallen) en de informatiebronnen die daarbij kunnen worden gebruikt. Op basis van deze 'proeve' is in 2002, door het ministerie van VWS, een inventarisatie uitgevoerd van de informatiebehoefte van de betrokken beleidsdirecties. Deze is verwerkt in een nieuw voorstel dat is voorgelegd aan de betrokken partijen.

Voor elk brancherapport is een begeleidingscommissie geformeerd die zich bezig heeft gehouden met de inhoud van het rapport. Deze commissie, onder

voorzitterschap van het ministerie van VWS, bestond uit vertegenwoordigers van verschillende landelijke organisaties die voor de betreffende sector relevant zijn: nationale koepels van zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten- en consumentenorganisaties en mogelijke andere belanghebbenden. Bij het brancherapport Cure deed zich de situatie voor dat er een zeer groot aantal zorgaanbieders bij betrokken zijn. Om recht te doen aan deze verscheidenheid is gekozen voor een getrapte benadering. In de begeleidingscommissie namen alleen landelijke organisaties zitting die de gehele curatieve zorg bestrijken, terwijl met de andere betrokken (koepel)organisaties door het ministerie van VWS en het NIVEL in enkele clusters gesprekken zijn gevoerd over de inhoud van het rapport (zie bijlage 2). Naast de begeleidingscommissie is er een 'technische adviescommissie' samengesteld die heeft geadviseerd over de te gebruiken databronnen en de kwaliteit van de gegevens (zie bijlage 2). Beide commissies zijn tweemaal bijeen geweest.

1.3 SAMENVATTING KNELPUNTEN LANDELIJKE INFORMATIEVOORZIENING

Zowel bij de overheid als bij de veldpartijen bestaat behoefte aan een systematisch overzicht van een aantal objectieve gegevens over de gezondheidszorg. Het brancherapport Cure is bedoeld om in een deel van deze behoefte te voorzien. De 'proeve' van 2001 was voornamelijk bedoeld om duidelijk te krijgen welke gegevens van belang worden geacht. In 2002 ligt de nadruk op het concreet invullen van de voorgestelde tabellen. Dit betekent dat er nu een duidelijker beeld is van de lacunes in de beschikbare informatie. In bijlage 1 is dit uitvoerig beschreven. Op een aantal terreinen zijn reeds de nodige gegevens beschikbaar die als kengetallen in het brancherapport Cure kunnen worden gebruikt. Er bestaan echter ook nog diverse hiaten, zowel met betrekking tot het vaststellen van geschikte kengetallen als met betrekking tot de beschikbaarheid van gegevens. Daarbij zijn echter aanzienlijke verschillen geconstateerd tussen de onderwerpen (vraag, aanbod, gebruik/productie, financiering en kwaliteit) en tussen de diverse zorgaanbieders. De meeste gegevens zijn beschikbaar over het zorgaanbod, het zorggebruik en de financiering. Dit zijn ook de onderwerpen die zich redelijk eenvoudig in kengetallen laten vertalen. Voor de meeste zorgvoorzieningen c.q. zorgaanbieders zijn hiervoor diverse registratiesystemen aanwezig die relevante informatie kunnen leveren. De grootste lacunes zijn gevonden bij paramedische beroepsgroepen en mondzorg (met name tandprothetici). Over de gehele linie geldt dat alleen globale gegevens over de arbeidsmarkt bekend zijn. Specifiekere informatie, bijvoorbeeld over in- en uitstroom, het aantal vacatures,

ziekteverzuim en de WAO-instroomkans, ontbreken veelal. Vooral over de zorg die buiten de collectieve financiële kaders wordt geleverd, is weinig bekend. Op het gebied van de zorgvraag en kwaliteit van zorg moet vooral aandacht worden besteed aan de ontwikkeling van relevante kengetallen. Zorgvraag wordt bijvoorbeeld inzichtelijk gemaakt op basis van epidemiologische gegevens (voorkomen van ziekten) en demografische ontwikkelingen. Dit zegt echter nog weinig over de feitelijke vraag naar zorg. Verder ontbreken gegevens over de behoefte zoals die door de zorgvrager zelf wordt gedefinieerd. Ook blijkt dat voor een aantal sectoren, zoals de paramedische zorg, specifiekere cijfers over ziekten, aandoeningen en beperkingen nodig zijn dan nu kunnen worden geleverd.

Er zijn op dit moment volop ontwikkelingen gaande met betrekking tot het meten van kwaliteit van zorg. Op het gebied van het kwaliteitsbeleid, bestaande kwaliteitssystemen en -instrumenten zijn diverse informatiebronnen beschikbaar. Met betrekking tot het monitoren van de implementatie en toepassing van bepaalde kwaliteitsinstrumenten in de praktijk zijn de eerste stappen gezet. Daarbij is met name het ontbreken van gedetailleerde gegevens over het feitelijk handelen van beroepsbeoefenaren een probleem. Eén van de knelpunten is het definiëren en operationaliseren van parameters die inzicht geven in de uiteindelijke gezondheidseffecten van de zorgverlening. Probleem is echter dat nauwelijks 'harde' criteria hiervoor voorhanden zijn. Dat geldt zowel voor doeltreffendheid, doelmatigheid als patiëntgerichtheid. Om beter te kunnen beoordelen welke informatie relevant is, is onder andere wetenschappelijk onderzoek nodig naar de relatie tussen de implementatie van kwaliteitsinstrumenten en de effecten daarvan op de zorgverlening. Op basis van de ervaringen met de samenstelling van het brancherapport Cure kan worden opgemerkt dat er veel gegevens beschikbaar zijn. Tegelijkertijd maakt de informatievoorziening een gefragmenteerde indruk en ontbreken soms heldere, eenduidige definities en registratie- of onderzoeksmethoden. Verder is geconstateerd dat een aantal gegevens die 'in het veld' beschikbaar zijn niet landelijk worden ontsloten zodat ze niet direct voor het brancherapport Cure kunnen worden gebruikt.

2 Organisatorische context

2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht gegeven van de organisatorische context waarbinnen de zorgverlening plaatsvindt die deel uitmaakt van de sector cure. Aandacht wordt besteed aan de positie van de zorgvrager binnen het zorgstelsel, de zorgverzekering en de organisatie van het zorgaanbod. Dit laatste onderwerp wordt, analoog aan de opzet van hoofdstuk 3, per afzonderlijke zorgvoorziening beschreven. In het proces van de modernisering van de curatieve zorg nemen samenwerking en integratie van zorgprocessen echter een belangrijke plaats in. Vandaar dat in paragraaf 2.5 aandacht wordt besteed aan multidisciplinaire samenwerking.

Dit hoofdstuk beperkt zich tot een beschrijving van de huidige, feitelijke situatie. Voor een beschrijving van beleidsmatige ontwikkelingen wordt verwezen naar het Jaarbeeld Zorg en de Zorgnota die door het ministerie van VWS zijn gepubliceerd.

2.2 DE POSITIE VAN DE ZORGVRAGER IN HET ZORGSYSTEEM

In de afgelopen jaren is de positie van de hulpvrager (patiënt, cliënt, consument dan wel verzekerde) in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem aanzienlijk veranderd. Dit heeft onder andere te maken met een aantal wettelijke kaders die door de overheid zijn vastgesteld. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft betrekking op de onderlinge relatie tussen de individuele patiënt en de arts. Daarin staan met name het recht op informatie en de toestemmingsvereiste centraal. De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) regelt het klachtrecht van patiënten tegenover zowel individuele zorgaanbieders als tegenover zorginstellingen. De Wet medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ) bevordert de patiëntenvertegenwoordiging in instellingen. Ook de Kwaliteitswet zorginstellingen kan hierbij worden genoemd. Daarin wordt gesteld dat zorgaanbieders bij het ontwikkelen van hun kwaliteitsbeleid patiënten (of hun vertegenwoordigers) moeten betrekken.

Verder wordt de huidige organisatorische context van de gezondheidszorg beïnvloed door de rol van patiënten- en cliëntenorganisaties. In Nederland functioneert inmiddels een groot aantal organisaties zowel op nationaal als regionaal niveau. Een groot aantal is lid van de koepelorganisatie NPCF (Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie). De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (de CG-raad) is de koepel van organisaties van mensen met een chronische ziekte of een handicap. Collectieve belangenbehartiging en het bieden van ondersteuning en service aan de lidorganisaties zijn

de twee belangrijkste taken van de CG-raad. Ook de Consumentenbond heeft de gezondheidszorg als één van haar beleidsterreinen gedefinieerd. Patiënten- en consumentenorganisaties zijn op dit moment niet alleen bezig om 'de stem van de patiënt in de zorg' te verwoorden, maar zijn ook betrokken bij de ontwikkeling van instrumenten om daadwerkelijk veranderingen in de zorgverlening te realiseren. Een speerpunt daarbij is transparantie: objectieve informatie over wat patiënten van zorgaanbieders kunnen verwachten. Deze informatie kan onder meer betrekking hebben op de toegankelijkheid van de zorg (wachtlijden), kwaliteit van de verleende zorg en patiëntvriendelijkheid van de zorgvoorzieningen. Patiënten- en consumentenorganisaties participeren steeds vaker in zogenaamd benchmarkonderzoek waarin zorgaanbieders worden geïnformeerd over de kwaliteit van de zorg vanuit de visie van de patiënten. Een recent voorbeeld in de curatieve zorg is de Ziekenhuisvergelijking die de Consumentenbond en het NIVEL hebben uitgevoerd en die mede door het ministerie van VWS is gefinancierd.

2.3 DE ZORGVERZEKERING

De gezondheidszorg wordt grotendeels gefinancierd via een stelsel van sociale en particuliere zorgverzekeringen. Daarbij is een indeling gemaakt in drie compartimenten (ministerie van VWS, 2001). Het eerste compartiment is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Uit deze volksverzekering worden preventie, care (verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg) en geestelijke gezondheidszorg gefinancierd. De verzekering wordt uitgevoerd door 32 regionale zorgkantoren.

Het tweede compartiment bestaat uit drie typen zorgverzekeringen: de Ziekenfondswet, de publiekrechtelijke ziektekostenverzekering en de particuliere zorgverzekering. Hiermee wordt het grootste deel van de meeste medische zorg gefinancierd, zoals medische zorg door huisarts of medisch specialist, geneesmiddelen, ziekenhuiszorg (inclusief transplantaties), paramedische zorg, tandheelkundige hulp, verloskundige hulp, kraamzorg, ziekenvervoer en revalidatie. Werknemers en zelfstandigen onder de loon- respectievelijk inkomensgrens en hun niet-verdienende partners en kinderen zijn verplicht verzekerd via de Ziekenfondswet. Dit is ongeveer 65% van de Nederlandse bevolking. Er waren in 2001 25 ziekenfondsen in Nederland. Ziekenfondsen hebben een acceptatieplicht en verzekerden hebben de mogelijkheid om eens per jaar van ziekenfonds te wisselen. In tegenstelling tot de inkomensafhankelijke premie die wettelijk is vastgesteld, kunnen ziekenfondsen de nominale premie zelf vaststellen. Ziekenfondsen verstrekken zorg in natura. Het ziekenfondspakket wordt wettelijk vastgesteld door de minister van VWS.

Voor gemeente-, provincie- en politieambtenaren zijn er verplichte publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Daarin zijn drie uitvoerende organisaties actief: IZA, IZR en DGVP. De drie regelingen komen sterk met elkaar overeen. De gemaakte ziektekosten worden, na aftrek van een eventuele eigen bijdrage, vergoed.

De overige inwoners zijn, op enkele uitzonderingen na, voor hun ziektekosten verzekerd bij één van de 44 particuliere zorgverzekeraars. Particuliere verzekeraars hebben geen acceptatieplicht, de inhoud van het pakket, de nominale premie en de hoogte van het eigen risico worden door de verzekeraar zelf vastgesteld. De meeste verzekeraars hebben meerdere opties zodat de verzekerden zelf kunnen kiezen. Particulier verzekerden die niet worden toegelaten tot een particuliere maatschappijpolis kunnen, in het kader van de Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen (WTZ), een standaardpakketpolis afsluiten. De minister van VWS stelt de maximumpremie, het eigen risico en het verzekerde pakket (overeenkomend met het ziekenfondspakket) vast. Het derde compartiment bestaat uit aanvullende particuliere verzekeringen die in combinatie met de verzekeringen uit het tweede compartiment, zowel ziekenfonds als particulier, kunnen worden afgesloten. Verzekerden zijn vrij om een aanvullende verzekering af te sluiten. De meeste verzekeraars bieden meerdere pakketten. De inhoud, premie en het eigen risico bepalen zij zelf. Vanuit de aanvullende verzekeringen worden onder andere grote delen van de tandheelkundige zorg en paramedische zorg gefinancierd.

2.4 AANBOD VAN ZORG

Huisartsenzorg

De huisartsenzorg heeft een centrale positie in de Nederlandse gezondheidszorg. Bijna de gehele bevolking staat ingeschreven bij een huisartspraktijk. In de meeste gevallen zoeken patiënten met een (nieuw) gezondheidsprobleem eerst contact met de huisartspraktijk als zij professionele hulp nodig denken te hebben. De huisarts fungeert als filter of poortwachter binnen de gezondheidszorg. Dit houdt in dat de meeste andere zorgaanbieders alleen toegankelijk zijn na een (formeel) akkoord (in de vorm van een recept of verwijzing) van een huisarts. Een positie als poortwachter betekent dat de huisarts de schifting aanbrengt tussen hulpvragen die door de huisarts (of de patiënt) zelf kunnen worden opgelost en hulpvragen die een verwijzing behoeven binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn. De huisarts is ook de gids en vertrouwenspersoon van de patiënt in het gezondheidszorgsysteem. In de huisartspraktijk wordt een breed aanbod aan zorg geleverd, zowel op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling. De afgelopen jaren hebben zich veranderingen voorgedaan in de organisatie van de huisartsenzorg. Ten

eerste is er een verschuiving van solistisch werkende huisartsen naar duo- of groepspraktijken: werkte in 1991 nog 54% van de zelfstandig gevestigde huisartsen solistisch; in 2001 was dat 40% (Kenens en Hingstman, 2001). Ten tweede is er binnen de praktijken een toename van ondersteunend personeel (bijvoorbeeld praktijkverpleegkundigen en praktijk-assistentes) aan wie bepaalde taken kunnen worden gedelegeerd. Een derde verandering is de reorganisatie van de zorg buiten kantooruren. Tot voor kort was dat op een enkele uitzondering na geregeld in relatief kleine groepen van huisartsen die onderling voor elkaar waarnamen en weekenddiensten vervulden. Sinds enkele jaren zijn er, eerst in de grotere steden, maar later ook in minder verstedelijkte gebieden grootschalige huisartsenposten ingericht. Daarbij is een beperkt aantal huisartsen verantwoordelijk voor een grote patiëntenpopulatie. De huisartsen hebben de beschikking over een auto of taxi met chauffeur voor visites. Ze krijgen ondersteuning, door een doktersassistente of verpleegkundige, bij de opvang en schifting van telefonische aanvragen en consulten worden op een centrale plaats afgehandeld. Dat kan in een zelfstandig praktijkgebouw zijn of bijvoorbeeld een gehuurde ruimte in het ziekenhuis.

Geneesmiddelenvoorziening

De geneesmiddelenvoorziening bestaat uit de ontwikkeling en productie van geneesmiddelen, het voorschrijven, het afleveren en het uiteindelijke gebruik door de patiënt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen zelfzorgmiddelen en middelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn. Receptvrije geneesmiddelen worden verkocht door apotheken, drogisten en bijzondere vergunninghouders.

De farmaceutische industrie ontwikkelt steeds nieuwe producten. Deze worden op de Nederlandse markt toegelaten na goedkeuring van het College ter Beoordeling van de Geneesmiddelen (CBG) of de Europese Commissie (Wolff Berg Jeths van den, 2001). Of het nieuwe product in het vergoedingspakket wordt opgenomen (zogenaamde WTG-middelen) beslist de minister van VWS, geadviseerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Daarbij wordt tevens, in het kader van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) vastgesteld of een geneesmiddel volledig wordt vergoed of dat er een eigen bijdrage wordt gevraagd.

Het voorschrijven van geneesmiddelen is voorbehouden aan huisartsen, medisch specialisten, tandartsen en verloskundigen. De aflevering vindt in de regel plaats door openbare apothekers, apotheekhoudende huisartsen (extramuraal) en ziekenhuis-apothekers (intramuraal). Zij hebben ook een taak in de medicatiebewaking en de patiëntzorg (begeleiding, voorlichting en advisering).

Sinds het begin van de jaren '90 is er in Nederland sprake van een intensieve samenwerking tussen

voorschrijvers en afleveraars van geneesmiddelen. Bijna alle huisartsen en openbare apothekers participeren in een groep voor Farmaco Therapie Overleg (FTO). Er zijn er in totaal ruim 800 van dergelijke groepen (Dijk van e.a., 2001). Tijdens bijeenkomsten van deze groepen worden informatie en opvattingen over farmacotherapie uitgewisseld om te komen tot een rationeel en doelmatig voorschrijf- en afleverbeleid. Sinds eind jaren '90 wordt dit overleg uitgebreid naar de tweede lijn middels de opzet van groepen voor Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO) waaraan ook medisch specialisten, ziekenhuis-apothekers en soms zorgverzekeraars deelnemen.

Algemene mondzorg

Bij de algemene mondzorg zijn drie zorgaanbieders betrokken: tandartsen, tandprotheticen en mondhygiënisten. Tandartsen houden zich voornamelijk bezig met preventieve mondzorg (periodieke controles), patiëntenvoorlichting en de behandeling van mond- en tandproblemen. Indien noodzakelijk verwijst de tandarts een patiënt naar de tweedelijnszorg. Tandartsen werken overwegend in zelfstandige praktijken waarin meestal één of meerdere tandartsassistenten werken. In 1999 had ongeveer één op de drie tandartsen een mondhygiëniste in de praktijk (NMT, 1999). Tandprotheticen dragen zorg voor het aanmeten en vervaardigen van gebitsprothesen en andere uitneembare prothetische voorzieningen in de mond. Ook de controle en nazorg horen tot hun werkterrein. Voor een volledige prothese is geen verwijzing van tandarts dan wel kaakchirurg nodig. Dat geldt wel voor partiële prothesen, frameprothesen en overkappingprothesen op wortels of implantaten. Tandprotheticen werken over het algemeen in een vrijgevestigde praktijk (al dan niet samen met één of meerdere tandartsen) (www.ont.nl, 2 september 2002). Mondhygiënisten helpen patiënten bij de zorg voor hun gebit en tandvlees. Dat gebeurt onder meer door het geven van voorlichting en advies. Tevens doen zij diagnostisch onderzoek en verrichten zij preventieve behandelingen (bijvoorbeeld verwijderen van tandsteen of aanslag, aanbrengen van fluoride). De meeste mondhygiënisten werken in tandartspraktijken. Een minderheid heeft een vrijgevestigde praktijk of werkt intramuraal (Ende van den e.a., 2002).

Verloskunde en kraamzorg

Uitgangspunt van het Nederlandse systeem van verloskundige zorg is het natuurlijke karakter van zwangerschap en geboorte. Normale, ongecompliceerde zwangerschappen kunnen in principe in de eerste lijn worden begeleid en de bevalling kan thuis plaatsvinden. Daarom is, anders dan in andere West-Europese landen, een aparte zelfstandige beroepsgroep van verloskundigen in de eerste lijn werkzaam. Daarnaast zijn er, met name in de rurale gebieden, huisartsen in de eerstelijnsverloskunde actief.

Belangrijke voorwaarde voor de handhaving van dit systeem is een adequate risicoselectie waarbij, indien noodzakelijk, zwangere vrouwen worden verwezen naar de gynaecoloog. Hierover zijn door verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en gynaecologen afspraken gemaakt die zijn vastgelegd in de Verloskundige indicatie lijst, opgenomen in het Verloskundig vademecum. Een andere voorwaarde is dat de tweedelijnsverloskunde, binnen een redelijke tijd, fysiek te bereiken is. Met name door de concentratie van ziekenhuisvoorzieningen is deze bereikbaarheid de afgelopen jaren aan veranderingen onderhevig. Daarnaast maakt een goede en toegankelijke kraamzorg thuisbevellingen mogelijk. De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of huisarts tijdens de bevalling, zorgt de eerste dagen na de bevalling voor moeder en kind, geeft voorlichting over de zorg voor het kind, levert een bijdrage aan de verzorging van de andere gezinsleden en verricht huishoudelijke activiteiten. De zorg wordt geleverd door kraamcentra die grotendeels zijn aangesloten bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) of de Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland (BTN). De aanmelding voor kraamzorg vindt plaats direct door de zwangere, via de zorgverzekeraar of een bureau (callcentrum) dat bemiddelt tussen zorgverzekeraar en kraamcentrum (Welling en Wiegers, 2001).

Paramedische zorg

Oorspronkelijk refereert de term 'paramedische zorg' aan 10 beroepsgroepen met vergelijkbare positie, taak en wettelijke status binnen de gezondheidszorg. Fysiotherapeuten vormen verreweg de grootste beroepsgroep (51% van de bijna 35.000 werkzame paramedici). De overigen zijn: radiologisch laboranten (12%), logopedisten (11%), ergotherapeuten (7%), diëtisten (6%), mondhygiënisten (5%), oefentherapeuten Mensendieck (3%), oefentherapeuten Cesar (3%), orthoptisten (1%) en podotherapeuten (1%) (Hingstman e.a., 2001).

Voor alle beroepsgroepen geldt dat de opleidingseisen wettelijk zijn geregeld, evenals hun beschermde titel. Er is echter een verschil tussen fysiotherapeuten en de andere paramedici. De overheid heeft een wettelijke registratie ingesteld waar fysiotherapeuten die aan de vastgestelde opleidings- en deskundigheidseisen voldoen zich kunnen inschrijven. Ook bij de andere paramedische beroepen is er een registratie, maar die is niet bij Wet maar via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) geregeld. Deze registratie wordt door de betreffende beroepsorganisaties zelf geregeld.

De paramedici werken in uiteenlopende settings: zowel in de extramuraal (vrijgevestigde praktijken, in gezondheidscentra, bij thuiszorgorganisaties) als in de intramuraal (ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra) (Heiligers e.a., 2002).

Ambulancezorg en ziekenvervoer

De ambulancesector houdt zich bezig met het vervoer van zieken en het verlenen van spoedeisende hulp. Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's) zijn de spil in het communicatienetwerk tussen melder, ambulance en ziekenhuis. Zij coördineren en indiceren het ambulancevervoer. De ambulancedienst heeft de zorginhoudelijke taak om patiënten te behandelen, te verplegen en te begeleiden. Deze taken worden uitgevoerd door ambulanceverpleegkundigen en ambulancechauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid. Er zijn zowel particuliere diensten als overheidsorganisaties (GGD'en). Daarnaast zijn er Mobiele medische teams (zowel helicentra als MMT's over de weg) beschikbaar voor de spoedeisende hulp van grotere omvang. Deze teams hebben meer medische bevoegdheden dan ambulanceteams omdat ook artsen deel uitmaken van MMT's. De organisatorische structuur van de ambulancezorg wordt op dit moment herzien. Vanaf 1998 is gestart met de vorming van 25 Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's). Dit zijn organisaties waarin zowel de CPA als de samenwerkende ambulancediensten in één regio worden samengebracht. Het is de bedoeling dat dit proces in 2003 wordt afgerond. In 2001 was het proces in enkele regio's afgerond (Veen van der e.a., 2001).

Medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg

Ziekenhuizen bieden medisch-specialistische zorg (diagnostiek en behandeling) en verpleegkundige zorg. Dit gebeurt in diverse vormen: poliklinische consulten en behandelingen, dagbehandelingen en klinische opnames. Er wordt een onderscheid gemaakt in drie soorten ziekenhuizen: algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Hoewel er overlap is in de functies van deze ziekenhuizen, zijn er ook duidelijke verschillen. Algemene ziekenhuizen leveren vooral basiszorg en bepaalde vormen van topklinische zorg. Categorale ziekenhuizen richten zich op specifieke groepen ziekten of patiënten. Daarbij is te denken aan revalidatiecentra, kankercentra, dialysecentra en audiologische centra. Hoewel de kerntaak van academische ziekenhuizen het leveren van topreferente zorg is, verrichten zij ook basiszorg en topklinische zorg. Topreferente zorg betreft gecompliceerde, vaak zeldzame, meer-voudige gezondheidsproblemen. De patiënten worden in de meeste gevallen verwezen door specialisten van andere ziekenhuizen. De overheid is verantwoordelijk voor regulering van bijzondere medische verrichtingen en wijst uit dien hoofde instellingen aan die bijzondere verrichtingen mogen uitvoeren. Voor de kwaliteit van de geboden zorg zijn primair de zorgaanbieders verantwoordelijk. Evenwel kan de minister van VWS randvoorwaarden vaststellen waaraan de aangeboden zorg dient te voldoen.

Met de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) beschikt de minister over een instrumentarium waarmee – gelet op de geldende medisch-ethische en maatschappelijke inzichten – ontwikkelingen rond bijzondere medische verrichtingen kunnen worden geconcentreerd, afgeremd, verboden of gestimuleerd. Doel is de doelmatigheid en kwaliteit van die verrichtingen te optimaliseren en een gepast gebruik ervan te bevorderen. Het beleid voor de diverse verrichtingen die onder de WBMV vallen, is neergelegd in planningsbesluiten en beleidsvisies. Onlangs is onder begeleiding van ZonMw de WBMV geëvalueerd. Uit de resultaten van dit evaluatieonderzoek kan worden afgeleid dat de instrumenten van de WBMV elk voor zich een bewezen werkzaamheid hebben en dat de verzameling instrumenten die de wet biedt, noodzakelijk en voldoende is om de gewenste sturing uit te voeren. Besloten is het instrumentarium in zijn huidige vorm te handhaven. Wel zullen de verrichtingen die al geruime tijd als bijzondere verrichting zijn aangemerkt, nog eens kritisch worden gezien en waar mogelijk worden geschrapt als bijzondere verrichting. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) draagt zorg voor een evaluatieprogramma voor het evalueren van genoemde planningsbesluiten en beleidsvisies teneinde deze regelingen actueel te houden. In de afgelopen periode zijn de toepassing van de Beleidsvisie dialyse en het planningsbesluit in-vitro-fertilisatie (IVF) inclusief de subsidieregeling voor IVF geëvalueerd. Op grond van deze evaluatie is besloten dat dialyse vanaf 1 mei 2002 als reguliere zorg is aangemerkt. Voor traumacentra en hemofilie zijn zogeheten nulmetingen verricht, die de basis bieden voor toekomstige evaluaties.

De organisatie binnen het ziekenhuis is de afgelopen jaren aanzienlijk veranderd. In het kader van de ontwikkeling van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (GMSB) vindt er een integratie plaats van de zelfstandig werkende medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie. Uit een inventariserend onderzoek onder algemene ziekenhuizen bleek dat in 2000 in bijna twee derde van de algemene ziekenhuizen, medisch specialisten als manager werkten (Lindert van en Groenewegen, 2001). Verder bleek dat de organisatiestructuur in twee van de drie ziekenhuizen was gewijzigd. De klassieke organisatiestructuur was gebaseerd op een indeling in diensten (in het bijzonder specialismen). Ter beperking van de doorstroomtijden (interne doorverwijzingen) en ondoelmatigheid (bijvoorbeeld dubbel onderzoek) en een betere afstemming van diagnostiek en therapie zijn de zorgprocessen in ziekenhuizen in toenemende mate georganiseerd rond specifieke patiëntengroepen (Lems, 2000). Dit wordt de kanteling van de ziekenhuisorganisatie genoemd. Overigens verschillen de wijzen waarop dit gebeurt en de patiëntengroepen die worden gekozen tussen ziekenhuizen.

Verpleegkundigen vormen de grootste groep beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn in een ziekenhuisorganisatie. Zij hebben een breed takenpakket en zijn verantwoordelijk voor het verpleegkundig zorgproces van opname tot ontslag. De verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis is steeds aan veranderingen onderhevig: verpleegkundigen voeren in de praktijk taken uit die voorheen aan artsen waren voorbehouden.

Behalve verpleegkundigen met een algemene opleiding zijn er gespecialiseerde verpleegkundigen, bijvoorbeeld in een bepaalde type zorg (bijvoorbeeld OK-verpleging en IC-verpleging) of gespecialiseerd in de zorg voor bepaalde patiëntengroepen (bijvoorbeeld kinder-, oncologie-, diabetes- en reumaverpleegkundigen).

De organisatie van de verpleegkundige zorg in het algemeen ziekenhuis is de afgelopen jaren veranderd. Er is een verschuiving van taakgericht werken (verdeling van taken onder verpleegkundigen) naar patiëntgericht werken. De verpleegkundige verpleegt zoveel mogelijk dezelfde patiënt en is verantwoordelijk voor het zorgplan en het zorgdossier van de betreffende patiënt. In veel gevallen werken verpleegkundigen (met verschillende deskundigheidsniveaus), samen met bijvoorbeeld ziekenverzoekers, in verplegingsteams.

Om de betrokkenheid van de verpleging en verzorging binnen de ziekenhuisorganisatie te bevorderen zijn sinds een aantal jaren Verpleegkundige en verzorgende adviesraden (VAR's) opgericht. Deze raden geven de ziekenhuisorganisatie advies over beroepsinhoudelijke ontwikkelingen en de organisatie van het kwaliteitsbeleid.

Transfusie en transplantatie

De stichting Sanquin is in Nederland verantwoordelijk voor de organisatie van de totale bloedvoorziening. Dit is vastgelegd in de Wet inzake bloedvoorziening (WIBV) uit 1998. Sanquin is ontstaan uit een fusie van de Nederlandse bloedbanken en het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis. De totale bloedvoorziening omvat de raming van de behoefte, de werving, acceptatie en begeleiding van donoren, de afname van bloed, de bereiding en controle van bloedproducten en de aflevering. Dit gebeurt via een netwerk van bloedbanken die over het land zijn verspreid. Een belangrijk element in de bloedvoorziening is de veiligheid van de producten. Hiervoor zijn diverse (inter)nationale richtlijnen opgesteld en geïmplementeerd (www.sanquin.nl, 2 september 2002).

De Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) coördineert de 'bemiddeling' tussen patiënten die voor een transplantatie in aanmerking komen en de levering van donororganen. Patiënten worden op de wachtlijst van de NTS geplaatst. De gegevens

worden vervolgens doorgegeven aan de stichting Eurotransplant International die de verdeling van donororganen in zes Europese landen regelt. Hieronder valt een aantal activiteiten zoals wachtlijstregistratie, weefseltypering, het organiseren van een 24-uursbemiddelingsbureau, het verzamelen van gegevens over wachtlijsten en transplantaties, en het regelen van transport van organen. De transplantaties zelf worden in Nederland uitgevoerd in negen academische transplantatiecentra (inclusief twee academische kindziekenhuizen). Niertransplantaties vormen, verreweg, de grootste groep. Zij worden in alle centra uitgevoerd; de overige transplantaties (hart, long, hart-long, lever, pancreas en dunne darm) in maximaal drie centra. De NTS registreert en evalueert alle gegevens over transplantaties (follow-upregistraties) om de kwaliteit te bewaken en te verbeteren (www.transplantatiestichting.nl, 2 september 2002). Belangrijk voor de transplantaties is dat er voldoende donoren zijn. In 1998 is het Besluit donorregister in werking getreden. In het donorregister kunnen alle Nederlandse ingezetenen ouder dan 12 jaar laten vastleggen of ze na hun dood organen en weefsels al dan niet willen donoren of dat ze deze beslissing overlaten aan een ander. In het donorregister staat ongeveer een kwart van de bevolking ingeschreven (Meloan, 2000).

2.5 SAMENWERKING EN SAMENHANG IN DE ZORG

Vraaggestuurde zorg houdt onder meer in dat er een samenhangend zorgaanbod ontstaat rondom de (zorg)behoefte van patiënten. Samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders is hiervoor belangrijk. Dit heeft geleid tot organisatorische veranderingen op verschillende niveaus in de gezondheidszorg. In de vorige paragraaf is gewezen op toenemende samenwerking binnen veel (monodisciplinaire) praktijken van zorgaanbieders. In deze paragraaf worden kort twee organisatievormen van multidisciplinaire samenwerking besproken.

Hoewel de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg overwegend monodisciplinair is georganiseerd, zijn er al ruim 30 jaar gezondheidscentra. Hier werken verschillende zorgverleners samen. De zorgverleners behoren tot één organisatie met een gezamenlijke doelstelling en opereren vanuit een gemeenschappelijke huisvesting. In alle centra zijn tenminste de drie kerndisciplines aanwezig: huisartsgeneeskunde, thuiszorg en maatschappelijk werk. In de meeste centra zijn ook een apotheker en fysiotherapeuten gevestigd. Daarnaast kunnen er andere disciplines aanwezig zijn, zoals tandartsen, eerstelijnspsychologen, verloskundigen en diverse paramedische beroepsbeoefenaren.

Voor de gezondheidscentra geldt een aparte financieringsregeling: naast de reguliere tarieven komen zij in aanmerking voor een aanvullende subsidie. CVZ voert hiervoor twee subsidieregelingen uit: Besluit subsidiëring gezondheidscentra (BSG) en Regeling zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden ZGS). Beide regelingen zijn bedoeld ter dekking van de extra kosten die voortvloeien uit de samenwerking tussen hulpverleners in de centra. Het belangrijkste verschil is dat in de BSG ook een extra toelage wordt verkregen voor de overlegtijd.

Zorgaanbieders kunnen in loondienst zijn bij het gezondheidscentrum of hun eigen zelfstandige praktijk hebben. In beide gevallen moet er sprake zijn van een samenwerkingsovereenkomst waarin de wijze van samenwerken, werkcontacten en dergelijke zijn geregeld. Bij de samenwerking wordt veelal uitgegaan van gezamenlijke protocollen en werkafspraken.

In 2001 waren 134 centra aangesloten bij de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG). Hierin waren circa 3.000 hulpverleners en 1.500 mensen in ondersteunende functies werkzaam en stonden ruim 1,1 miljoen patiënten (circa 7% van de Nederlandse bevolking) ingeschreven (LVG, 2001). Er zijn aanzienlijke regionale verschillen ten aanzien van de beschikbaarheid van gezondheidscentra: ze zijn voor een groot deel geconcentreerd in grotere steden in de Randstad. In diverse steden zijn koepelorganisaties ontstaan die meerdere centra beheren: in 2001 waren dat er 14 (ledenlijst LVG, www.lvg-gezondheidscentra.nl, 2 september 2002).

Er is in toenemende mate sprake van de vorming van regionale zorgketens of zorgnetwerken in de gezondheidszorg. Het gaat hier om intensieve samenwerking gericht op samenhang en continuïteit tussen verschillende zorgaanbieders uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg. De zorgketen of het zorgnetwerk omvat, in de meeste gevallen, alle onderdelen van de gezondheidszorg (preventie, behandeling, verpleging en verzorging), maar er zijn ook lijnen met andere maatschappelijke sectoren (zoals welzijn, wonen en onderwijs). Er is een grote mate van diversiteit in de manier waarop zorgnetwerken zijn georganiseerd. In diverse regio's zijn kleinschalige zorgketens ontstaan waarin de zorg rondom een specifieke categorie patiënten is georganiseerd, bijvoorbeeld transmurale diabeteszorg en stroke units voor CVA-patiënten. In sommige gebieden heeft een groot aantal zorgaanbieders zich aangesloten bij één zelfstandige organisatie (meestal een stichting) die verantwoordelijk is voor de organisatie of coördinatie van de zorg in de regio. De mate waarin de afzonderlijke zorgaanbieders geïntegreerd zijn in een dergelijke organisatie varieert tussen de regio's.

3 Feiten en cijfers

3.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt een cijfermatig overzicht gegeven van de vijf aspecten van de zorgvoorzieningen die in de vorige hoofdstukken zijn besproken. Het betreft informatie over vraag, aanbod en capaciteit, gebruik en productie, financiering en kwaliteit.

- Bij de 'vraag' naar zorg gaat het om de potentiële behoefte aan zorg, de subjectieve behoefte aan zorg volgens de patiënten ('wants'), de geëxpliciteerde (uitgesproken) zorgbehoeften ('demands') en de geobjectiveerde behoefte aan zorg volgens professionele maatstaven ('defined needs'). Deze aspecten worden in dit rapport in kaart gebracht door middel van cijfers over demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen en de gezondheidstoestand van de bevolking (morbiditeit, mortaliteit en subjectieve (ervaren) gezondheid). Ook verwijzingen tussen zorgaanbieders kunnen hierbij worden genoemd als indicator voor geobjectiveerde zorgbehoefte. Deze gegevens zijn ondergebracht in de paragrafen over gebruik. Aangezien algemene demografische en epidemiologische ontwikkelingen van invloed zijn op de vraag naar alle zorgvoorzieningen, worden deze in paragraaf 3.2 apart gepresenteerd.
- De paragrafen over 'aanbod en capaciteit' geven een cijfermatige beschrijving van de beschikbare middelen. Het betreft het aantal voorzieningen (bijvoorbeeld het aantal praktijken/instellingen en hun regionale spreiding) en de personele capaciteit (arbeidsmarkt- en opleidingsgegevens). Onderwerpen die, indien er informatie over beschikbaar is, aan bod komen zijn onder meer het aantal beroepsbeoefenaren (de verhouding man-vrouw en hun leeftijdverdeling), het aantal arbeidsplaatsen (in termen van fte's), in- en uitstroom in het beroep, personeelskrapte, ziekteverzuim en WAO-instroomkans.
- De derde informatiecategorie is 'gebruik en productie' en bevat een drietal onderwerpen: daadwerkelijk gerealiseerde consumptie of zorgproductie (bijvoorbeeld het aantal personen dat gebruikmaakt van een voorziening en het aantal en soort verrichtingen), ondergebruik (onbeantwoorde vraag als resultaat van een tekort aan geleverde productie zoals onderbehandeling, wachttijden en wachtlijsten) en keteninformatie (beschrijving van patiëntenstromen tussen zorgaanbieders zoals overplaatsingen en verwijzingen).

- De gegevens over de 'financiering' betreffen de uitgaven niveau Zorgnota 2002, uitgaven Jaarbeeld Zorg (JBZ) 2001, Budgettair kader zorg (BKZ), uitgesplitst naar financieringsbron (AWBZ, ZFW, particuliere verzekering en eigen betaling particulier). Detailgegevens over reserves van instellingen zijn te vinden in bijlage 4.
- De laatste informatiecategorie heeft betrekking op 'kwaliteit van zorg'. Het doel is om kwantitatieve, meetbare gegevens te verzamelen over de kwaliteit van de geleverde zorg, dienstverlening en effectiviteit van de zorg. Kwaliteit van zorg omvat een veelheid van aspecten. Er kan onder meer onderscheid worden gemaakt in structuur, proces en uitkomst. Tot structuur behoren bijvoorbeeld de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten (professionele richtlijnen en protocollen, accreditatieprocedures en certificering, intercollegiale toetsing, bij- en nascholing) en wettelijke kaders (zoals de BIG, Wet klachtrecht, Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG)). Het proces richt zich meer op de feitelijke zorgverlening in de dagelijkse praktijk (onder meer implementatie en toepassing van kwaliteitsinstrumenten en wetgeving). Wat betreft de uitkomst wordt een onderscheid gemaakt in doelmatigheid, doeltreffendheid (gezondheidseffecten maar ook onbedoelde gevolgen zoals complicaties en bijwerkingen) en de mate waarin men patiëntgericht werkt (onder meer tot uitdrukking komend in cliëntentevredenheid).

Bij de samenstelling van dit brancherapport Cure deed zich echter het probleem voor dat er voor de hierboven genoemde aspecten nog geen adequate kengetallen beschikbaar zijn die objectieve, eenduidig te interpreteren informatie weergeven. De paragrafen over kwaliteit van zorg bevatten dan ook weinig kwantitatieve gegevens, maar geven een kort overzicht van lopende kwaliteitsbevorderende activiteiten in de betreffende sector. Hiervoor is gebruikgemaakt van materiaal dat beroepsorganisaties hebben aanleverd en de overzichtsstudies van kwaliteits-systemen in zorginstellingen en kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector die het NIVEL ten behoeve van de vierde Leidschendam-conferentie (mei 2000) heeft uitgevoerd (Bennema-Broos e.a., 2000; Sluijs en Wagner, 2000).

In dit hoofdstuk wordt uitgegaan van een functionele indeling van de zorgvoorzieningen die vallen onder het brancherapport Cure. Soms hebben de werkzaamheden van bepaalde beroepsbeoefenaren of instellingen echter betrekking op meerdere voorzieningen. Dit betekent dat informatie over meerdere paragrafen kan zijn verspreid. Zo zijn de algemene gegevens over huisartsenzorg ondergebracht in

paragraaf 3.3, terwijl cijfers over apotheekhoudende en verloskundig actieve huisartsen in respectievelijk paragraaf 3.4 en 3.6 zijn te vinden. Bij sommige medische specialismen doet zich eenzelfde probleem voor. Informatie over gynaecologen is bijvoorbeeld onderdeel van de paragrafen over verloskundige zorg (3.6), medische-specialistische zorg (3.9) en ziekenhuiszorg (3.10).

Er zijn aparte paragrafen over medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg, hoewel deze in de praktijk steeds vaker integreren. Een consequentie hiervan is dat soms gelijksoortige gegevens in verschillende paragrafen zijn te vinden. Cijfers over AGIO's (assistent-geneeskundigen in opleiding) zijn bijvoorbeeld opgenomen in de paragrafen over medisch-specialistische zorg omdat die aan het soort specialisme kunnen worden toegewezen. Dit is niet het geval bij AGNIO's (assistent-geneeskundigen niet in opleiding). Gegevens over de groep behoren tot de ziekenhuiszorg.

De gekozen indeling heeft verder tot gevolg dat gegevens over de WBMV (Wet op bijzondere medische verrichtingen) over enkele paragrafen zijn verspreid. In paragraaf 3.9.3 zijn basisgegevens opgenomen van alle verrichtingen die onder deze wet vallen. Van de verrichtingen die tot medische (bio)technologie, transfusies en transplantaties worden gerekend is in paragraaf 3.12 meer informatie gepresenteerd.

In dit hoofdstuk staan alleen tabellen waarvoor de betreffende gegevens beschikbaar waren. De behoefte aan informatie van de betrokken partijen, vastgelegd in de minimale dataset, was echter veel groter. Deze discrepantie komt in bijlage 1 aan de orde.

Trends in de tijd worden uitgedrukt door, waar mogelijk, het gemiddelde jaarlijkse groeicijfer te berekenen vanaf het jaar 1998 tot en met 2001. Dit is de gemiddelde procentuele toe- of afname per jaar. Bij absolute getallen geeft het groeicijfer weer met hoeveel procent het absolute getal per jaar stijgt of daalt. Wanneer de gegevens in de tabellen in procenten zijn weergegeven wordt de relatieve groei berekend op basis van de percentages. Het gaat dus om de relatieve stijging of daling van het percentage en niet van de achterliggende absolute aantallen. Ten slotte wordt er in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van diverse afkortingen. Een lijst met verklaringen is in bijlage 3 te vinden.

3.2 VRAAG IN HET ALGEMEEN: ONTWIKKELINGEN IN DE BEVOLKING

Binnen de sector cure wordt zorg verleend aan de gehele Nederlandse bevolking. Hierdoor zijn de algemene demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen van belang voor de ontwikkelingen in de zorgvraag. Deze algemene

TABEL 1

Inwoners van Nederland

	2001	GJG 1998-2001 (in %)
aantal inwoners	15.987.075	0,70
mannen (in %)	49,5	0,02
vrouwen (in %)	50,5	-0,02
leeftijd (in %)		
0-19 jaar	24,4	0,15
20-39 jaar	29,6	-1,54
40-64 jaar	32,2	1,23
65-79 jaar	10,4	0,14
80+	3,2	0,85
niet-westerse allochtonen		
eerste generatie	928.545	4,39
tweede generatie	554.635	6,26
geboortecijfer		
aantal levend geboren		
per 1.000 inwoners	12,7	0,6
sterftecijfer		
aantal overledenen		
per 1.000 inwoners	8,8	0,7
	2000	GJG 1998-2000
opleiding¹ (in %)		
basisonderwijs	14,3	3,63
mavo	9,3	-5,27
havo/vwo	7,1	2,28
vbo	15,0	-0,34
mbo	32,0	-1,06
hbo/wo	22,2	1,59
	2001	1998-2001
huishoudenspositie² (in %)		
éénpersoonshuishouden	34,0	0,9
meerpersoonshuishouden	66,0	-0,5
burgerlijke staat (in %)		
ongetrouwd	44,7	0,38
getrouwd	44,3	-0,54
verweduwd	5,5	-0,71
gescheiden	5,5	2,07

¹ Hoogst behaalde onderwijsniveau: bevolking van 15-64 jaar
(Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking).

² Cijfers 2001 zijn schattingen door CBS.

gegevens worden in deze paragraaf gepresenteerd. Hoewel onderstaande gegevens voor de vraag naar de meeste zorgvoorzieningen van belang zijn, kunnen voor bepaalde onderdelen van cure meer specifieke epidemiologische of bevolkingsgegevens relevant zijn. Indien dat het geval is wordt daar in de afzonderlijke paragrafen melding van gemaakt. De potentiële vraag naar zorg wordt in kaart gebracht met behulp van enkele algemene sociaal culturele ontwikkelingen. De behoefte aan zorg varieert namelijk tussen verschillende bevolkingsgroepen (zie tabel 1). Onder niet-westerse allochtonen wordt verstaan: personen van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Allochtonen die zelf in het buitenland zijn geboren vormen de eerste generatie. Allochtonen die in Nederland zijn geboren vormen de tweede generatie. Op grond van eigen geboorteland (eerste generatie) of geboorteland ouder (tweede generatie) wordt bepaald of men tot de niet-westerse allochtonen wordt gerekend. Niet-westerse landen zijn: Turkije, landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië met uitzondering van Japan en Indonesië (bron: CBS, 2001).

In de figuren 1 tot en met 3 worden regionale verschillen in bevolkingsgroei en leeftijdsopbouw inzichtelijk gemaakt. Figuur 1 laat zien in welke gebieden de toename van de bevolking zich vooral voordoet en in welke gebieden er sprake is van een daling van het aantal inwoners. (Voor meer informatie over COROP-regio's zie: www.zorgatlas.nl). De demografische druk is een begrip dat aangeeft hoeveel 'niet-actieven' er zijn ten opzichte van de potentiële beroepsbevolking. Er wordt onderscheid gemaakt in 'grijze' en 'groene' druk. Figuur 2 toont de regionale spreiding van het aantal 65-plussers uitgedrukt per honderd 20-64-jarigen. Dit wordt de grijze druk genoemd. In donker gekleurde gebieden wonen relatief veel 65-plussers terwijl in de licht gekleurde gebieden relatief weinig 65-plussers wonen. Figuur 3 laat zien in welke gebieden relatief veel kinderen (0-19 jaar) wonen. Ook hierbij geldt dat in de donkere gebieden relatief de meeste kinderen wonen en in de lichte gebieden relatief de minste in kinderen.

De objectieve gezondheidstoestand van de bevolking wordt in beeld gebracht door cijfers over morbiditeit en mortaliteit in de Nederlandse populatie. In tabel 2 zijn recente gegevens over de 25 meest voorkomende ziekten weergegeven. Ze zijn ingedeeld in vijf categorieën op basis van jaarincidentie. Incidentie geeft het aantal nieuwe gevallen van of nieuwe personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode. Binnen elke incidentiegroep staat de aandoening met de hoogste incidentie bovenaan. Enkele aandoeningen waarvoor geschikte incidentiecijfers ontbraken, zijn

niet in de tabel opgenomen. Dit zijn verstandelijke handicaps, psychische problematiek bij kinderen en jongeren, aangeboren of vroeg verworven slechthorendheid, gebitsafwijkingen, vroeggeboorten en gezondheidsproblemen bij op tijd geboren.

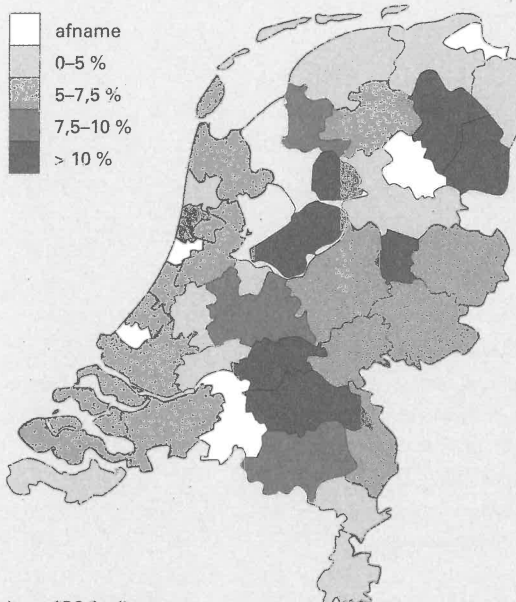
De prevalentiecijfers worden in tabel 3 gepresenteerd. Prevalentie is het aantal personen dat een bepaalde ziekte heeft. Puntprevalentie is het aantal personen dat een bepaalde ziekte heeft op een bepaald moment. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) gaat uit van 53 geselecteerde ziekten en aandoeningen en de indeling is op basis van gegevens uit zorgregistraties. Voor methodiek en achtergronden bij deze gegevens, zie: www.nationaalkompas.nl.

Om inzicht te krijgen in epidemiologische ontwikkelingen in de tijd worden in tabel 4 de aandoeningen gepresenteerd waarvan de incidentie tussen 1990 en 2000 significant is toegenomen. Voor alle in deze tabel vermelde stijgingen zijn de trends statistisch significant ($p < 0,01$). De rangordening is op basis van gegevens uit diverse zorgregistraties. (Zie www.nationaalkompas.nl voor meer informatie over methodiek en achtergronden bij deze gegevens). De gegevens zijn afkomstig uit diverse zorgregistraties. Dit heeft als consequentie dat een stijging niet noodzakelijk een stijging in de populatie betekent. Het kan ook te maken hebben met betere diagnostiek en herkenning van ziekten en aandoeningen.

FIGUUR 1

Bevolkingsgroei per COROP-regio (1992-2002)

in %



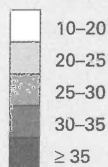
bron: CBS Statline

cartografie: RIVM

FIGUUR 2

Grijze druk per gemeente (2002)

aantal 65-plussers per honderd 20-64-jarigen



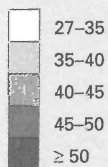
bron: CBS/Statline

cartografie: RIVM

FIGUUR 3

Groene druk per gemeente (2002)

aantal 0-19-jarigen per honderd 20-64-jarigen



bron: CBS/Statline

cartografie: RIVM

Tabel 5 toont de ziekten en aandoeningen waarvan de prevalentie significant is gestegen in de periode 1990–2000. Voor alle in deze tabel vermelde stijgingen zijn de trends statistisch significant ($p < 0,01$). De rangordening is op basis van gegevens uit diverse zorgregistraties (voor meer informatie over deze ziekten en aandoeningen zie: www.nationaalkompas.nl). De gegevens zijn afkomstig uit diverse zorgregistraties. Dit heeft als consequentie dat een stijging niet noodzakelijk een stijging in de populatie betekent. Het kan ook te maken hebben met betere diagnostiek en herkenning van ziekten en aandoeningen.

Een laatste objectieve indicatie voor de gezondheidstoestand van de bevolking zijn gegevens over mortaliteit in Nederland (zie tabel 6). Onder

de niet-natuurlijke doodsoorzaken vallen onder andere verkeers- en vervoerongevallen, moord en doodslag, zelfdoding en accidentele verdrinking. De gegevens zijn gebaseerd op de Beldolijst, de 'belangrijke doodsoorzakenlijst' (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.cbs.nl).

De subjectieve gezondheidstoestand van de bevolking kan ook een indicatie geven voor de vraag naar zorg. De cijfers in tabel 7 zijn afkomstig uit het continue onderzoek POLS (Periodiek Onderzoek LeefSituatie). Hierin wordt bij een landelijk representatieve steekproef een schriftelijke enquête afgenomen (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.cbs.nl).

TABEL 2

Jaarincidentie van de 25 meest voorkomende ziekten in de bevolking (2000)

	<i>jaarincidentie</i>
infecties van de bovenste luchtwegen	> 1.000.000
privé-ongevallen	
nek- en rugklachten	
acute urineweginfecties	300.000–1.000.000
infecties van de onderste luchtwegen	
sportongevallen	
contacteczeem	
influenza	
verkeersongevallen	
arbeidsongevallen	
infectieziekten van het maagdarmkanaal	
depressie	100.000–300.000
astma	
artrose ¹	30.000–100.000
gezichtsstoornissen ²	
constitutioneel eczeem	
coronaire hartziekten	
diabetes mellitus	
ouderdoms-/lawaaidoofheid	
hartfalen	
COPD	
letsel door geweld	
angststoornissen	
beroerte	
reumatoïde artritis	10.000–30.000

¹ Alleen artrose van de ledematen. Nek- en rugartrose vallen onder nek- en rugklachten.

² Alleen gegevens van de subcategorieën maculadegeneratie, diabetische retinopathie, glaucoom en staar zijn meegerekend.

TABEL 3

Prevalentie van de 25 meest voorkomende ziekten in de bevolking (2000)

	<i>puntprevalentie</i>
nek- en rugklachten	300.000–1.000.000
artrose ¹	
ouderdoms-/lawaaidoofheid	
coronaire hartziekten	
astma	
gezichtsstoornissen ²	
diabetes mellitus	
contacteczeem	
COPD	100.000–300.000
depressie	
constitutioneel eczeem	
beroerte ³	
hartfalen	
reumatoïde artritis	
borstkanker	30.000–100.000
epilepsie	
dementie	
angststoornissen	
osteoporose	
dikkedarm- en endeldarmkanker	
huidkanker	
aangeboren afwijkingen hart vaatstelsel	
ziekte van Parkinson	
schizofrenie	
prostaatkanker	

¹ Alleen artrose van de ledematen. Nek- en rugartrose vallen onder nek- en rugklachten.

² Alleen gegevens van de subcategorieën maculadegeneratie, diabetische retinopathie, glaucoom en staar zijn meegerekend.

³ De prevalentie betreft de levensprevalentie. Dat is het aantal personen dat ooit een beroerte heeft doorgemaakt.

TABEL 4

Ziekten/aandoeningen waarvan incidentie steeg (1990-2000)*stijging x 1.000 aandoeningen*

blaasontsteking, vrouwen	24
verkeersongevallen, vrouwen	12
privé-ongevallen	5,1
depressie, vrouwen	4,4
diabetes mellitus, vrouwen	3,9
angststoornissen, vrouwen	2,2
angststoornissen, mannen	1,2
prostaatcancer	0,4
basaalcelcarcinoom, mannen	0,2
zelf toegebracht letsel	0,2
basaalcelcarcinoom, vrouwen	0,1
sepsis, mannen	0,1
sepsis, vrouwen	0,1
dikkedarmkanker, mannen	0,05
slokdarmkanker, mannen	0,03
melanoom, mannen	0,03
plaveicelcarcinoom, vrouwen	0,03

bron: RIVM/MTV

TABEL 5

Ziekten/aandoeningen waarvan prevalentie steeg (1990-2000)*stijging x 1.000 aandoeningen*

astma, vrouwen	21,3
astma, mannen	16
staar, vrouwen	13,2
diabetes mellitus, mannen	9,6
COPD, vrouwen	5,9
staar, mannen	5,6
dysthyme stoornis, vrouwen	4,7
hartinfarct, vrouwen ¹	4,6
osteoporose	4,6
depressieve stoornis, vrouwen	4,4
angststoornissen, vrouwen	4,4
glaucoom, vrouwen	3,7
beroerte, vrouwen	3
glaucoom, mannen	2,7
hartfalen, mannen	2,7
dysthyme stoornis, mannen	2,2
reumatoïde artritis, mannen	1,6
depressieve stoornis, mannen	1,4

¹ Betreft levensprevalentie, het aantal personen dat ooit een hartinfarct heeft doorgemaakt.

bron: RIVM/MTV

TABEL 6

Overzicht van 17 hoofdgroepen van doodsoorzaken (Beldolijst)

<i>in %</i>	<i>2000</i>	<i>GJG 1998-2000</i>
ziekten van hart en vaatstelsel	35,0	-0,6
nieuwvormingen	27,6	0,6
ziekten van ademhalingsorganen	10,4	2,3
symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	5,5	5,7
ziekten van spijsverteringsorganen	3,8	2,8
psychische stoornissen	3,7	7,3
niet-natuurlijke doodsoorzaken	3,7	2,6
endocriene, voedings-, stofwisselingsziekten	3,1	2,6
ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	2,1	-0,3
ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	2,0	4,9
infectieuze en parasitaire ziekten	1,2	3,9
ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	0,6	-0,5
ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	0,4	1,3
aandoeningen van de perinatale periode	0,4	2,8
aangeboren afwijkingen	0,4	-2,9
ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuniteitsproblemen	0,3	-2,5
complicaties van zwangerschap, bevalling, kraambed	0,0	-11,5
totaal	100	
totaal absoluut	140.527	

bron: CBS/Statline

3.3 HUISARTSENZORG

3.3.1 VRAAG

Voor cijfers over de potentiële vraag naar huisartsenzorg wordt verwezen naar tabel 1 tot en met 7, waar u informatie over algemene demografische en epidemiologische ontwikkelingen vindt.

3.3.2 AANBOD EN CAPACITEIT

Deze paragraaf bevat informatie over de verschillende vormen huisartspraktijken, de huisartsen en het ondersteunend personeel die daarin werkzaam zijn. Doordat een klein aantal van de huisartsen op verscheidene praktijkadressen werkzaam is, corresponderen de cijfers in tabel 8 niet geheel met tabel 9. HIDHA is een huisarts (niet in opleiding) in dienst van een andere huisarts² en die voor langere tijd (minimaal een halfjaar) in dienstverband in een praktijk van een zelfstandig gevestigde huisarts werkzaam is.

Onder solopraktijk wordt verstaan: praktijkvoering door een zelfstandig gevestigde huisarts (al of niet met samenwerking met een HIDHA). Voor beide tabellen geldt dat de cijfers per 31 december van het jaar zijn.

Figuur 4 toont de spreiding van het aantal huisartsen in Nederland. In de donkere gebieden zijn er relatief meer huisartsen, gerelateerd aan het aantal inwoners, dan in de lichte gebieden. (Zie www.zorgatlas.nl voor meer informatie over de DHV-regio's.)

Om meer inzicht te krijgen in de toekomstige ontwikkeling van het aantal huisartsen is in tabel 10 informatie opgenomen over de in- en uitstroom van huisartsen en het aantal huisartsen dat op zoek is naar een praktijk (cijfer per 31 december van het jaar). De totalen bij 'totaal ingeschrevenen' komen niet alle jaren overeen met het saldo van in- en uitschrijvingen omdat het totaal aantal ingeschrevenen een momentopname betreft. De praktijkzoekende huisartsen zijn

TABEL 7

Ervaren gezondheid volgens bevolking (2000)

in %	zeer goed	goed	gaat wel	soms goed, soms slecht	slecht
totaal	25,7	54,4	11,7	5,8	2,3
mannen	27,9	54,8	10,5	4,6	2,3
vrouwen	23,6	54,1	13,0	7,0	2,5
0-14 jaar	42,4	50,6	4,5	2,3	0,2
15-24 jaar	27,6	61,1	7,5	3,2	0,7
25-44 jaar	26,9	58,3	8,3	5,0	1,5
45-64 jaar	18,2	53,5	16,1	8,2	4,0
65 jaar of ouder	10,9	45,9	26,7	10,7	5,7
ziekenfonds	22,9	53,6	13,4	7,2	3,0
particulier	30,4	55,7	9,1	3,5	1,2

bron: CBS/Statline

TABEL 8

Aantal huisartspraktijken in Nederland, naar praktijkvorm

	1998	1999	2000	2001	G.JG (in %)
solopraktijk	3.220	3.158	3.059	2.960	-2,8
duopraktijk	1.180	1.197	1.210	1.197	0,5
groepspraktijk	408	446	481	523	8,6
totaal	4.808	4.801	4.750	4.680	-0,9

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

inclusief in het buitenland opgeleide huisartsen. Voor meer inzicht in de toekomstige ontwikkeling van het aantal huisartsen zijn ook opleidingsgegevens relevant (tabel 11).

De tabellen 12 en 13 bevatten informatie over praktijk/doktersassistenten (alleen gegevens van 31 december 2001 beschikbaar). Over ander ondersteunend personeel in de huisartspraktijk, zoals praktijkverpleegkundigen of praktijkondersteuners op HBO-niveau, zijn nog geen gegevens op landelijk niveau beschikbaar.

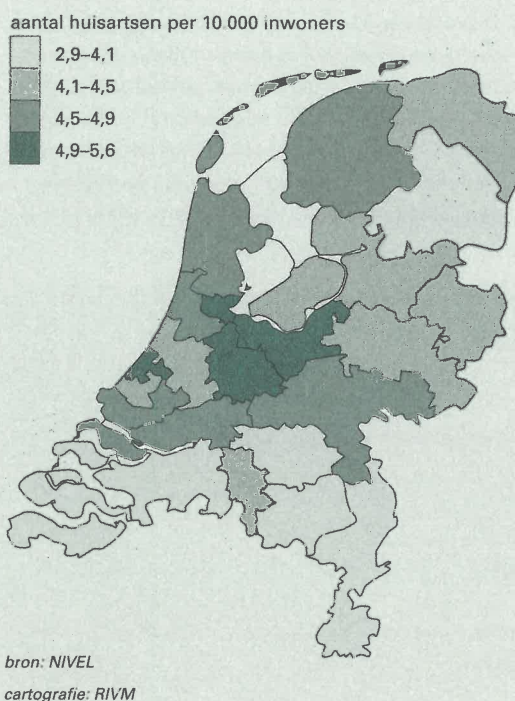
3.3.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

In deze paragraaf komen gegevens over de zorgconsumptie en keteninformatie aan de orde. Het gebruik van huisartsenzorg kan door verschillende facetten in beeld worden gebracht. Ten eerste wordt nagegaan hoeveel mensen uit de bevolking, gedurende één jaar, contact hebben gehad met de huisarts. In het kader van het onderzoek POLS van het CBS wordt aan een representatieve steekproef uit de bevolking gevraagd of men de afgelopen twee weken contact heeft gehad met de huisarts. Op basis hiervan wordt een landelijke jaargemiddelde berekend, zie tabel 14 (voor meer informatie wordt verwezen naar www.cbs.nl).

Tabel 15 toont het aantal contacten dat een patiënt gemiddeld per jaar met de huisartspraktijk heeft gehad. Daarbij is ook aangegeven om welk soort contact het ging (consult, visite of telefonisch contact). De gegevens in de tabellen 9 tot en met 23 zijn mede gebaseerd op LINH. Dit is een netwerk van huisartsen die geautomatiseerd gegevens aanleveren over hun huisartsgeneeskundig handelen.

FIGUUR 4

Aantal huisartsen per DHV-regio (2001)



TABEL 9

Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen naar praktijkvorm en HIDHA

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
zelfstandig gevestigde huisarts	7.091	7.216	7.270	7.317	1,1
waarvan: - vrouw (in %)	19,70	21,00	22,50	23,70	6,4
praktijkvorm					
solopraktijk	3.214	3.153	3.059	2.951	-2,8
duopraktijk	2.332	2.368	2.400	2.382	0,7
groepspraktijk	1.540	1.691	1.811	1.984	8,8
leeftijdverdeling (in %)					
< 35 jaar	3,70	3,90	4,10	3,90	1,8
35-50 jaar	63,80	61,10	59,30	56,70	-3,9
50+	32,50	35,00	36,60	39,40	6,6
HIDHA	480	490	493	615	8,6
waarvan: - vrouw (in %)	79,00	80,80	82,40	82,30	1,4

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 10

In- en uitstroom van huisartsen in de huisartspraktijk en praktijkzoekende huisartsen

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
register van erkende huisartsen					
nieuwe inschrijvingen	346	422	362	374	2,6
uitschrijvingen	173	131	91	318	22,5
totaal ingeschreven	8.926	9.182	9.437	9.496	2,1
waarvan: - vrouw (in %)	26	27	28	29	3,7
praktijkzoekende huisartsen					
mannen	228	231	226	136	-15,8
vrouwen	301	345	371	226	-9,1
totaal	529	576	597	362	-11,9

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 11

Opleidingsgegevens huisartsen

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
aantal eerstejaars	354	363	360	413	5,3
waarvan: - vrouw (in %)	62	62	61	60	-1,1
opleiding voltooid	326	418	322	329	0,3
waarvan: - vrouw (in %)	51	55	60	64	7,9
totaal in opleiding	995	942	969	1.057	2,0
waarvan: - vrouw (in %)	60	63	63	62	1,1

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 12

Aantal werkzame praktijkassistenten (2001)

	aantal	in %
praktijkvorm		
solopraktijk	4.660	52,1
duopraktijk	2.631	29,4
groepspraktijk	1.646	18,4
totaal	8.937	100,0

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 13

Werkzame praktijkassistenten per praktijk (2001)

	gemiddeld aantal	gemiddeld aantal fte
praktijkvorm		
solopraktijk	1,6	1,0
duopraktijk	2,3	1,4
groepspraktijk	4,1	2,7
totaal	2,0	1,3

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 14

Personen met contact met de huisarts in 1 jaar

<i>in %</i>	1998	1999	2000	GJG (in %)
mannen	69,7	70,2	69,4	-0,2
vrouwen	81,4	80,7	81,7	0,2
leeftijd				
0-19 jaar	71,2	70,8	68,8	-1,7
20-44 jaar	73,8	73,4	74,6	0,5
45-64 jaar	77,8	77,9	77	-0,5
65+	85,6	86,4	88,7	1,8
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	77,5	77,2	77,5	0,0
particulier	72,9	72,8	72,4	-0,3
totaal	75,6	75,5	75,6	0,0

bron: CBS/Statline

TABEL 15

Aantal contacten met huisartspraktijk (huisarts of assistente)

<i>per ingeschreven patiënt per jaar</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
ziekenfonds					
man	5,5	5,4	5,5	5,7	1,2
vrouw	8,6	8,5	8,5	8,6	0,0
particulier					
man	3,8	3,6	3,8	3,9	0,9
vrouw	5,8	5,3	5,5	5,7	-0,6
leeftijd					
0-4 jaar	5,4	4,8	4,7	4,5	-5,9
5-14 jaar	2,9	2,7	2,6	2,7	-2,4
5-24 jaar	4,1	4	4,1	4,1	0,0
25-44 jaar	4,9	4,9	5	5	0,7
45-64 jaar	7,1	6,9	7,1	7,5	1,8
65-74 jaar	11,6	11,1	11,5	12,4	2,2
75+	15,7	16,2	17,1	19,5	7,5
totaal	6,2	6	6,2	6,3	0,5
per 1.000 ingeschreven patiënten¹					
consulten	--	3,20	3,40	3,70	7,6
visites	--	0,30	0,30	0,25	-8,7
telefoon	--	1,00	1,20	1,14	6,6
overig/onbekend	--	1,50	1,20	1,30	-6,9

¹ Gegevens van 1998 zijn niet vergelijkbaar met overige jaren.

bron: NIVEL, WCK, LHV, NHG/LINH

De 114 huisartspraktijk (228 huisartsen) zijn een goede afspiegeling van de Nederlandse huisartspraktijken (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.linh.nl).

Keteninformatie heeft vooral betrekking op verwijzingen naar medisch specialisten, paramedici en GGZ-instellingen. Ook het voorschrijven van geneesmiddelen kan gezien worden als een stroom van patiënten tussen deelsectoren in de zorg. De gegevens worden gepresenteerd in tabel 16.

De tabellen 17 tot en met 23 presenteren het aantal verwijzingen naar medische specialisten, fysiotherapeuten en GGZ-instellingen en de daarbij gestelde diagnoses.

3.3.4 FINANCIERING

Voor deze informatiecategorie is aangesloten bij het Jaarbeeld Zorg van het ministerie van VWS, zie tabel 24.

3.3.5 KWALITEIT

Het kwaliteitsbeleid binnen de huisartsenzorg is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Een belangrijk uitgangspunt daarbij is de samenhang tussen activiteiten gericht op de verschillende niveaus binnen de beroepsgroep (individueel, praktijk, hagro, district, landelijk).

Op landelijk niveau zijn, reeds enige jaren, kwaliteitsbevorderende initiatieven ontwikkeld. Het gaat om activiteiten ten aanzien van normering, toetsing, deskundigheidsbevordering en praktijkvoering. Vanaf 1989 heeft de NHG een groot aantal standaarden gepubliceerd (77 in 2002). Dit zijn richtlijnen voor het handelen van huisartsen, opgesteld door huisartsen, die optimaal wetenschappelijk zijn onderbouwd, door deskundige referenten becommentarieerd en op haalbaarheid getoetst. De standaarden hebben betrekking op uiteenlopende ziektebeelden en onderwerpen. Behalve de NHG-standaarden zijn er ook, in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, LTA's (Landelijke Transmurale Afspraken) ontwikkeld. Dit is een document waarin globale richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en specialisten worden gegeven. Deze richtlijnen dienen als uitgangspunt om te komen tot regionale transmurale werkafspraken.

Behalve de ontwikkeling van standaarden zijn in de huisartsenzorg ook diverse initiatieven ontplooid om implementatie van richtlijnen en de naleving ervan in de dagelijkse praktijkvoering verder vorm te geven. Een concreet voorbeeld hiervan is het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) dat door huisartsen wordt gebruikt om tot een bewuster en rationeler voorschrijfbeleid te komen. Andere belangrijke kwaliteitsinstrumenten die door huisartsen worden gehanteerd zijn onder andere intercollegiale toetsing (inclusief het Farmacotherapie Overleg), visitaties met behulp van het Visitatie instrument praktijkvoering

TABEL 16

Aantal geneesmiddelenvoorschriften van de huisarts per patiënt per jaar

	1998	1999	2000	2001	GJG (n %)
ziekenfonds					
man	5,0	4,9	4,8	5,2	1,3
vrouw	8,1	8,1	7,8	8,2	0,4
particulier					
man	2,8	2,8	2,8	3,1	3,5
vrouw	4,5	4,4	4,3	4,7	1,5
leeftijd					
0-4 jaar	3,1	2,7	2,2	2,2	-10,8
4-14 jaar	1,5	1,5	1,4	1,4	-2,3
15-24 jaar	2,8	2,8	2,6	2,7	-1,2
25-44 jaar	3,6	3,6	3,4	3,5	-0,9
45-64 jaar	6,5	6,6	6,6	7,2	3,5
65-74 jaar	12,4	12,4	12,5	14,0	4,1
75+	18,0	19,3	20,8	23,7	9,6
totaal	5,4	5,4	5,4	5,7	1,8

(VIP), deskundigheidsbevordering en accreditering. De Consumentenbond en het NIVEL peilen jaarlijks het vertrouwen van consumenten in diverse zorgvoorzieningen met behulp van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Daarin wordt ook naar het vertrouwen in huisartsen gevraagd, zie tabel 25. Consumentenpanel Gezondheidszorg bestaat uit een

vaste groep van circa 1.500 Nederlandse huishoudens die, op belangrijke punten, een goede afspiegeling vormt van de Nederlandse bevolking. Zij wordt regelmatig bevraagd over diverse onderwerpen met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.nivel.nl/consumentenpanel).

TABEL 17

Aantal verwijzingen ziekenfondsverzekerde patiënten naar medisch specialisten

<i>verwijzingen per 1.000 patiënten</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>GJG (in %)</i>
ziekenfondsverzekerden					
man	159	152	146	155	-0,8
vrouw	207	198	189	195	-2,0
0-4 jaar	173	157	138	151	-4,4
5-14 jaar	101	91	81	87	-4,9
15-24 jaar	115	107	109	108	-2,1
25-44 jaar	167	161	152	158	-1,8
45-64 jaar	225	215	207	217	-1,2
65-74 jaar	285	274	299	281	-0,5
75+	291	292	293	329	4,2
interne specialisme					
inwendige geneeskunde	14,3	14	13,4	13,9	-0,9
longziekte	3,7	3,9	3,3	3,4	-2,8
cardiologie	6,8	6,5	6,3	6,8	0,0
reumatologie	2,8	2,8	2,7	3,1	3,5
gastro-enterologie	0,8	0,7	0,9	0,9	4,0
pediatrie	5,4	4,8	4,5	5	-2,5
dermatologie/allergologie	18,8	17,7	17,6	18,9	0,2
heelkundige specialisme					
chirurgie	110,7	106	100,6	104,6	-1,9
orthopedie	23,4	22,5	20,8	23,1	-0,4
urologie	17,4	16,7	17	17,1	-0,
plastische chirurgie	8,2	7,4	7,5	7,8	-1,7
neurochirurgie	3,8	3,4	3,3	3,4	-3,6
gynaecologie/verloskunde	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0
oogheelkunde	14,7	14,4	14	13,6	-2,6
KNO	22,4	21,9	19,4	19,7	-4,2
	20,6	19,5	18,5	19,7	-1,5
zenuw- en zielsziekte					
neurologie	17,7	16,9	16,3	16,9	-1,5
psychiatrie	14,7	13,5	13,3	14,1	-1,4
	3	3,4	3	2,8	-2,3
overige specialisme					
revalidatiegeneeskunde	3,7	3,4	3,1	3,3	-3,7
kaakchirurgie/mondheelkunde	1,7	1,5	1,4	1,4	-6,3
overige ¹	0,8	0,8	0,8	0,8	0,0
	1,2	1,1	0,9	1,1	-2,9
totaal	184,7	176,7	168,9	176,6	-1,5

¹ Hieronder vallen radiotherapie, anesthesie, pijnbestrijding, het klinisch genetisch centrum en tropische, nucleaire en sociale geneeskunde.

TABEL 18

Aantal verwijzingen particulier verzekerde patiënten naar medisch specialisten

verwijzingen per 1.000 patiënten	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
particulier verzekerden					
man	96	92	95	102	2,0
vrouw	116	114	114	119	0,9
0-4 jaar	113	101	104	99	-4,3
5-14 jaar	57	57	56	60	1,7
15-24 jaar	60	63	63	72	6,3
25-44 jaar	95	88	89	87	-2,9
45-64 jaar	132	130	130	141	2,2
65-74 jaar	198	193	202	216	2,9
75+	184	189	207	273	14,1
interne specialisme	31,9	31	31,7	33,7	1,8
inwendige geneeskunde	7,7	7,8	7,6	7,9	0,9
longziekte	1,7	1,9	1,8	1,9	3,8
cardiologie	4,2	4	4,2	4,8	4,6
reumatologie	1,4	1,1	1,3	1,5	2,3
gastro-enterologie	0,6	0,4	0,7	0,6	0,0
pediatrie	4,3	4,1	4,1	4,3	0,0
dermatologie/allergologie	12	11,7	12	12,6	1,6
heelkundige specialisme	61,4	59,6	60,5	64,5	1,7
chirurgie	14,2	12,7	13	14,9	1,6
orthopedie	9,7	9,9	10	10,8	3,6
urologie	6,3	5,8	6,2	6,5	1,0
plastische chirurgie	2	1,9	2,4	1,9	-1,7
neurochirurgie	0,1	0,1	0	0,1	0,0
gynaecologie/verloskunde	6,9	6,7	6,4	6	-4,6
oogheelkunde	8,2	8,8	9	9,9	6,5
KNO	14	13,7	13,5	14,6	1,4
zenuw- en zielsziekte	10,4	9,6	9,7	9,8	-2,0
neurologie	8,4	7,7	7,6	8	-1,6
psychiatrie	2	2	2,1	1,8	-3,5
overige specialisme	1,4	1,3	1,4	1,7	6,7
revalidatiegeneeskunde	0,6	0,5	0,6	0,6	0,0
kaakchirurgie/mondheelkunde	0,4	0,4	0,5	0,6	14,5
overige ¹	0,4	0,4	0,3	0,5	7,7
totaal	105	101,5	103,3	109,6	1,4

¹ Hieronder vallen radiotherapie, anesthesie, pijnbestrijding, het klinisch genetisch centrum en tropische, nucleaire en sociale geneeskunde.

TABEL 19

Top-10 diagnoses bij verwijzing medisch specialist

Percentages van totaal aantal verwijzingen naar een medisch specialist.

ICPC-code	totaal (n = 54.268)	2001 (in %)	GJG 1998-2001 (in %)
1 F05	andere visus sympt/klacht (ex. F94)	2,4	-1,4
2 L15	knie symptomen/klachten	1,7	12,3
3 L86	lage rugpijn met uitstraling	1,6	-3,9
4 T90	diabetes mellitus	1,5	-2,1
5 D06	andere gelokaliseerde buikpijn	1,5	7,7
6 K95	varices benen (exclusief ulcus cruris S97)	1,3	-4,7
7 L99	andere ziekten bewegingsapparaat	1,3	2,7
8 S88	contact eczeem/ander eczeem	1,3	2,7
9 L17	voet/teen symptomen/klachten ¹	1,1	--
10 S82	naevus/moedervlek ¹	1,1	--
	overig	85	-0,2

¹ Voor voet/teen symptomen/klachten en naevus/moedervlek zijn er geen gegevens uit overige jaren waardoor het niet mogelijk is om een groeicijfer te berekenen.

bron: NIVEL, WOK, LHV, NHG/LINH

TABEL 20

Aantal nieuwe verwijzingen naar fysiotherapie

per 1.000 patiënten	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
leeftijd					
0-4 jaar	8	9	10	10	7,7
5-14 jaar	18	18	18	18	0,0
15-24 jaar	49	47	48	53	2,7
25-44 jaar	87	81	90	87	0,0
45-64 jaar	105	111	107	115	3,1
65-74 jaar	111	109	104	111	0,0
75+	104	110	105	118	4,3
ziekenfonds					
man	71	68	72	72	0,5
vrouw	103	105	102	106	1,0
particulier					
man	48	46	50	50	1,4
vrouw	65	61	64	66	0,5
totaal	76	75	72	78	0,9

bron: NIVEL, WOK, LHV, NHG/LINH

TABEL 21

Top-10 diagnoses bij verwijzingen naar fysiotherapie

	ICPC-code	diagnose	2001 (in %)	GJG 1998-2001 (in %)
1	L03	lage rugpijn zonder uitstraling	14,1	-1,2
2	L01	nek symptomen/klachten ex N01	11,6	3,4
3	L02	rug symptomen/klachten	6,1	4,1
4	L86	lage rugpijn met uitstraling	5,9	0,6
5	L92	schouder syndroom/PHS	5,8	-1,7
6	L08	schouder sympt/klachten	5,6	3,2
7	L83	afwijking cervicale wervelkolom	5,0	-4,8
8	L15	knie symptomen/klachten	3,5	6,5
9	L18	spierpijn	3,0	4,9
10	L99	andere ziekte bewegingsapparaat	2,8	-7,2
		overig	36,6	-0,9

bron: NIVEL, WOK, LHV, NHG/LINH

TABEL 22

Aantal verwijzingen naar GGZ¹-instellingen

aantal per 1.000 patiënten	2001 ²
mannen	6,8
vrouwen	10,2
ziekenfonds	9,9
particulier	5,9
leeftijd	
0-4 jaar	1,2
5-14 jaar	3,8
15-24 jaar	11,4
25-44 jaar	13,1
45-64 jaar	7,4
65-74 jaar	3,6
75+	5,1
totaal	7,5

¹ GGZ-instellingen zijn: maatschappelijk werker, psychiatrie, RIAGG, psycholoog, eerstelijns-psycholoog en psychotherapie. Hiervan worden verwijzingen naar RIAGG, psychiatrie en eerstelijns-psycholoog verplicht geregistreerd in LINH.

² Alleen gegevens van 2001 zijn beschikbaar.

bron: NIVEL, WOK, LHV, NHG/LINH

TABEL 23

Top-5 diagnoses bij verwijzing naar RIAGG¹

	ICPC-code	diagnose	2001 (in %)
1	P03/P76	down, depressief gevoel/depressie	25,7
2	P01/P74	angstig, nerveus, gespannen/ angststoornis, angsttoestand	11,9
3	P02	crisis/voorbijgaande stressreactie	5,7
4	Z12	relatieproblemen met partner	4,3
5	P22	andere zorgen gedrag kind	3,2
		overig	49,1

¹ Verwijzing naar RIAGG wordt verplicht geregistreerd in LINH vanaf 1996. De cijfers van de verschillende jaren zijn echter niet vergelijkbaar.

bron: NIVEL, WOK, KHV, NHG/LINH

TABEL 24

Financiering huisartsenzorg

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	1.008	1.034	1.122	1.240	7,1
evaluatie 1998-2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	-2,7	-32,5	--
subtotaal na evaluatie	1.008	1.034	1.119	1.207	6,2
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	1.008	1.034	1.119	1.207	6,2
financiering					
ZFW	664,2	681,3	770,7	822,9	7,4
particuliere verzekering	255,2	264,2	258,9	293,7	4,8
eigen betaling particulier	89,03	88,85	89,53	90,53	0,6
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	1.008	1.034	1.119	1.207	6,2
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	-0,01	0	0	0,0
financieringsachterstand	0	0	0	0	0,0
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	1.008	1.034	1.119	1.207	6,2
opschoning	0	0	0	0	0,0
bruto BKZ-uitgaven	1.008	1.034	1.119	1.207	6,2
BKZ-ontvangsten	89,03	88,85	89,53	90,53	0,6
netto BKZ-uitgaven	919,5	945,5	1.030	1.117	6,7

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

TABEL 25

Vertrouwen in huisartsen

<i>in %</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
heel veel vertrouwen	14,7	8,7	13,8	15,2	1,1
veel vertrouwen	76,5	78,5	77,2	77,6	0,5
weinig vertrouwen	8,3	12,3	8,5	6,7	-6,9
heel weinig vertrouwen	0,5	0,6	0,5	0,6	6,3
geen mening (in absolute aantallen)	424	400	30	458	
aantal respondenten	1.492	1.607	1.080	1.359	

bron: NIVEL, Consumentenbond/Consumentenpanel Gezondheidszorg

3.4 GENEESMIDDELENVOORZIENING

3.4.1 VRAAG

Informatie over mogelijke demografische en epidemiologische determinanten van de potentiële vraag naar farmaceutische hulp is te vinden in tabel 1 tot en met 7. Er is nog geen specifiekere informatie beschikbaar. Wel kan worden vermeld dat het voorschrijfbeleid van artsen gezien kan worden als geobjectiverde behoefte aan geneesmiddelen. Deze informatie is te vinden in paragraaf 3.4.3 over gebruik. In die paragraaf worden gegevens gepresenteerd over voorgeschreven geneesmiddelen en zelfzorgmiddelen.

3.4.2 AANBOD EN CAPACITEIT

Het aanbod en de capaciteit van de geneesmiddelenvoorziening bestaat uit drie aspecten, te weten het aantal voorzieningen voor de aflevering van geneesmiddelen (tabel 26), de personele capaciteit en het aantal geneesmiddelen dat beschikbaar is. Geneesmiddelen op recept worden verstrekt door (ziekenhuis)apotheken en apotheekhoudende huisartsen, zelfzorgmiddelen door apotheken en drogisterijen met erkenning of vergunning. Onder 'drogisterijen en drogisterijafdelingen' worden drogisterijen verstaan met volledige erkenning voor alle geneesmiddelen en drogisterijen met een beperkte vergunning (bron: Nprofarm).

Figuur 5 geeft inzicht in de regionale spreiding van apotheken en apotheekhoudende huisartsen in Nederland. Onder verzorgingsgebied wordt verstaan: de afstand tot het dichtstbijzijnde afleverpunt voor geneesmiddelen per vierpositie postcodegebied. In de gebieden waar geen apotheek of apotheekhoudende huisartsen binnen 4,5 km over de weg zijn (witte vlekken) wonen ongeveer 290.000 mensen. Dit is ongeveer 1,8% van de bevolking in Nederland. Figuur 6 geeft een specifiek beeld van de gebieden waar apotheekhoudende huisartsen in Nederland zijn gevestigd (voor meer informatie en achtergronden bij gekozen regio-indeling zie: www.zorgatlas.nl).

Gegevens over de personele capaciteit en opleiding zijn alleen beschikbaar voor openbare- en ziekenhuisapotheken. U vindt ze in tabel 27 en 28. Onder 'werkzame personen' en 'ziekenhuisapothekers' (tabel 27) worden leden van de KNMP (zelfstandig gevestigde apothekers en tweede apothekers) verstaan. De leeftijdverdeling in de tabel is gebaseerd op in het BIG-register ingeschreven apothekers. Een full-time dienstverband gaat uit van 36 uur per week. In tabel 28 betreft het alle studenten die de opleiding farmacie volgen, dus inclusief een postdoctorale opleiding. Het aantal apothekersassistenten in opleiding zijn afkomstig van zowel MBO als BOL (beroepsopleidende leerweg).

Het laatste onderdeel van het aanbod van de geneesmiddelenvoorziening betreft het aantal geneesmiddelen dat in Nederland beschikbaar is. De tabellen 29 tot en met 32 geven hier meer informatie over. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen geneesmiddelen die wel en die niet in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) worden vergoed. De WTG-geneesmiddelen zijn uitsluitend op recept via de apotheek verkrijgbaar (zie tabel 29). Binnen de geneesmiddelen die worden vergoed wordt een onderscheid gemaakt tussen drie groepen. Daarbij wordt uitgegaan van de bijlagen behorende bij de Regeling farmaceutische hulp. In bijlage 1 staan alle geneesmiddelen die vergoed worden genoemd met naam en registratienummer. Daarbij wordt een indeling in twee groepen gehanteerd. Bijlage 1a bevat geneesmiddelen die in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen zijn opgenomen. Voor deze geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld (het GVS). Bijlage 1b vermeldt geneesmiddelen die niet opgenomen kunnen worden in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Deze middelen worden volledig vergoed. Indien voor geneesmiddelen uit beide groepen nadere voorwaarden gelden, staan die vermeld in bijlage 2. Het betreft vaak geneesmiddelgroepen zoals cholesterolverlagende geneesmiddelen. SFK verzamelt en analyseert gegevens over het geneesmiddelengebruik in Nederland.

TABEL 26

Aantal openbare apotheken, apotheekhoudende huisartsen, ziekenhuisapotheken en drogisterijen

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
openbare apotheken ¹	1.571	1.588	1.602	1.629	1,2
ziekenhuisapotheken ¹	87	87	88	89	0,8
apotheekhoudende huisartsen ²	650	645	636	606	-2,3
drogisterijen en drogisterijafdelingen ³	4.268	4.186	4.194	4.098	-1,3

bron: ¹SFK, KNMP; ²NIVEL/Huisartsenregistratie; ³Nprofarm.

FIGUUR 5

Verzorgingsgebied openbare apotheken en apotheehoudende huisartsen (2001)

combinaties van verzorgingsgebieden binnen 4,5 km over de weg

- geen van beiden
- openbare apotheek
- apotheehoudende huisarts
- beiden
- WZV-regio's



bron: IGZ, AND
cartografie: RIVM

FIGUUR 6

Aantal apotheehoudende huisartsen per gemeente (2001)

aantal apotheehoudende huisartsen

- ≥ 1
- $< 7 >$
- ≤ 14
- WZV-regio's



bron: IGZ
cartografie: RIVM

TABEL 27

Werkzame personen in apotheken

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
openbare apothekers					
werkzame personen	2.166	2.217	2.257	2.334	2,5
waarvan: - vrouw (in %)	39	40	40	43	3,3
leeftijdverdeling (in %)					
< 35 jaar	26	28	28	28	2,1
35-50 jaar	50	48	46	46	-2,9
50+	24	24	25	27	3,1
ziekenhuisapothekers					
werkzame personen	367	399	407	443	6,5
waarvan: - vrouw (in %)	38	41	43	45	5,8
apothekersassistenten					
werkzame personen	14.704	14.889	15.355	16.342	3,6
waarvan: - vrouw (in %)	99	98	98	99	0,0
- fulltime (in %)	44,8	42,5	39,0	34,3	-8,5
- parttime (in %)	55,2	57,5	61,0	65,7	5,9

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 28

Opleidingsgegevens apothek

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
farmacie					
aantal eerstejaarsstudenten	318	236	188	172	-18,5
totaal aantal in opleiding	1.856	1.758	1.619	1.502	-6,8
waarvan: - vrouw (in %)	55	55	56	55	0
opleiding voltooid	206	193	180	n.b.	--
apothekersassistenten					
totaal aantal in opleiding	2.186	2.088	2.205	n.b.	--
waarvan: - vrouw (in %)	97	95	97	n.b.	--
opleiding voltooid	666¹	595²	n.b.	n.b.	--

¹ Alleen MBO.

² In 1999/2000 voor het eerst BOL-geslaagden, maar gegeven betreft alleen MBO-geslaagden.

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 29

Geregistreerde geneesmiddelen op de Nederlandse markt

Werkzame stoffen op atc-5 niveau.

in absolute aantallen	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
WTG	1.325	1.338	1.354	1.363	0,9
buiten-WTG	231	230	229	228	-0,4

bron: SFK/data warehouse

TABEL 30

Vergoede geneesmiddelen op de Nederlandse markt

Werkzame stoffen op atc-5 niveau.

in absolute aantallen	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
bijlage 1a	846	821	824	831	-0,6
bijlage 1b	446	478	492	490	3,2
bijlage 2	--	--	--	32	--

bron: SFK/data warehouse

De gegevensverzameling komt tot stand met behulp van 1.430 (88%) openbare apotheken in Nederland en omvat gebruikscijfers van bijna 13 miljoen personen. Voor meer informatie wordt verwezen naar: www.sfk.nl.

In verband met de ontwikkeling van toekomstige nieuwe geneesmiddelen wordt in tabel 31 informatie gegeven over het aantal geneesmiddelen dat met behulp van biotechnologische technieken (recombinant-DNA-techniek) is bereid. Volgens een analyse uit het jaar 2000 van de Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) zitten er circa 350 biotechnologische middelen in de pijplijn. Het betreft hier zowel intra- als extramurale geneesmiddelen. Hiervan bevonden zich 114 middelen in fase-III onderzoek dan wel in de registratiefase. Inmiddels is een aantal van deze 114 middelen al geregistreerd. De meeste biotechnologische geneesmiddelen worden op het gebied van de oncologie ontwikkeld.

Ook moet specifieke aandacht worden besteed aan de weesgeneesmiddelen. Deze zijn bedoeld voor de behandeling van zeldzaam voorkomende aandoeningen (zie tabel 32). De cijfers in de tabel zijn cumulatief.

TABEL 31

Aantal op biotechnologie gebaseerde geneesmiddelen

	2001
in de pijplijn	114
vergoed in Nederland	30

bron: ministerie van VWS/Beleidsvisie uitgavenontwikkeling biotechnologische geneesmiddelen

TABEL 32

Overzicht weesgeneesmiddelen

	2000	2001
weesgeneesmiddel aangewezen door EU	14	74
geregistreerd in EU	0	3
vergoed in Nederland (extramuraal)	--	3

bron: ministerie van VWS

TABEL 33

Deel van bevolking dat geneesmiddelen heeft gebruikt, die op recept zijn voorgeschreven

In periode van 14 dagen, zelfregistratie.

in %	1998	1999	2000	GJG
totaal	33	34	34	1,5
mannen	29	30	30	2,4
vrouwen	37	39	37	0,5
ziekenfonds	35	36	36	1,0
particulier	29	31	30	2,2
0-19 jaar	16	17	16	-0,9
20-44 jaar	24	25	23	-1,9
45-64 jaar	44	46	47	3,4
65+	69	75	74	3,3

bron: CBS/Statline

3.4.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

Het geneesmiddelengebruik kan op verschillende manieren inzichtelijk worden gemaakt. Ten eerste gaat het om het aantal gebruikers: personen die, al dan niet op recept, in een periode geneesmiddelen hebben gebruikt (tabel 33 en 34).

Ten tweede kan het aantal voorschriften inzicht geven in het geneesmiddelengebruik. In tabel 35 is het aantal voorschriften uitgesplitst voor verschillende patiëntencategorieën. Indeling naar leeftijd is alleen beschikbaar vanaf 1999 en indeling naar geslacht vanaf 2000. De groeicijfers zijn daarom berekend voor verschillende perioden afhankelijk van beschikbaarheid van gegevens.

Tabel 36 geeft meer informatie over de voorschrijver, het soort geneesmiddel naar inkoopkanaal en of en hoe de voorgeschreven geneesmiddelen worden vergoed (via de WTG, bijlage 1a, bijlage 1b en machtigingsartikelen). Specialités zijn door de fabrikant ontwikkelde merkgeneesmiddelen waarop een octrooi rust of rustte. Van generieke geneesmiddelen is het octrooi verlopen; zij dragen geen merknaam, maar de naam van het werkzame bestanddeel. Parallelimport betreft merkgeneesmiddelen die buiten het officiële kanaal van de fabrikant worden geïmporteerd uit landen binnen de Europese Unie. Apotheekbereidingen zijn geneesmiddelen die in de openbare apotheek worden bereid.

Tabel 37 laat zien voor welke toepassingsgebieden de huisarts geneesmiddelen voorschrijft.

In tabel 38 is de top-25 weergegeven van de geneesmiddelen die het meest zijn afgeleverd door openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen bij ziekenfondspatiënten. GIP verzamelt systematisch gegevens over het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen van ziekenfondspatiënten. Negen, speciaal voor dit doel geselecteerde zorgverzekeraars, leveren de gegevens. De informatie heeft betrekking op ruim 5,5 miljoen ziekenfondsverzekerden (55% van het totaal) (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.cvz.nl).

Als indicatie voor het gebruik van zelfzorgmiddelen kunnen de omzetgegevens van de farmaceutische industrie van zelfzorggeneesmiddelen en gezondheidsproducten worden gebruikt (tabel 39). Vermeld moet worden dat de drogisterijenopgave uit 1998 niet compleet is. Met name middelen tegen reisziekte en anti-diarreemiddelen zijn niet meegerekend. De gemiddelde jaarlijkse groeicijfers moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat marktdefinities steeds worden bijgesteld, mede ten gevolge van veranderingen in definitie van WTG-middelen.

TABEL 34

Deel van bevolking dat geneesmiddelen heeft gebruikt die niet op recept zijn voorgeschreven

In een periode van 14 dagen, zelfregistratie.

in %	1998	1999	2000	GJG
totaal	33	34	35	3,0
mannen	27	28	28	1,8
vrouwen	38	39	41	3,9
ziekenfonds	33	33	34	1,5
particulier	32	34	35	4,6
0-19 jaar	30	29	29	-1,7
20-44 jaar	37	38	39	2,7
45-64 jaar	32	33	36	6,1
65+	27	28	30	5,4

TABEL 35

Aantal voorschriften naar patiëntcategorie

x 1.000	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
ziekenfondssector					
man	--	--	30.852	32.241	--
vrouw	--	--	55.688	57.970	--
geslacht onbekend	--	--	51	63	--
0-10 jaar	--	3.287	2.944	2.971	-4,9
11-20 jaar	--	2.884	2.834	2.987	1,80
21-40 jaar	--	16.848	16.523	16.633	-0,6
41-64 jaar	--	27.185	28.763	30.410	5,8
≥ 65 jaar	--	34.264	35.520	37.268	4,3
leeftijd onbekend	--	8	5	4	--
totaal	80.932	84.477	86.590	90.274	3,7
particuliere sector					
man	--	--	14.468	15.172	--
vrouw	--	--	17.969	18.505	--
geslacht onbekend	--	--	1.770	2.105	--
0-10 jaar	--	2.073	1.925	2.030	-1,0
11-20 jaar	--	1.863	1.791	1.848	-0,4
21-40 jaar	--	4.996	5.046	5.225	2,3
41-64 jaar	--	11.630	11.687	12.113	2,1
≥ 65 jaar	--	11.424	11.950	12.479	4,5
leeftijd onbekend	--	1.836	1.808	2.088	--
totaal	31.068	33.822	34.207	35.782	4,8
totaal					
man	--	--	45.320	47.414	--
vrouw	--	--	73.657	76.475	--
geslacht onbekend	--	--	1.820	2.167	--
0-10 jaar	--	5.360	4.870	5.001	-3,4
11-20 jaar	--	4.747	4.625	4.835	0,9
21-40 jaar	--	21.844	21.569	21.858	0,0
41-64 jaar	--	38.816	40.450	42.523	4,7
≥ 65 jaar	--	45.688	47.470	49.747	4,3
leeftijd onbekend	--	1.845	1.813	2.092	--
totaal	112.001	118.299	120.797	126.056	4,0

bron: SFK

TABEL 36

Voorschriften, naar inkoopkanaal, voorschrijven en soort geneesmiddel

in %	1998	1999	2000	2001	GJG
voorschriften naar inkoopkanaal					
specialité	42,9	41,2	41,5	41,3	-1,3
generiek	40,4	42,6	41,4	41,8	1,1
parallelimport	7,8	7,6	6,6	6,6	-5,8
overig, eigen bereiding, verband	8,8	8,6	10,6	10,4	5,7
totaal	100	100	100	100	
voorschriften naar voorschrijver					
huisarts	77,9	78,4	78,9	79,1	0,5
specialist en overigen	22,1	21,6	21,1	20,9	-1,9
totaal	100	100	100	100	
voorschriften WTG en buiten-WTG					
WTG geneesmiddelen	85,1	85,3	86,1	86,3	0,5
buiten-WTG geneesmiddelen	14,9	14,7	13,9	13,7	-2,7
totaal	100	100	100	100	
voorschriften bijlage 1a, 1b, machtiging					
bijlage 1a	89,9	89,4	89,7	89,9	0,0
bijlage 1b	9,4	9,8	9,4	9,2	-0,6
machtigingsartikelen	0,7	0,8	0,8	0,9	8,5
totaal	100	100	100	100	

bron: SFK

TABEL 37

Totaal aantal voorschriften huisarts

Werkzame stoffen in atc-hoofdgroepen.

per 1.000 ingeschreven patiënten	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
a maag-darmkanaal en metabolisme	527	539	552	596	4,2
b bloed en bloedvermende organen	213	215	225	261	7,0
c hart-vaatstelsel	790	808	835	936	5,8
d dermatologica	426	426	404	439	1,0
g urogenitale stelsel en geslachtshormonen	401	408	395	395	-0,5
h syst.hormoonpreparaten exclusief geslachtshormonen	89	91	95	110	7,3
j syst antimicrobiële middelen	384	365	360	390	0,5
l oncolytica en immunosuppressiva	11	11	13	16	13,3
m skeletspierstelsel	350	361	361	373	2,1
n centraal zenuwstelsel	1 011	983	959	1 019	0,3
p antiparasitaire middelen	19	17	17	15	-7,6
r ademhalingsstelsel	594	592	553	601	0,4
s zintuiglijke organen	158	159	168	174	3,3
v diverse middelen	3	3	3	3	0,0
x/y anders	450	433	444	376	-5,8
totaal	5 428	5.411	5.385	5.704	1,7

bron: NIVEL, WOK, LHV, NHG/LINH

TABEL 38

Top-25 van voorschriften openbare apotheken en apotheekhoudende huisartsen ziekenfondspatiënten¹

rang	atc-7 code	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
1	oxazepam	2.294	2.329	2.448	2.512	3,1
2	temazepam	1.793	1.831	1.935	2.002	3,7
3	diclofenac	1.859	1.897	2.005	1.999	2,4
4	paracetamol	2.939	2.419	1.725	1.769	-15,6
5	acetylsalicylzuur	1.280	1.461	1.569	1.681	9,5
6	omeprazol	1.233	1.409	1.590	1.660	10,4
7	metoprolol	1.066	1.162	1.310	1.459	11,0
8	oestrogeen met levonorgestrel	1.107	1.177	1.286	1.417	8,6
9	paroxetine	821	1.026	1.249	1.378	18,8
10	furosemide	1.215	1.262	1.298	1.369	4,1
11	ibuprofen	1.490	1.413	1.220	1.282	-4,9
12	salbutamol	1.202	1.237	1.273	1.279	2,1
13	diazepam	1.012	1.016	1.064	1.078	2,1
14	carbasalaatcalcium	880	895	959	1.032	5,4
15	simvastatine	866	899	960	1.024	5,7
16	naproxen	996	992	984	958	-1,3
17	amoxicilline	1.056	970	928	916	-4,6
18	levothyroxine	630	702	794	893	12,4
19	enalapril/enalapriilaat	741	792	829	864	5,2
20	doxycycline	918	873	874	851	-2,5
21	metformine	446	550	668	800	21,5
22	ranitidine	891	848	837	795	-3,7
23	atenolol	638	688	742	792	7,5
24	codeïne	716	729	721	736	0,9
25	acenocoumarol	630	660	682	697	3,5

¹ Aantal voorschriften (gehele Ziekenfondswet x 1.000), werkzame stoffen op atc 7-niveau.

bron: GIP/College voor zorgverzekeringen

TABEL 39

Omzetgegevens zelfzorggeneesmiddelen en gezondheidsproducten op consumentenprijsniveau

in € mln	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
vitaminen/mineralen	72,6	95,2	110,3	126,2	20,2
producten tegen pijn	66	87,9	99,4	100,1	14,9
producten voor de luchtwegen	58,5	85,6	92,6	99	19,2
versterkende producten	31,5	36	39,4	43,9	11,7
producten voor huid en haar	20,3	32,4	34,4	36,3	21,4
spijsverteringspreparaten	22	30,8	29,9	28,2	8,6
overigen	44,3	69,3	75,1	75,3	19,3
totaal	315,2	437,2	481,3	509,9	17,4
naar verkoopkanaal					
drogisterijen	243,1	334,5	365,8	397,7	--
apotheken	72	77,2	80,9	82,4	4,6
drogisterij afdeling in supermarkt	21,6 ¹	25,5	34,6	29,8	--
totaal	336,7	437,2	481,3	509,9	14,8

¹ Schatting

bron: Nefrofarm

3.4.4 FINANCIERING

Tabel 40 geeft informatie over de uitgaven aan geneesmiddelen die in het Jaarbeeld Zorg zijn opgenomen. In tabel 41 worden deze uitgaven uitgesplitst naar financieringsbron.

Tabel 42 laat de ontwikkeling van de totale kosten in verschillende typen geneesmiddelen (toepassingsgebied) zien.

In de kosten van farmaceutische zorg zijn ook de vergoedingen aan apotheken en apothekhoudende huisartsen verrekend. Nadere informatie hierover is in de tabellen 43 en 44 te vinden.

3.4.5 KWALITEIT

Het begrip kwaliteit heeft een belangrijke plaats binnen de farmaceutische sector en bestrijkt een breed terrein. Het betreft enerzijds de kwaliteit van het geneesmiddel als product en anderzijds de zorg rond het toepassen van geneesmiddelen. Het kwaliteitsbeleid rond het geneesmiddel als product uit zich onder meer in kwaliteitssystemen bij de ontwikkeling en productie van geneesmiddelen, zoals voorschriften en procedures die de farmaceutische industrie hanteert en (wettelijke) toetsings- en

controleprocedures door (overheids)instanties. Nieuwe geneesmiddelen worden uitgebreid getest voordat zij op de markt komen. Het kost ongeveer 10 jaar om van een in het laboratorium ontwikkelde werkzame stof te komen tot een geneesmiddel. Er bestaat een omvangrijk registratiesysteem voor geneesmiddelen. Bij de registratie van een nieuw geneesmiddel moet de farmaceutische industrie uitvoerige gegevens over werking, veiligheid en verdraagbaarheid indienen. Ook na de registratie van een geneesmiddel moeten nieuwe gegevens (bijwerkingen, nieuwe toepassingen/indicaties) aan de betrokken instanties worden gemeld. De registratie van geneesmiddelen vindt steeds vaker in Europees verband plaats (via de procedure van wederzijdse erkenning of via de centrale procedure bij de European Medicines Evaluation Agency (EMA)). Een onderdeel van de wetgeving rond de kwaliteit van het geneesmiddel is de opsporing en evaluatie van bijwerkingen door een landelijk instituut om schade door geneesmiddelengebruik te voorkomen. In Nederland verzamelt en analyseert de stichting Landelijke Registratie Evaluatie Bijwerkingen (LAREB) de gegevens die worden aangeleverd door artsen en apothekers. In tabel 45 is het aantal meldingen weergegeven.

TABEL 40

Uitgaven geneesmiddelen

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
farmaceutische hulp	2.905,6	3.140	3.327,1	3.670,8	8,1
subsidies	12,1	15,8	24,5	20,1	18,3
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	2.917,7	3.155,8	3.351,7	3.690,9	8,2

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

TABEL 41

Financiering geneesmiddelen

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
AWBZ	3,4	2,8	1,3	5,9	20,2
ZFW	2.102,3	2.270,7	2.438,5	2.706	8,8
particuliere verzekering	710	776,2	794,5	870,8	7,0
overheid	8,7	12,5	21,7	11,3	9,1
eigen betaling particulier	93,3	93,7	94,2	95,6	0,8
overige ontvangsten	0	0	1,5	1,3	--
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	2.917,7	3.155,8	3.351,6	3.690,9	8,2

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

TABEL 42

Geneesmiddelenuitgaven (totale kosten) via de openbare apotheek en apotheekhoudende huisartsen*Werkzame stoffen in atc-hoofdgroepen*

<i>in €</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>G.JG (in %)</i>
maagdarmkanaal en metabolisme	470.432	517.853	554.981	602.840	8,6
bloed en bloedvormende organen	65.860	76.075	89.987	104.869	16,8
hartvaatstelsel	562.219	613.264	657.375	732.869	9,2
dermatologica	90.857	95.484	103.825	114.009	7,9
urogenitale stelsel en geslachtshormonen	150.203	174.787	184.203	197.186	9,5
systemische hormoonpreparaten, exclusief geslachtshormonen	48.702	62.252	71.153	77.003	16,5
antimicrobiële middelen voor systematisch gebruik	167.042	171.988	179.976	195.207	5,3
oncolytica en immunomodulantia	93.231	112.594	132.662	149.138	17,0
skeletspierstelsel	110.097	120.973	134.135	150.265	10,9
zenuwstelsel	349.800	402.350	442.387	498.374	12,5
antiparasitica, insecticiden en insectenwerende middelen	6.114	6.393	6.655	7.289	6,0
ademhalingsstelsel	288.480	314.989	327.612	358.380	7,5
zintuiglijke organen	46.443	54.061	59.217	65.392	12,1
diverse middelen	6.869	7.003	8.827	12.783	23,0
onbekende art	45.382	48.791	41.173	42.937	-1,8
niet van toepassing	78.962	89.949	97.155	111.152	12,1
totaal	2.580.691	2.868.805	3.091.323	3.419.692	9,8
<i>waarvan:</i>					
- ziekenfondsverzekerden	2.114.180	2.261.940	2.459.959	2.741.090	9,0
- totaal ziekenfonds (in %)	81,9	78,8	79,6	80,2	-0,7

bron: SFK, GIP/CVZ

TABEL 43

Receptregelvergoeding, opbouw en ontwikkeling

<i>in €</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001¹</i>	<i>G.JG (in %)</i>
1 norminkomen fulltime apotheekhoudenden	77.508	79.523	82.736	87.006	3,9
2 kosten	258.028	265.753	306.996	332.691	8,8
3 subtotaal (1 + 2)	335.536	345.276	389.732	419.696	7,7
4 forfaitaire verrekening stimulans	14.700	14.700	10.437	10.437	-10,8
5 totaal (3 + 4)	320.836	330.576	379.295	409.259	8,5
6 rekenvorm (aantal receptregels)	66.199	66.199	72.101	73.600	3,6
7 tarief per receptregel (5 gedeeld door 6)	4,86	4,99	5,26	5,56	4,6
8 nacalculatie	0,05	0,09	0,11	0,09	21,6
9 feitelijk tarief (7 + 8)	4,9	5,08	5,38	5,65	4,9
10 BTW (6% van 9)	0,29	0,29	0,32	0,34	5,4
11 feitelijk tarief inclusief BTW (9 + 10)	5,2	5,38	5,69	5,99	4,8

¹ Voorcalculatoirisch m.i.v. 1 januari 2001.

bron: CTG

Het kwaliteitsbeleid betreffende de zorg rond het gebruik van geneesmiddelen uit zich onder meer in initiatieven voor de verbetering van het voorschrijf-beleid van artsen en de bereiding, aflevering van en informatievoorziening over geneesmiddelen door de apotheek (kwaliteit van farmaceutische zorg). Het betreft het formuleren van normen, standaarden en richtlijnen, het ontwikkelen van een integraal kwaliteitssysteem, het bevorderen van interne en externe kwaliteitsbeoordeling en het organiseren van scholing en certificatie.

Richtlijnen en protocollen die voor de apotheek zijn ontwikkeld hebben onder meer betrekking op genees-middelenbereiding, voorraadbeheer, patiëntenvoorlichting en medicatiebegeleiding, receptafhandeling, vrije verkoop van geneesmiddelen, patiënten-bejegening en contacten/samenwerking met voorschrijvende artsen. In 1996 heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) de Nederlandse Apotheek Norm (NAN) vastgesteld. Deze richt zich inhoudelijk op alle primaire processen in de apotheek. Er wordt onderscheid gemaakt in normen die betrekking hebben op de farmaceutische zorgverlening (procesnormen) en normen voor de apotheek als organisatie (structuur-normen). De NAN wordt uitgewerkt in de vorm van richtlijnen en aandoeningsgerichte zorgstandaarden. Een voorbeeld van een richtlijn is die voor medicatie-begeleiding. Medicatiebegeleiding houdt onder andere in het tijdig signaleren, beoordelen en afhandelen van mogelijk problemen met betrekking tot het afleveren van een voor de patiënt onbekend geneesmiddel, dosering, interacties met andere

geneesmiddelen, dubbelmedicatie, contra-indicatie en onbedoelde of ongewenste veranderingen in het gebruik van geneesmiddelen. De ontwikkeling van specifieke ICT-producten, zoals een landelijke genees-middelendatabank (G-Standaard, www.z-index.nl) heeft een duidelijke bijdrage hieraan geleverd. Behalve de NAN kwam in 1997 de Ziekenhuis Apotheek Norm (ZAN) en in 1998 de norm Farmaceutische Zorg in Verpleeghuizen beschikbaar. De implementatie van de NAN vindt onder meer plaats in zogenaamde kwaliteitskringen bestaande uit 10 tot 20 apotheken. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van instrumenten die ontwikkeld zijn voor zelfevaluatie. Het einddoel is een kwaliteitssysteem gebaseerd op de NAN. Hiertoe is een certificatie-schema voor openbare apothekers opgesteld door de Stichting HKZ mede in opdracht van de KNMP en de NPCF. Dit schema heeft een landelijke erkenning door de Raad van Accreditatie (www.hkz.nl). Dit houdt onder meer in dat certificering door onafhankelijke instituten plaatsvindt. Thans zijn er circa 125 apotheken met een gecertificeerd kwaliteits-systeem; naar schatting 200 apotheken zijn op weg naar certificering.

Een belangrijk instrument voor kwaliteitsverbetering in het proces van voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen is participatie in gestructureerd farmacotherapieoverleg (FTO) tussen artsen en apothekers (zie voor meer informatie hoofdstuk 2). De KNMP heeft een registratieregeling voor openbare apothekers. De registratie is vijf jaar geldig. Voorwaarden voor registratie zijn voldoende aantoonbare praktijkervaring en geaccrediteerde nascholing (www.winap.nl).

TABEL 44

Tarief apotheekhoudende huisartsen

in €	1998	1999	2000	2001 ¹	GJG (in %)
abonnement ziekenfondsverzekerden	22,08	23,91	23,91	28,97	9,5
tarief particulier verzekerden	4,9	5,08	5,38	5,65	4,9

¹ Voorrekeningsjaar met ingang van 1 januari 2001.

bron: CTG

TABEL 45

Meldingen van bijwerkingen van geneesmiddelen

	1998	1999	2000	2001 ¹	GJG (in %)
aantal meldingen ¹	3.434	3.686	3.702	4.139	6,4

¹ Per melding kunnen er meerdere bijwerkingen worden doorgegeven.

bron: Lareb/Jaarrapporten

De Consumentenbond en het NIVEL peilen jaarlijks het vertrouwen van consumenten in diverse zorgvoorzieningen met behulp van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Hierin is ook een vraag opgenomen over apothekers.

3.5 ALGEMENE MONDZORG

Binnen de algemene mondzorg zijn drie beroepsgroepen werkzaam: tandartsen, tandprotheticen en mondhygiënisten. De laatste groep wordt in dit brancherapport bij de paramedische beroepsgroepen behandeld (zie paragraaf 3.7).

3.5.1 VRAAG

Specifieke gegevens over de potentiële vraag naar mondzorg zijn niet gedefinieerd. Een operationalisering van zorgbehoefte is het aantal mensen met en zonder volledig kunstgebit. De percentages in tabel 47 tellen niet op tot 100% omdat er tussenvormen mogelijk zijn zoals plaatje, frameprothese of een brug.

TABEL 46

Vertrouwen van consumenten in apothekers

in %	1998	1999	2000	2001	GJG
heel veel vertrouwen	17,3	7,9	11,6	12,6	-10,0
veel vertrouwen	72,4	80,3	79,3	81,2	3,9
weinig vertrouwen	9,3	10,5	8,2	5,7	-15,1
heel weinig vertrouwen	1,0	1,3	0,8	0,5	-20,6
geen mening (in absolute aantallen)	463	464	73	497	
N	1.492	1.607	1.080	1.359	

bron: NIVEL, Consumentenbond/Consumentenpanel

TABEL 47

Nederlanders van 16 jaar of ouder met en zonder volledig kunstgebit (2000)

in %	zonder volledig kunstgebit	met volledig kunstgebit
mannen	67,6	13,6
vrouwen	61,8	17,7
ziekenfonds	63,3	18,8
particulier	66,9	10,1
16-44 jaar	90,9	0,9
45-64 jaar	45,2	18,7
65+	14,5	58,9
totaal	64,7	15,7

bron: CBS/Statline

3.5.2 AANBOD EN CAPACITEIT

Om inzicht te krijgen in het aanbod van voorzieningen voor de algemene mondzorg zijn in de tabellen 48 en 49 gegevens opgenomen over het aantal tandartspraktijken. Binnen de NMT bestaat de volgende werkdefinitie voor een tandartspraktijk: het juridische en economische geheel van ten minste één tandarts, al of niet aangevuld met andere tandheelkundige zorgverleners en/of personeel, van infrastructuur en van werkprocessen, dat tezamen naar buiten toe een als zodanig herkenbare organisatie vormt, via welke integrale dan wel op deelgebieden toegespitste tandheelkundige zorg wordt verleend, waarbij de patiënt centraal staat.

Wat betreft de bepaling van het aantal tandartspraktijken wordt uitgegaan van het aantal tandartsen van 64 jaar met een praktijkadres in Nederland en de uitkomsten van onderzoek dat binnen het NMT-project Peilstations wordt uitgevoerd met betrekking tot samenwerking van tandartsen. Uit de combinatie van deze gegevens kan, op basis van bepaalde aannames, een schatting worden gegeven van het aantal tandartspraktijken. Tabel 49 toont informatie over de tandartsen van 64 jaar en jonger met een bekend woon- en werkadres en het aantal tandartsassistenten dat in de praktijken werkzaam is. De leeftijdverdeling is gebaseerd op gegevens uit het BIG-register.

TABEL 48

Aantal tandartspraktijken in Nederland

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
aantal praktijken	5.362	5.413	5.350	5.400	0,2

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 49

Aantal tandartsen en tandartsassistenten van 64 jaar en jonger

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
tandartsen	7.162	7.284	7.397	7.509	1,6
waarvan: - vrouw (in %)	20,4	21,1	21,9	22,6	3,4
leeftijdverdeling (in %)					
< 35 jaar	14	14	14	14	0,0
35-50 jaar	54	53	51	49	-3,2
50+	32	33	35	37	4,8
tandartsassistenten	11.800	11.900	11.800	12.500	1,9

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

Figuur 7 toont de regionale spreiding van het aantal tandartsen in Nederland. In de donkere gebieden zijn er relatief meer tandartsen terwijl in de lichtere gebieden relatief minder tandartsen per 10.000 inwoners aanwezig zijn (voor meer informatie over de NMT regio-indeling zie: www.zorgatlas.nl).

Opleidingsgegevens over tandartsen geven onder meer inzicht in het aantal tandartsen dat in de toekomst werkzaam zal zijn (zie tabel 50). Opleidingsgegevens zijn niet bekend voor de tandprothetici. Er is wel een overzicht van het aantal leden van de beroepsvereniging, de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT). De leden voeren allen één of meerdere tandprothetische praktijken (tabel 51).

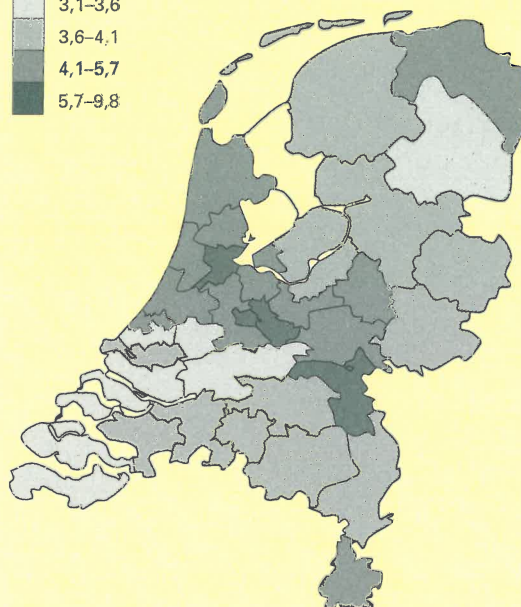
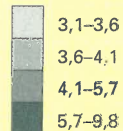
3.5.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

Over het gebruik van algemene mondzorg zijn alleen gegevens beschikbaar met betrekking tot de tandarts. Er kan worden nagegaan hoeveel personen minimaal één keer per jaar contact hebben gehad met de tandarts (tabel 52). In het kader van het onderzoek POLS van het CBS wordt aan een representatieve steekproef uit de bevolking gevraagd of men contact heeft gehad met de tandarts. Op basis hiervan wordt een landelijk jaargemiddelde berekend. (Voor meer informatie wordt verwezen naar: www.cbs.nl). Tabel 53 toont het gemiddeld aantal contacten per jaar in Nederland uitgesplitst naar verschillende persoonskenmerken. Nadere informatie over de redenen van de contacten en de soort behandelingen die door de tandarts zijn verricht staan in tabel 54.

FIGUUR 7

Aantal tandartsen naar NMT-regio (2001)

aantal tandartsen per 10.000 inwoners



bron: NMT

cartografie: RIVM

TABEL 50

Opleidingsgegevens tandartsen

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
numerus fixus	225	240	260	300	10,1
eerstejaarsstudenten	159	137	177	210	9,7
totaal in opleiding	1.172	1.241	1.330	1.385	5,7
waarvan: - vrouw (in %)	44	47	48	50	4,4
opleiding voltooid	179	186	190	n.b.	--

bron: NIVEL, Prismant, OSA/RAZW

TABEL 51

Aantal tandprothetici in Nederland

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
leden ONT	233	239	243	258	3,5

bron: ONT

TABEL 52

Personen met contact met de tandarts in één jaar

in %	1998	1999	2000	GJG
mannen	75,9	76	76,9	0,7
vrouwen	79,2	78,2	79,5	0,2
leeftijd				
0-19 jaar	83,6	85,3	84,2	0,4
20-44 jaar	89,8	88,7	89,6	-0,1
45-64 jaar	71,7	70,7	74,4	1,9
65+	39,4	38,8	40,3	1,1
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	74,7	74,2	75,5	0,5
particulier	82	81,9	82,8	0,5
totaal	77,6	77,1	78,2	0,4

bron: CBS/Statline

TABEL 53

Aantal contacten met de tandarts per persoon in één jaar

	1998	1999	2000	GJG (in %)
mannen	2,1	2,1	2,1	0,0
vrouwen	2,4	2,4	2,6	4,1
leeftijd				
0-19 jaar	2,3	2,7	2,2	-2,2
20-44 jaar	2,5	2,4	2,6	2,0
45-64 jaar	2,4	2,2	2,5	2,1
65+	1,3	1,3	1,7	14,4
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	2,3	2,2	2,4	2,2
particulier	2,3	2,4	2,3	0,0
totaal	2,3	2,3	2,4	2,2

bron: CBS/Statline

TABEL 54

Redenen van contact en soort behandeling bij bezoek aan tandarts

	1997/1998	1998/1999	1999/2000	GJG (in %)
redenen van contact (in %)				
wegens pijn	11,7	11,8	11,7	0,0
periodiek onderzoek	61,2	62,2	62,6	1,1
behandeling na periodiek onderzoek	12,6	11,7	11,4	-4,9
(langlopende) behandeling	14,5	14,4	14,2	-1,0
aantal contacten in steekproef	6.273	5 888	6.000	--
soort behandeling (in %)				
trekken van tand of kies	5,1	5,4	5,5	3,8
vullen van tand of kies	26,4	25,3	28	3,0
maken van kroon of brug	8,6	7,3	7,9	-4,2
gebitsregulatie	4,4	5	4,7	3,4
fluorapplicatie	5,7	5,8	5,8	0,9
verwijderen van tandsteen	24	24,5	23,9	-0,2
overige behandelingen	25,9	26,6	26,3	0,8
aantal behandelingen in steekproef	4.269	3 967	4 075	--

bron: CBS/Statline

De tabellen 55 en 56 geven specifiekere informatie over de tandheelkundige behandelingen. In tegenstelling tot tabel 54 wordt hierbij gepercenteerd over de patiënten. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten die wel of geen periodieke controle hebben gehad en jeugdigen versus volwassenen (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.nmt.nl).

Ten slotte zijn in tabel 57 gegevens gepresenteerd over de verwijzingen van tandartsen naar mondhygiënisten en tandprotheticci.

TABEL 55

Gemiddeld aantal tandheelkundige behandelingen van patiënten bij wie periodiek onderzoek is gedaan

per 100 patiënten	1998	1999	2000	GJG (in %)
jeugdigen (17 jaar en jonger)				
intra-orale röntgenfoto	17,2	18,9	20,3	8,6
fluoride-applicatie	81,8	69,6	66,9	-9,6
instructie mondhygiëne	22,9	22,2	22,4	-1,1
tandsteen verwijderen	17,0	17,1	18,1	3,2
sealing	52,0	53,0	56,4	4,1
vulling	52,3	50,0	49,3	-2,9
wortelkanaalbehandeling	1,1	1,2	1,1	0,0
kroon	0,0	0,0	0,0	0,0
initiële paradontale behandeling	0,0	0,1	0,1	0,0
extractie	11,2	11,7	11,3	0,4
N	88.982	143.490	139.029	25,0
volwassenen (18 jaar en ouder)				
intra-orale röntgenfoto	61,1	63,7	67,0	4,7
fluoride-applicatie	2,1	1,4	1,3	-21,3
instructie mondhygiëne ¹	1,4	1,2	1,2	-7,4
tandsteen verwijderen ¹	32	31,4	30,5	-2,4
sealing	1,2	1,3	1,3	4,1
vulling	89,9	90,7	88,2	-1,0
wortelkanaalbehandeling	12,2	12,4	12,9	2,8
kroon	6,2	6,4	6,8	4,7
initiële paradontale behandeling	10,0	9,4	9,5	-2,5
extractie	11,1	11,5	11,3	0,9
N	286.629	466.982	459.144	26,6

¹ Exclusief uitgevoerde verrichtingen bij patiënten bij wie het cluster Preventief Onderhoud is gedeclareerd.

TABEL 56

Gemiddeld aantal tandheelkundige behandelingen van patiënten bij wie geen periodiek onderzoek is gedaan

<i>per 100 patiënten</i>	1998	1999	2000	GJG (in %)
jeugdigen (17 jaar en jonger)				
intra-orale röntgenfoto	20,7	21,1	24,7	9,2
fluoride-applicatie	15,2	12,3	12,8	-8,2
instructie mondhygiëne	8,8	10,2	12,0	16,8
tandsteen verwijderen	8,0	6,1	7,5	-3,2
sealing	38,2	44,2	41,9	4,7
vulling	58	58,4	58,0	0,0
wortelkanaalbehandeling	5,1	4,4	4,6	-5,0
kroon	0,2	0,2	0,1	0,0
initiële paradontale behandeling	0,0	0,6	0,0	0,0
extractie	23,3	21,8	21,6	-3,7
N	3.135	5.337	5.144	28,1
volwassenen (18 jaar en ouder)				
intra-orale röntgenfoto	66,3	62,6	63,5	-2,1
fluoride-applicatie	0,4	0,3	0,3	-13,4
instructie mondhygiëne	1,8	1,6	1,7	-2,8
tandsteen verwijderen	17,7	16,4	15,8	-5,5
sealing	0,6	0,6	0,7	8,0
vulling	90,9	87,8	84,1	-3,8
wortelkanaalbehandeling	23,4	23,5	24,1	1,5
kroon	11,7	12,7	14,1	9,8
initiële paradontale behandeling	16,0	18,1	19,7	11,0
extractie	40,2	40,0	40,4	0,2
N	24.172	39.425	36.005	22,0

bron: NMT-Peilstations, Onderzoek Tandheelkundige Consumptie

TABEL 57

Tandartsen die verwijzen, aantal verwijzingen per maand

	2000	2001
tandartsen die verwijzen naar mondhygiënist (in %)		
ja	80	82
nee	20	18
aantal verwijzingen per maand		
alleen tandartsen die verwijzen	20,9	19
alle tandartsen	16,7	15,6
tandartsen die verwijzen naar tandprothetici (in %)		
ja	11	14
nee	89	86
aantal verwijzingen per maand		
alleen tandartsen die verwijzen	2,9	0,3
alle tandartsen	2,3	0,3

bron: NMT-Peilstations, Zorgverlening door tandartsen 2000, Tandheelkundige Praktijkvoering 2001

3.5.4 FINANCIERING

Informatie over de uitgaven aan tandheelkundige zorg komt uit het Jaarbeeld Zorg van het ministerie van VWS (zie tabel 58). Dit betreft echter alleen het wettelijk deel. Een groot deel van de uitgaven aan tandheelkundige zorg blijft dan ook buiten beschouwing. Er wordt wel een onderscheid gemaakt tussen algemene tandheelkundige zorg (zie tabel 58) en tandheelkundige specialistische zorg (zie tabel 59).

3.5.5 KWALITEIT

De NMT heeft een kwaliteitssysteem opgezet dat diverse kwaliteitsverbeterende activiteiten bevat. Ten eerste wordt intercollegiaal overleg georganiseerd. Het betreft de deelname van tandartsen aan 'alpha-groepen', studiegroepen en onderlinge visitatie. Daarnaast beschikken tandartsen over het accrediteringssysteem van bij- en nascholing en wordt gewerkt aan accreditering van intercollegiaal overleg. De beroepsgroep beschikt over een HKZ-beoordelings-

certificatieschema, algemene praktijkrichtlijnen (onder andere spoedgevallendienst, patiëntendossier), werkt samen met wetenschappelijke verenigingen aan klinische praktijkrichtlijnen en registreert deelname aan bij- en nascholing en intercollegiaal overleg in haar Kwaliteitsinformatiesysteem (KWIS). De NMT evalueert het gebruik van richtlijnen middels het Peilstation-onderzoek. Momenteel wordt gewerkt aan de ontwikkeling van uitkomstindicatoren die inzicht geven in de daadwerkelijke kwaliteit van tandheelkundige zorg. Dit gebeurt onder begeleiding van TNO-Preventie en Gezondheid. Tenslotte kan ten aanzien van kwaliteit van zorg ook worden gedacht aan epidemiologisch onderzoek. In Nederland wordt door verschillende instanties epidemiologisch onderzoek gedaan, waarbij veelal gegevens worden verzameld over de gezondheid van gebitselementen met betrekking tot cariës. Daarbij hanteert men veelal een maat waarmee het aantal tanden (Teeth) of tandvlakken (Surfaces) wordt aangegeven dat is aangetast (Decay), dat is geëxtraheerd (Missing) en dat is gerestaureerd (Filled). Met de dmft/dmfs-indices wordt daarbij

TABEL 58

Financiering tandheelkundige zorg; wettelijk deel

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	491,13	504,69	531,51	552,66	4,0
evaluatie 1998-2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	--	6,2	--
subtotaal na evaluatie	491,13	504,69	531,51	558,86	4,4
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	491,13	504,69	531,51	558,86	4,4
financiering					
AWBZ	8,17	8,71	9,12	8,73	2,2
ZFW	246,22	256,88	281,98	304,47	7,3
particuliere verzekering	61,21	64,3	64,26	67,73	3,4
eigen betaling particulier	175,52	174,8	176,16	177,93	0,5
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	491,12	504,69	531,52	558,86	4,4
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0,01	0	-0,01	0	0
financieringsachterstand	0	0	0	0	0
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	491,13	504,69	531,51	558,86	4,4
opschoning	0	0	0	0	0
bruto BKZ-uitgaven	491,13	504,69	531,51	558,86	4,4
BKZ-ontvangsten	175,52	174,8	176,16	177,93	0,5
netto BKZ-uitgaven	315,61	329,89	355,35	380,93	6,5

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001.

verwezen naar melkgebitten en met de DMFT/DMFS-indices naar blijvende gebitten.

De verschillende onderzoeken, die in veel gevallen worden uitgevoerd door TNO Preventie of bepaalde GGD's, hebben meestal betrekking op specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld alleen de jeugd) en/of zijn veelal regionaal opgezet.

De ONT heeft een kwaliteitssysteem SKT (SHKZ-schema ISO-2001) ontwikkeld voor de vastlegging van vakinhoudelijke richtlijnen, verwijzingsrichtlijnen en patiënttevredenheidsonderzoeken. Verplicht vanuit de wet BIG heeft de ONT een aanbod van permanente educatie met accreditering van hoogleraren en/of de tandheelkundige wetenschappelijke verenigingen afgesloten met een toetsing.

De Consumentenbond en het NIVEL peilen jaarlijks het vertrouwen van consumenten in diverse zorgvoorzieningen met behulp van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Daarbij wordt ook naar het vertrouwen in de tandarts gevraagd, zoals gepresenteerd in tabel 60.

3.6 VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

3.6.1 VRAAG

Algemene demografische trends die van invloed kunnen zijn op de vraag naar verloskunde en kraamzorg zijn beschreven in tabel 1 tot en met 7.

Specifiekere informatie is het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (zie tabel 61).

3.6.2 AANBOD EN CAPACITEIT

In deze paragraaf worden gegevens gepresenteerd over de capaciteit van de eerste- en tweedelijnsverloskunde. Ook wordt aandacht besteed aan de beschikbaarheid van kraamzorg.

De tabellen 62 en 63 hebben betrekking op het aantal verloskundigen en verloskundige praktijken in Nederland. De regionale spreiding van verloskundigen is weergegeven in figuur 8. In de lichte

TABEL 59

Financiering tandheelkundig specialistische zorg

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	62,12	64,48	68,88	69,75	3,9
evaluatie 1998-2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volumemutatie	--	--	-0,1	3,2	--
herschikkingen commissie-Van Rijn				-0,45	
subtotaal na evaluatie	62,12	64,48	68,78	72,5	5,3
raming 2002-2007			0		
uitgaven Jaarbeeld Zorg-2001	62,12	64,48	68,78	72,49	5,3
financiering					
ZFW	31,9	33,63	37,25	39,55	7,4
particuliere verzekering	25,14	26,23	26,95	28,35	4,1
eigen betalingen niet gesplitst	5,08	4,63	4,58	4,58	-3,4
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	62,12	64,49	68,78	72,48	5,3
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	-0,01	0	0,01	0
financieringsachterstand	0	0	0	0	0
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	62,12	64,48	68,78	72,49	5,3
opschoning	0	0	0	0	0
bruto BKZ-uitgaven	62,12	64,48	68,78	72,49	5,3
BKZ-ontvangsten	5,08	4,63	4,58	4,58	-3,4
netto BKZ-uitgaven	57,04	59,85	64,20	67,91	6,0

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

gebieden zijn, gerelateerd aan het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd, minder verloskundigen werkzaam dan in de donkere gebieden. (Zie www.zorgatlas.nl voor meer informatie over WGR-regio's.) Onder verloskundigendichtheid wordt verstaan: het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39 jaar) per zelfstandig gevestigde verloskundige. In verband met het toekomstig aantal verloskundigen dat werkzaam zal zijn, zijn ook gegevens van belang over het aantal mensen dat jaarlijks wordt opgeleid (tabel 64).

In met name plattelandsgebieden is, naast verloskundigen, ook een kleine groep huisartsen actief in de eerstelijnsverloskunde. Incidentele cijfers zijn alleen beschikbaar over 2000. Deze vindt u in tabel 65. De capaciteit van de tweedelijnsverloskunde wordt mede bepaald door het aantal gynaecologen (zie tabel 66). Onder de deeltijdfactor wordt verstaan: het aantal arbeidsplaatsen in verhouding tot het aantal werkzame personen.

TABEL 60

Vertrouwen van consumenten in tandartsen

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
heel veel vertrouwen	15	6,9	9,3	9,2	-15,0
veel vertrouwen	74,5	83,1	81,3	83,1	3,7
weinig vertrouwen	9,7	9,5	9	6,9	-10,7
heel weinig vertrouwen	0,8	0,5	0,5	0,7	-4,4
geen mening (in absolute aantallen)	473	497	108	536	--
N	1.492	1.607	1.080	1.359	--

bron: NIVEL, Consumentenbond/Consumenten Panel Gezondheidszorg

TABEL 61

Aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd (15-45 jaar)

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
totaal	3.537.259	3.404.563	3.394.780	3.390.707	-1,4

bron: CBS/Statline

TABEL 62

Aantal verloskundige praktijken in Nederland

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
solopraktijk	156	143	133	119	-8,6
duopraktijk	140	123	121	118	-5,5
groepspraktijk	174	190	199	218	7,8
totaal	470	456	453	455	-1,1

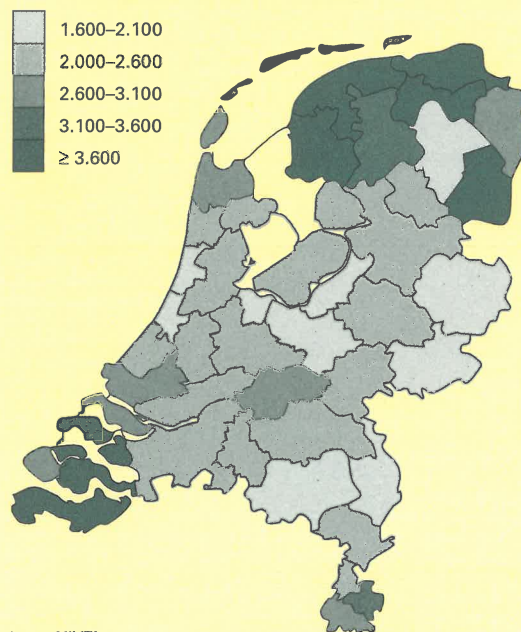
bron: NIVEL/registratie verloskundigen

Professionele kraamzorg wordt in Nederland meestal geleverd door kraamcentra. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in centra die zijn aangesloten bij één van de twee brancheorganisaties voor de thuiszorg, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), en overige organisaties. Tot overige worden alle kraamcentra gerekend die niet zijn aangesloten bij LVT en BTN. Hun exacte aantal is niet bekend. Alleen incidentele gegevens zijn beschikbaar. Tabel 68 toont de personele bezetting in de kraamzorg. Onder werkzame personen wordt verstaan: personeel op de loonlijst van instellingen voor thuiszorg.

FIGUUR 8

Verloskundigendichtheid naar WGR-regio (2001)

aantal vrouwen van 15 t/m 39 jaar
per zelfstandig gevestigde verloskundige



bron: NIVEL
cartografie: RIVM

TABEL 63

Aantal werkzame verloskundigen

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
werkzame personen	1.515	1.576	1.627	1.725	4,4
waarvan: - vrouw (in %)	97,2	97,1	97,1	97,5	0,1
leeftijdverdeling (in %)					
< 35 jaar	42	42	43	45	2,3
35-50 jaar	44	43	42	41	-2,3
50+	14	15	15	14	0,0

bron: NIVEL Prismant en OSA/RAZW

TABEL 64

Opleidingsgegevens verloskundigen

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
aantal eerstejaars	132	128	166	223	19,1
totaal in opleiding	455	461	502	600	9,7
waarvan: - vrouw (in %)	99	100	99	99	0,0
opleiding voltooid	94	101	99	--	--

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 65

Aantal verloskundig actieve huisartsen

	2000
verloskundig actieve huisartsen	654
percentage van zelfstandig gevestigde huisartsen	9

bron: NIVEL/Huisartsenregistratie

TABEL 67

Aantal kraamcentra

naar (branche-) organisatie	2000
LVT	45
BTN	29
overig	> 27
totaal	--

bron: NIVEL/Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg 2001

TABEL 66

Aantal werkzame gynaecologen

	1998	1999	2000	GJG (in %)
werkzame gynaecologen	645	660	672	2,1
fte's	598	618	624	2,2
deeltijdfactor	93	94	93	0,1

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 68

Aantal werkzame personen kraamzorg

	1998	1999	2000	GJG (in %)
werkzame personen				
kraamverzorgende	6.230	6.420	7.000	6,0
kraamverpleegkundige	210	250	250	9,1

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

3.6.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

In tabel 69 wordt het gebruik van verloskundige zorg uitgedrukt in het aantal vrouwen dat gebruik heeft gemaakt van eerste en/of tweedelijnsverloskunde. Aangezien er tijdens het zorgproces wisselingen kunnen optreden (bijvoorbeeld een verwijzing van de verloskundige naar de gynaecoloog) zijn de gegevens in verschillende stappen weergegeven. TNO maakt hiervoor gebruik van geschoonde bestanden uit de LVR1 en LVR2 (landelijke verloskunde registratie eerste lijn en tweede lijn). Aan deze registraties wordt deelgenomen door circa 95% van de verloskundige praktijken en 95% van de maatschappen gynaecologie (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.tellenenmeten.nl).

De percentages in tabel 70 zijn berekend over het totaal aantal zwangeren in Nederland. Over het gebruik van kraamzorg zijn slechts beperkte gegevens beschikbaar. Deze worden gepresenteerd in tabel 71. Er zijn alleen incidentele gegevens bekend.

TABEL 69

Aantal vrouwen dat gebruik heeft gemaakt van verloskundige zorgverlening

	1998	1999	2000	GJG (in %)
totaal eerste lijn	78.896	82.312	83.210	2,7
tweede lijn na verwijzing door eerste lijn				
tijdens partus naar tweede lijn	31.149	31.880	34.520	5,3
tijdens zwangerschap naar tweede lijn	53.806	53.665	55.992	2,0
totaal tweede lijn na verwijzing	85.781	85.904	90.851	2,9
tweede lijn				
tweede lijn vanaf begin zwangerschap	33.204	30.629	31.062	-3,3
totaal aantal bevallingen in Nederland	197.881	198.845	205.123	1,8

bron: TNO/De thuisbevalling in Nederland 2002

TABEL 70

Zorgtraject van zwangeren in de eerstelijnsverloskunde door verloskundigen en huisartsen

	1998		1999		2000		GJG (in %)
	in %	absoluut x 1.000	in %	absoluut x 1.000	in %	absoluut x 1.000	
zorg tijdens de zwangerschap							
in de eerste lijn	83,2	165	84,6	168	84,9	174	1,0
- overdracht naar de tweede lijn	27,2	54	27,0	54	27,3	56	0,2
zorg tijdens de bevalling							
in eerste lijn	56,0	111	57,4	114	57,4	118	1,2
- overdracht naar de tweede lijn	15,7	31	16,0	31	16,8	35	3,4
bevalling in eerste lijn voltooid							
thuis	29,1	58	30,8	61	30,3	62	2,0
poliklinisch	10,7	21	10,6	21	10,2	21	-2,4

bron: TNO/De thuisbevalling in Nederland 2002

3.6.4 FINANCIERING

De gegevens over de financiering van de verloskundige zorg (tabel 72) en de financiering van de kraamzorg (tabel 73) zijn afkomstig uit het Jaarbeeld Zorg van het ministerie van VWS.

TABEL 71**Gemiddeld aantal uren kraamzorg bij thuis en ziekenhuisbevalling**

<i>gemiddeld aantal uren kraamzorg</i>	<i>2001</i>
thuisbevalling	53
ziekenhuisbevalling	42
totaal gemiddeld	46

bron: TNO/Kraamzorg in Nederland 2002

3.6.5 KWALITEIT

Door verloskundigen wordt op verschillende manieren aan kwaliteitsverbetering van verloskundige zorg gewerkt. In het werkplan 'Kwaliteit in Samenwerking, 2002–2005' noemt de KNOV diverse kwaliteitsinstrumenten die daarvoor worden ingezet. Ten eerste worden standaarden en richtlijnen ontwikkeld voor verdere onderbouwing van de verloskundige zorg. De afgelopen jaren is gewerkt aan de standaard Anemie (2000), Hygiëne en steriliteit (2002) en Niet-vorderende ontsluiting (wordt afgerond in 2003). KNOV, NHG en NVOG hebben besloten de voor verloskunde relevante standaarden en richtlijnen van de verloskundigen, huisartsen en gynaecologen op elkaar aan te laten sluiten en deze wederzijds te erkennen.

Om de reflectie op het eigen handelen van verloskundigen te bevorderen zijn ITV-groepen (intercollegiale toetsing verloskundigen) opgezet. Hiervoor zijn toetsingsprogramma's ontwikkeld. In 2002 waren programma's beschikbaar over het uitzuigen van pasgeborenen, bloeddruk meten, hechten, amniotomie

TABEL 72**Financiering verloskundige zorg**

	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>GJG (in %)</i>
uitgavenniveau Zorgnota 2002	66,75	70,79	83,04	99,15	14,1
evaluatie 1998–2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	0,7	1,1	--
subtotaal na evaluatie	66,75	70,79	83,74	100,25	14,5
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	66,75	70,79	83,74	100,25	14,5
financiering					
ZFW	53,05	56,54	67,93	82,56	15,9
particuliere verzekering	11,07	11,71	13,36	15,24	11,2
eigen betaling particulier	2,63	2,54	2,45	2,45	-2,3
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	66,75	70,79	83,74	100,25	14,5
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	0	0	0	0
financieringsachterstand	0	0	0	0	0
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	66,75	70,79	83,74	100,25	14,5
opschoning	0	0	0	0	0
bruto BKZ-uitgaven	66,75	70,79	83,74	100,25	14,5
BKZ-ontvangsten	2,63	2,54	2,45	2,45	-2,3
netto BKZ-uitgaven	--	64,12	68,25	81,29	97,8

bron: ministerie van VWS/Jaarbeeld Zorg 2001

en anemie. Een andere methodiek op dit aandachtsgebied is de Verloskundige onderlings kwaliteitspiegel (VOKS) waarin de LVR-cijfers van individuele praktijken worden vergeleken met landelijke cijfers. Een volgend aandachtsgebied is het up-to-date houden van kennis en vaardigheden van verloskundigen via een 'continuïng education program'. Dit is een mix van instrumenten zoals scholingsprogramma's, coaching en supervisie, individuele studiepakketten en opleidingstrajecten. Hierbij hoort de ontwikkeling van een nieuw beroepsprofiel. De hierboven genoemde instrumenten moeten in samenhang worden gebracht in een verder te ontwikkelen integraal kwaliteitssysteem waarbij het verzamelen van landelijke gegevens (middels de Monitor thuisbevalling en de LVR) en de verdere ontwikkeling van patiëntgerichtheid en de gidsfunctie van verloskundigen een belangrijke plaats innemen.

De kwaliteitsbevorderende activiteiten in de kraamzorg zijn grotendeels gebaseerd op implementatie van de 'Basiskwaliteitseisen Kraamzorg'. Daarin zijn normen voor de kraamzorg beschreven die

kraamzorgaanbieders aanknopingspunten bieden om hun kwaliteitsbeleid en hun kwaliteitssysteem verder te ontwikkelen en in te richten. De normen zijn opgesteld door de betrokken veldpartijen (LVT, BTN, LCK, KNOV, Sting en ZN). De kwaliteitseisen richten zich op het gehele traject van de eerste informatievoorziening, aanmelding en intake, de uitvoering van zorg en zorgafsluiting en -evaluatie. Verder dienen er kwaliteitssystemen te worden ontwikkeld en dienen kraamzorgaanbieders beleid te formuleren met betrekking tot de relaties met andere partijen zoals zorgverzekeraars, verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen en de jeugdgezondheidszorg. Kraamzorgorganisaties en zorgverzekeraars zijn niet direct verplicht om de kwaliteitseisen te hanteren. In een 'uitkomst van overleg' (UvO) is echter vastgelegd dat alle instellingen die kraamzorg aanbieden aan ziekenfondsverzekerden per 1 januari 2002 aan de eisen moeten voldoen. De twee brancheorganisaties (BTN en LVT) hebben het voldoen aan de kwaliteitseisen vastgesteld als basiseis voor hun lidmaatschap. De LVT laat lidinstellingen hierop toetsen door een onafhankelijk instituut, TNO-certification. Alle overige

TABEL 73

Financiering kraamzorg

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	181,29	185,19	207,47	222,94	7,1
evaluatie 1998-2001					
<i>loon- en prijsbeleid</i>					
maximumtarieven	--	--	2,4	19,1	--
subtotaal na evaluatie	181,29	185,19	209,87	242,04	10,1
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	181,29	185,19	209,87	242,04	10,1
financiering					
ZFW	127,38	136,81	159,14	181,01	12,4
particuliere verzekering	44,29	38,75	41,11	51,41	5,1
eigen betaling particulier	9,62	9,62	9,62	9,62	0,0
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	181,29	185,18	209,87	242,04	10,1
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	0,01	0	0	0
financieringsachterstand	0	0	0	0	0
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	181,29	185,19	209,87	242,04	10,1
opschoning	0	0	0	0	0
bruto BKZ-uitgaven	181,29	185,19	209,87	242,04	10,1
BKZ-oritvangsten	9,62	9,62	9,62	9,62	0,0
Netto BKZ-uitgaven	171,67	175,57	200,25	232,42	10,6

bron: ministerie van VWS/Jaarbeeld Zorg 2001

instellingen zijn vanzelfsprekend altijd gehouden aan de Kwaliteitswet en dienen verantwoorde zorg te leveren. De IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) houdt op basis van de Kwaliteitswet toezicht op zorginstellingen en hanteert daarbij de Basis-kwaliteitseisen als veldnorm.

3.7 PARAMEDISCHE ZORG

In dit brancherapport is ervoor gekozen om zoveel mogelijk dezelfde informatie over de tien paramedische beroepen te presenteren. De beschikbare informatie blijkt echter aanzienlijk per paramedische beroepsgroep te verschillen.

3.7.1 VRAAG

Specifieke informatie over de vraag naar paramedische zorg is niet beschikbaar. Verwijscijfers van huisartsen geven een beeld van de geobjectiverde zorgbehoefte. Deze zijn, voor een beperkt aantal paramedische beroepen, te vinden in paragraaf 3.3.3.

3.7.2 AANBOD EN CAPACITEIT

In deze paragraaf wordt informatie gepresenteerd over de personele bezetting van elke paramedische beroepsgroep en gegevens omtrent opleidingen. De beschikbaarheid van gegevens wisselt echter sterk per paramedische beroepsgroep.

In tabel 74 worden gegevens over de fysiotherapeuten gepresenteerd. Alleen gegevens van 1998 en 2000 zijn beschikbaar (per 31 december).

Opleidingsgegevens (tabel 75) geven een indicatie van het toekomstig aantal fysiotherapeuten.

Tabel 76 en 77 hebben betrekking op ergotherapeuten. De gegevens in tabel 76 zijn per 31 december van het jaar. Schattingen zijn gemaakt op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname.

Tabel 78 en 79 geven cijfers over logopedisten. Het aantal werkzame personen betreft een schatting gemaakt door het NIVEL op basis van een gemiddelde organisatiegraad van 76%. De leeftijdsverdeling is gebaseerd op leden NVLF. De gegevens in tabel 78 zijn per 31 december van het jaar.

TABEL 74

Aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten

	1998	2000
werkzame personen	12.035	12.594
waarvan: - vrouw (in %)	49,3	49,8
leeftijdverdeling (in %)		
< 35 jaar	22,7	22,9
35-50 jaar	60	57,3
50+	17,2	19,7
aantal fte's ¹	9.558	11.202

¹ fte=40 uur

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 75

Opleidingsgegevens fysiotherapie

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
aantal eerstejaars	990	1.030	1.270	1.480	14,3
totaal in opleiding	4.591	4.860	5.050	5.470	6,0
waarvan: - vrouw (in %)	59	61	63	65	3,3
opleiding voltooid	957	920	970	n.b.	--

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 76

Aantal werkzame ergotherapeuten

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
werkzame personen	1.915	2.015	2.350	2.470	8,9
waarvan: - vrouw (in %)	93	92	93	94	0,4

leeftijdverdeling werkzame ergotherapeuten (in %)

< 35 jaar	n.b.	55	n.b.	56	
35-50 jaar	n.b.	38	n.b.	36	
50+	n.b.	7	n.b.	8	

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 77

Opleidingsgegevens ergotherapeuten

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
aantal eerstejaars	360	350	370	340	1,9
totaal in opleiding	1.560	1.530	1.470	1.430	-2,9
waarvan: - vrouw (in %)	91	91	92	92	0,4
opleiding voltooid	340	380	350	n.b.	--

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 78

Aantal werkzame logopedisten

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
werkzame personen	3.879	3.910	3.934	4.387	4,2
waarvan: - intramuraal (in%)	48	43	41	39	-6,2
- extramuraal (in%)	17	23	25	28	17,3
- onderwijs (in%)	35	35	33	33	-2,2

leeftijdverdeling (in %)

< 35 jaar	41	39	38	39	-1,5
35-50 jaar	43	44	46	46	2,6
50+	16	17	14	15	-3,2

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

In tabellen 80 en 81 wordt informatie gepresenteerd over het aantal werkzame diëtisten en degenen die in opleiding zijn. Het aantal werkzame diëtisten (tabel 80) is een schatting gemaakt door het NIVEL op basis van circa 90% organisatiegraad en beroepsdeelname. De verschuiving bij werkzame personen in intramurale, extramurale en overige instellingen in 2001 ten opzichte van de voorgaande jaren heeft te maken met het feit dat de NVD in 2001 voor het eerst alle leden verplichtte werkgegevens in te vullen. De gegevens in tabel 80 zijn per 31 december van het jaar.

In tabel 82 staan gegevens over mondhygiënisten. Het aantal werkzame personen betreft een schatting op basis van 85% organisatiegraad. Opmerking: veel vacatures worden niet gemeld bij NVM en vacatures worden slecht afgemeld. Na een halfjaar wordt een vacature automatisch uit het bestand verwijderd. De gegevens zijn per 31 december van het jaar.

TABEL 79

Opleidingsgegevens logopedisten

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
aantal eerstejaars	310	330	320	350	4,1
totaal in opleiding	1.250	1.320	1.360	1.440	4,8
waarvan: - vrouw (in %)	98	98	99	97	-0,3
opleiding voltooid	230	270	270	n.b.	--

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 80

Aantal werkzame diëtisten

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
werkzame personen	2.172	2.201	2.268	2.317	-2,2
waarvan: - vrouw (in %)					
- intramuraal	55	54	55	46	-5,8
- extramuraal	32	34	31	37	5,0
overig	12	12	14	18	14,5

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 81

Opleidingsgegevens diëtisten

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
aantal eerstejaars	238	273	230	200	-5,6
totaal in opleiding	1.190	1.130	990	890	-9,2
waarvan: - vrouw (in %)	92	94	93	94	0,7
opleiding voltooid	254	270	220	n.b.	--

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

Het aantal werkzame personen als oefentherapeut-Cesar en de opleidingsgegevens van deze beroepsgroep vind u in de tabellen 84 en 85. Het aantal werkzame personen betreft een schatting op basis van organisatiegraad (circa 96%) en beroepsdeelname (tabel 84). Bij de werkzame personen naar dienstverband tellen de cijfers over 1998 op tot meer dan 100% omdat combinaties mogelijk zijn. De leeftijdsverdeling is gebaseerd op VBC-leden per 1 juni van het betreffende jaar. De overige gegevens zijn van 31 december van het jaar.

Ook voor oefentherapeuten-Mensendieck zijn gegevens over het aantal werkzame personen en de opleiding bekend. Het aantal werkzame personen (tabel 86) betreft een schatting op basis van organisatiegraad en beroepsdeelname. De gegevens zijn steeds per 31 december van het jaar.

De volgende paramedische beroepsgroep waarover gegevens worden gepresenteerd zijn orthoptisten. Het aantal werkzame personen betreft leden van de NvVO. De leeftijdsverdeling is gebaseerd op NvVO-leden inclusief niet-werkzame leden (werkzamen naar werkveld: percentage kan hoger liggen omdat meer dan één werkplek kan zijn opgegeven).

In tabel 90 is het aantal werkzame podotherapeuten weergegeven. Het aantal werkzame personen betreft een schatting op basis van organisatiegraad (circa 92%) en beroepsdeelname. Ten aanzien van de werkplekverdeling wordt opgemerkt dat deze relatief is: men kan op meerdere plekken werkzaam zijn. Alle gegevens zijn per 31 december van het jaar. In tabel 91 zijn opleidingsgegevens over podotherapeuten te vinden.

De laatste hier genoemde paramedische beroepsgroep zijn de radiologisch laboranten. De bruto-uitstroom is het vertrek uitgedrukt als percentage van het aantal werkzame personen. Onder netto-uitstroom wordt verstaan: personen die buiten de zorg gaan werken of stoppen met werken uitgedrukt als percentage van het aantal werkzame personen. Gegevens zijn per 31 december van het jaar.

TABEL 82

Aantal werkzame mondhygiënisten

	1998	1999	2000	2001
werkzame personen	1.570	1.789	n.b.	2.176
leeftijdverdeling (in %)				
< 35 jaar	41	55	n.b.	n.b.
35-44 jaar	35	31	n.b.	n.b.
44+	15	14	n.b.	n.b.

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 83

Opleidingsgegevens mondhygiënisten

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	GJG (in %)
aantal eerstejaars	190	200	190	210	3,4
totaal in opleiding	570	600	630	660	5,0
waarvan: - vrouw (in %)	96	97	95	94	-0,7
opleiding voltooid	150	130	140	n.b.	--

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 84

Aantal werkzame oefentherapeuten-Cesar

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
werkzame personen	870	876	889	n.b.	--
waarvan: - vrouw (in %)	94	93	93	n.b.	--
werkzame personen naar dienstverband (in %)					
particulier praktijk	89	84	84	n.b.	--
algemeen dienstverband	14	12	13	n.b.	--
instelling onder CAO ziekenhuiswezen	4	4	3	n.b.	--
leeftijdverdeling (in %)					
< 35 jaar	45	44	40	n.b.	--
35-50 jaar	47	46	51	n.b.	--
50+	8	11	9	n.b.	--

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 85

Opleidingsgegevens oefentherapeuten-Cesar

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002
aantal eerstejaars	57	78	n.b.	n.b.
totaal in opleiding	188	214	254	274
waarvan: - vrouw (in %)	88	84	82	
opleiding voltooid	49	44	n.b.	n.b.

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 86

Aantal werkzame oefentherapeuten-Mensendieck

	1998	1999	2000	2001
werkzame personen	900	905	910	861 ¹
waarvan: - vrouw (in %)	95	95	95	94

¹ Betreft alleen leden NVOM.

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 87

Opleidingsgegevens oefentherapeuten-Mensendieck

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002
aantal eerstejaars	32	48	n.b.	n.b.
totaal in opleiding	161	169	161	142
waarvan: - vrouw (in %)	86	86	89	n.b.
opleiding voltooid	52	41	n.b.	n.b.

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 88

Aantal werkzame orthoptisten

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
werkzame personen	359	338 ¹	344	312	-4,6
waarvan: - vrouw (in %)	99,2	99,1 ¹	98,5	99,0	-0,1
orthoptisten naar werkveld (in %)					
algemeen	50	50	74	68	11,0
academisch	7	7	8	9	7,3
particulier praktijk	6	6	0	0	--
overig/onbekend	37	37	18	23	-14,5
deeltijdfactor	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
leeftijdverdeling (in %)					
< 30 jaar	37	36	37	31	-4,9
30-50 jaar	45	52	52	52	5,0
50+	18	12	11	16	-4,0

¹ Per 15 juni 1999, overige gegevens per 31 december van het jaar.

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 89

Opleidingsgegevens orthoptisten

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002
aantal eerstejaars	28	11	n.b.	n.b.
totaal in opleiding	84	67	72	78
waarvan: - vrouw (in %)	96	96	94	n.b.
opleiding voltooid	19	17	n.b.	n.b.

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 90

Aantal werkzame podotherapeuten

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
werkzame personen	355	380	408	430	6,6
waarvan: - vrouw (in %)	73	74	74	76	1,4
werkplek podotherapeuten (in %)					
podotherapie praktijk	85	81	87	n.b.	--
ziekenhuis	12	12	11	n.b.	--
overig	4	7	2	n.b.	--

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 91

Opleidingsgegevens podotherapeuten

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002
aantal eerstejaars	26	39	n.b.	n.b.
totaal in opleiding	105	120	134	139
waarvan: - vrouw (in %)	78	78	77	n.b.
opleiding voltooid	26	20	n.b.	n.b.

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 92

Aantal werkzame radiologisch laboranten

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
werkzame personen	838	854	908	954	4,4
aantal fte's	681	720	770	806	5,8
bruto-uitstroom	6,2	8,4	9,9	9,2	14,1
netto-uitstroom	3	n.b.	n.b.	3,7	

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 93

Opleidingsgegevens radiologisch laboranten

	1998/1999	1999/2000	2000/2001	GJG (in %)
aantal eerstejaars	17	26	28	28,3
totaal in opleiding	44	48	50	6,6
opleiding voltooid	13	12	10	-12,3

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

3.7.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over het gebruik van alle paramedische zorgvoorzieningen. Voor fysiotherapie zijn wel gegevens beschikbaar over het aantal contacten in één jaar (zie tabel 94).

3.7.4 FINANCIERING

Gegevens over financiering komen uit het Jaarbeeld Zorg van het ministerie van VWS (tabel 95 tot en met 98). Voor de hier niet genoemde beroepsgroepen zijn geen afzonderlijke financiële gegevens beschikbaar.

TABEL 94

Personen met contact met een fysiotherapeut per jaar

in %	1998	1999	2000	GJG
mannen	13,6	13,6	13,9	1,1
vrouwen	17,0	17,7	18,5	4,3
totaal	15,3	15,6	16,2	2,9
leeftijd				
0-19 jaar	5,9	5,7	5,7	-1,7
20-44 jaar	15,7	15,9	16,5	2,5
45-64 jaar	21,2	22,2	23,0	4,2
65+	20,8	21,5	22,7	4,5
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	15,5	16,3	16,8	4,1
particulier	15,1	14,5	15,4	1

bron: CBS/Statline

TABEL 95

Financiering fysiotherapie

in € mln	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	522,85	553,84	571,26	624,99	6,1
evaluatie 1998-2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	-1,8	-4,2	--
subtotaal na evaluatie	522,85	553,84	569,46	620,79	5,9
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	522,85	553,84	569,46	620,79	5,9
financiering					
ZFW	342,88	387,62	407	435,75	8,3
particuliere verzekering	179,97	166,22	162,47	185,04	0,9
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	522,85	553,84	569,47	620,79	5,9
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	0	-0,01	0	--
financieringsachterstand	0	0	0	0	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	522,85	553,84	569,46	620,79	5,9
opschoning	0	0	0	0	0,0
bruto BKZ-uitgaven	522,85	553,84	569,46	620,79	5,9
BKZ-ontvangsten	0	0	0	0	--
netto BKZ-uitgaven	522,85	553,84	569,46	620,79	5,9

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

3.7.5 KWALITEIT

Het kwaliteitsbeleid van paramedische beroepsgroepen is op dit moment erg in ontwikkeling. Zo hebben de programma's 'Bevordering kwaliteit paramedische zorg' (BKPZ) en 'Implementatie kwaliteit paramedische zorg' (IKPZ) geleid tot de ontwikkeling van een groot aantal kwaliteitsinstrumenten. Het is echter niet zinvol om kwantitatieve gegevens over bestaande kwaliteitsinstrumenten in de paramedische zorg in beeld te brengen. Ook voor 'uitkomst'-aspecten als doeltreffendheid en doelmatigheid lijken in eerste instantie geen duidelijke indicatoren aanwezig. Hieronder volgt, voor een aantal paramedische beroepsgroepen, een kort overzicht van de huidige initiatieven voor kwaliteitsbevordering zoals die door de beroepsorganisaties zijn aangeleverd. Dit betekent niet dat de andere paramedische beroepsgroepen geen kwaliteitsinitiatieven hebben ontwikkeld, maar daarover is geen actuele informatie ontvangen.

Diëtetiek

Het Activiteitenplan 2002 geeft een overzicht van de kwaliteitsprojecten die op dit moment door de NVD worden uitgevoerd. Daarbij gaat het met name om de verdere ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsinstrumenten zoals het regionaal invoeren van intercollegiale toetsing via cursussen, netwerkdagen en de ontwikkeling van een nieuw model voor visitatie. Ook de herziening van het beroepsprofiel, de implementatie van de kwaliteitsborgingsnorm, de verdere uitwerking en verfijning van de criteria voor registratie in het Kwaliteitsregister paramedici en de verdere ontwikkeling van een systeem van accreditatie kunnen in dit verband worden genoemd. Wat betreft dit laatste onderwerp wordt, samen met andere paramedische beroepsverenigingen, een stichting opgericht ter accreditatie van scholingen. In het kwaliteitsbeleid neemt ook het voorbereiden en implementeren van voor de diëtetiek beschikbare classificaties en codelijsten een belangrijke plaats in. Daarnaast wordt er door de NVD gewerkt aan de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en informatiepakketten voor specifieke patiëntengroepen zoals voedselovergevoeligheid, diabetes mellitus, vocht-voedsel verpleeghuisgeïndiceerden, slikproblemen en ondervoeding.

TABEL 96

Financiering ergotherapie

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	5,63	5,26	2,36	6,4	4,4
evaluatie 1998-2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	--	-4,1	--
subtotaal na evaluatie	5,63	5,26	2,36	2,3	-25,8
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	5,63	5,26	2,36	2,3	-25,8
financiering					
ZFW	5,63	5,26	2,36	1,68	-33,2
particuliere verzekering	0	0	0	0,62	
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	5,63	5,26	2,36	2,3	-25,8
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	0	0	0	--
financieringsachterstand	0	0	0	0	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	5,63	5,26	2,36	2,3	-25,8
opschoning	0	0	0	0	--
bruto BKZ-uitgaven	5,63	5,26	2,36	2,3	-25,8
BKZ-ontvangsten	0	0	0	0	--
netto BKZ-uitgaven	5,63	5,26	2,36	2,3	-25,8

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

Fysiotherapie

Het kwaliteitsbeleid van het KNGF bestaat uit een viertal pijlers. Ten eerste moeten fysiotherapeuten in het kader van na- en bijscholing jaarlijks punten halen door het volgen van geaccrediteerde scholingsactiviteiten. De tweede pijler is het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen. In 2002 zijn elf 'evidence based' richtlijnen binnen de fysiotherapie beschikbaar. Ook is er een 'best practice' richtlijn beschikbaar met betrekking tot postoperatieve fysiotherapie na lumbale HNP. Verder zijn er twee organisatorische richtlijnen: een over de informatieverstrekking naar de huisarts en een over verslaglegging. Een derde kwaliteitsbevorderende activiteit is de opzet van het Intercollegiaal overleg fysiotherapeuten (IOF). Een groep van 10 tot 15 fysiotherapeuten komt bij elkaar. In het overleg worden verschillende vormen van intercollegiale kwaliteitstoetsing toegepast. De vierde pijler is kwaliteitswaarborg. De individuele beroepsbeoefenaars die voldoen aan de eisen van het kwaliteitsprogramma kunnen worden ingeschreven in het Kwaliteitsregister van het KNGF. Voor de borging van de kwaliteit op het niveau van praktijken en afdelingen wordt, in samenwerking met de stichting

HKZ, een certificeringschema ontwikkeld dat naar verwachting medio 2003 gereed is.

De Consumentenbond en het NIVEL peilen jaarlijks het vertrouwen van consumenten in diverse zorgvoorzieningen met behulp van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Hierin is ook een vraag opgenomen over fysiotherapie.

Logopedie

De NVLF heeft de laatste jaren diverse initiatieven ontplooid ten behoeve van de kwaliteitsverbetering in de logopedie. Twee daarvan, het opzetten van het Kwaliteitsregister paramedici en accreditatie na- en bijscholing, worden met acht andere paramedische beroepsverenigingen uitgevoerd. Verder zijn er initiatieven met betrekking tot de organisatie van de eigen beroepsgroep. Het verouderde beroepsprofiel wordt bijgesteld en de NVLF beraadt zich op een nieuwe regionale organisatiestructuur. Er zijn inmiddels meer dan 200 kwaliteitskringen geformeerd. Dat zijn groepen van circa 15 logopedisten die, onder leiding van een speciaal opgeleide begeleider, gericht zijn op de verbetering van de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing. Een belangrijk

TABEL 97

Financiering logopedie

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	33,58	40,48	42,07	45,47	10,6
evaluatie 1998-2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	0,1	1,4	--
subtotaal na evaluatie	33,58	40,48	42,17	46,87	11,8
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	33,58	40,48	42,17	46,87	11,8
financiering					
ZFW	25,77	28,32	30,58	33,43	9,1
particuliere verzekering	7,81	12,16	11,58	13,44	19,8
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	33,58	40,48	42,16	46,87	11,8
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	0	0,01	0	--
financieringsachterstand	0	0	0	0	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	33,58	40,48	42,17	46,87	11,8
opschoning	0	0	0	0	--
bruto BKZ-uitgaven	33,58	40,48	42,17	46,87	11,8
BKZ-ontvangsten	0	0	0	0	--
netto BKZ-uitgaven	33,58	40,48	42,17	46,87	11,8

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

kwaliteitsinstrument is de ontwikkeling en implementatie van standaarden.

Andere kwaliteitsbevorderende activiteiten hebben te maken met informatievoorziening en registratie. In het Logopedie informatie systeem (LIS) worden alle gegevens die betrekking hebben op het logopedisch proces geregistreerd. Deze worden centraal samengebracht in de Landelijke logopedie registratie (LLR). Via spiegelinformatie (zowel landelijk als per kwaliteitskring) krijgt de logopedist inzicht in het eigen handelen.

Oefentherapie-Mensendieck

De NVOM heeft een aantal trajecten/projecten lopen ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van zorg. Op landelijk niveau wordt, in 2002, de beroepscode voor oefentherapeuten-Mensendieck geïmplementeerd. Verder zijn er 26 IOM-groepen (intercollegiaal overleg Mensendieck) geformeerd ten behoeve van intercollegiale toetsing. Ook wordt er gewerkt aan de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen. Dit zal worden ondersteund door diverse initiatieven omtrent deskundigheidsbevordering. Op dit moment participeert de NVOM wel in de ontwikkeling en

implementatie van een multidisciplinaire richtlijn 'Oefentherapie/fysiotherapie voor patiënten met de ziekte van Parkinson'. In dit verband wordt ook het PACK-project genoemd. Dit project is bedoeld om consensus tussen paramedici, patiënten en verwijzers te bereiken over de indicaties voor paramedische zorg bij vier chronische ziekten (diabetes mellitus type 2, ziekte van Parkinson, COPD en chronische reuma).

Podotherapie

De NVvP is een aantal projecten gestart om de kwaliteit van podotherapeuten te verhogen. Ten eerste wordt een aantal algemene kwaliteitsinstrumenten (verder) ontwikkeld. Zo is er recentelijk een beroepscompetentieprofiel opgesteld. Daarnaast is men bezig met het ontwikkelen en verder implementeren van de visitatiemethode en wordt er, samen met andere paramedische beroepsverenigingen, een bureau opgericht dat zorgdraagt voor de organisatie van accreditatie van bij- en nascholing. Ook is een passende regiostructuur gekozen die, in stappen, zal worden ingevoerd. Ten tweede werkt de NVvP aan een aantal concrete kwaliteitsproducten zoals de

TABEL 98

Financiering oefentherapie-Mensendieck

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	<i>GJG (in %)</i>
uitgavenniveau Zorgnota 2002	29,99	36,44	38,8	38,39	8,6
evaluatie 1998-2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	--	4,5	--
subtotaal na evaluatie	29,99	36,44	38,8	42,89	12,7
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	29,99	36,44	38,8	42,89	12,7
financiering					
ZFW	25	28,5	30,18	32,98	9,7
particuliere verzekering	4,99	7,94	8,62	9,91	25,7
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	29,99	36,44	38,8	42,89	12,7
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	0	0	0	--
financieringsachterstand	0	0	0	0	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	29,99	36,44	38,8	42,89	12,7
opschoning	0	0	0	0	--
bruto BKZ-uitgaven	29,99	36,44	38,8	42,89	12,7
BKZ-ontvangsten	0	0	0	0	--
netto BKZ-uitgaven	29,99	36,44	38,8	42,89	12,7

implementatie van een uniform verslaglegging-formulier, de ontwikkeling van een artsenwijzer om artsen doelmatiger naar de podotherapie te laten verwijzen, de ontwikkeling van een conceptrichtlijn 'diagnostiek' en behandeling 'Mortonse neuralgie' en richtlijn 'hygiëne'.

Radiologisch laboranten

De kwaliteitsinitiatieven van de NVRL komen overeen met de initiatieven in de andere paramedische beroepsgroepen. Recentelijk is het beroepsprofiel geactualiseerd en de beroepscode herzien. De organisatie van de accreditatie van bij- en nascholing is samen met de andere beroepsgroepen verder ontwikkeld. Binnen het project Visitatie worden afdelingen gevisiteerd. Hiervoor zijn visitatiemodellen ontwikkeld en visiteurs getraind. In het najaar van 2002 wordt gestart met multidisciplinaire visitaties. Het doel van het project Intercollegiale kwaliteitstoetsing is dat radiologisch laboranten zelfstandig verbeterprojecten kunnen uitvoeren. Daarvoor is ook het protocollenboek kwaliteitscontrole radiodiagnostiekapparatuur ontwikkeld in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Radiologie en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica. Dit boek is verspreid onder alle afdelingen radiologie in Nederland.

3.8 AMBULANCEZORG EN ZIEKENVERVOER

3.8.1 VRAAG

Behalve de algemene demografische en epidemiologische ontwikkelingen, wordt de vraag naar ambulancezorg en ziekenvervoer geëxpliciteerd door aandacht te besteden aan de incidentie van ongevallen. Dit geeft echter maar een beperkt beeld omdat veel ongevallenslachtoffers niet met een ambulance vervoerd worden en veel patiënten die met de ambulance vervoerd zijn geen ongevallenslachtoffers zijn (tabel 100).

3.8.2 AANBOD EN CAPACITEIT

In tabel 101 staat het aantal organisaties en ambulances. Daarbij is nog uit gegaan van de oude organisatiestructuur (zie hoofdstuk 2). De daling van het aantal Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's) houdt verband met de reorganisatie van de ambulancezorg. Hierbij worden CPA's en samenwerkende ambulancediensten in één regio samengebracht tot een RAV (regionale ambulancevoorziening). Cijfers over het aantal ambulances zijn gebaseerd op het aantal verstrekte vergunningen.

Figuur 9 geeft inzicht in de regionale spreiding van de beschikbare ambulances. In de donkere gebieden zijn relatief minder ambulances dan in de lichtere

TABEL 99

Vertrouwen van consumenten in fysiotherapie

in %	1998	1999	2000	2001	GJG
heel veel vertrouwen	11,7	4,9	5,4	5,5	-22,2
veel vertrouwen	71,6	75,2	77,4	79,4	3,5
weinig vertrouwen	15,3	18,1	14,9	12,9	-5,5
heel weinig vertrouwen	1,5	1,8	2,3	2,1	11,9
geen mening (in absolute aantallen)	532	522	150	547	--
N	1.492	1.607	1.080	1.359	--

bron: NIVEL, Consumentenbond

TABEL 100

Aantal ongevallenslachtoffers met letsel

	1998	1999	2000	GJG (in %)
privé	540.000	580.000	560.000	1,8
sport	170.000	190.000	170.000	0,0
verkeer	150.000	160.000	150.000	0,0
arbeid	120.000	120.000	110.000	-4,3

bron: Consument en Veiligheid/Letsel Informatie Systeem 1998-2000

gebieden. De verdeling heeft ook te maken met de 15-minutennorm. Deze norm houdt in dat een ambulance uiterlijk 15 minuten na de eerste melding aan de CPA ter plaatse moet zijn. In provinciale en dunbevolkte gebieden zal dit moeilijker te realiseren zijn waardoor er in deze gebieden relatief meer ambulances zijn gestationeerd (voor meer informatie over deze kaart en regio-indeling zie: www.zorgatlas.nl).

In tabel 102 zijn de beschikbare gegevens gepresenteerd over het ambulancepersoneel. De gegevens zijn alleen voor 2001 bekend en komen uit een eenmalige schriftelijke enquête. Er zijn geen gegevens over meerdere jaren.

TABEL 101

Aantal organisaties en ambulances

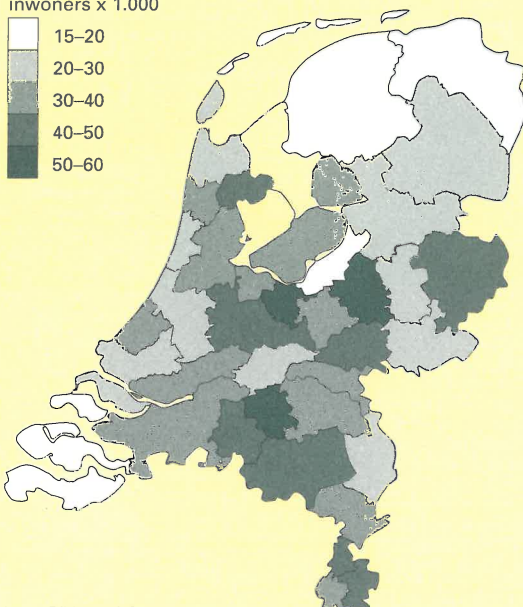
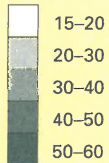
	1998	1999	2000	2001
CPA's	36	29	28	28
ambulancediensten	105	98	92	75
ambulancelocaties	194	191	190	190
ambulances	648	641	641	645
helicentra	n.b.	n.b.	n.b.	4
mobiele medische teams (MMT's) over de weg	n.b.	n.b.	n.b.	10

bron: CTG, RIVM

FIGUUR 9

Aantal inwoners per beschikbare ambulance per CPA-regio (1998)

inwoners x 1.000



bron: RIVM, VWS, CBS

cartografie: RIVM

TABEL 102

Personeel ambulancehulpverlening

	2001
werkzame personen	3.298
waarvan (in %):	
- ambulanceverpleegkundigen	42
- ambulancechauffeurs	38
- CPA-verpleegkundigen	4
- CPA-niet-verpleegkundigen	6
- overig	10
leeftijdverdeling (in %)	
< 35 jaar	25,9
35-50 jaar	61,6
50+	12,4
instroom (in % van het totale personeelsbestand)	12,2
uitstroom (in % van het totale personeelsbestand)	15,3
ziekteverzuim inclusief zwangerschapsverlof	5,4
ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof	4,2

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

3.8.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

Het zorggebruik of de productie wordt in tabel 103 vertaald in het aantal ritten dat is uitgevoerd en het aantal kilometers dat is gereden.

TABEL 103

Aantal ritten en kilometers ambulances

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
totaal aantal ritten (x 1.000)	725	770	794	787	2,8
kilometers (x 1 miljoen)	24,2	24,8	26,3	26,7	3,3
kilometers per rit	33	32	33	34	1,0

bron: CTG

TABEL 104

Financiering ambulancevervoer

in € mln	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	178,2	191,59	209,42	232,93	9,3
evaluatie 1998-2001					
<i>loon- en prijsbeleid</i>					
loon- en prijsbijstelling	--	--	--	-0,4	--
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	1,4	-7,5	--
subtotaal na evaluatie	178,2	191,59	210,82	225,03	8,1
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	178,2	191,59	210,82	225,03	8,1
financiering					
ZFW	132,37	131,46	138,58	154,18	5,2
particuliere verzekering	41,88	42,38	42,98	46,3	3,4
eigen betaling particulier	11,3	10,35	10,35	10,35	-2,9
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	185,55	184,19	191,91	210,83	4,3
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	-7,35	7,4	18,91	14,2	--
financieringsachterstand	0,0	7,4	26,3	40,5	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	178,2	191,59	210,82	225,03	8,1
opschoning	0	0	0	0	0,0
bruto BKZ-uitgaven	178,2	191,59	210,82	225,03	8,1
BKZ-ontvangsten	11,3	10,35	10,35	10,35	-2,9
netto BKZ-uitgaven	166,9	181,24	200,47	214,68	8,8

bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

3.8.4 FINANCIERING

Voor de financiële gegevens is gebruikgemaakt van het Jaarbeeld Zorg van het ministerie van VWS. Er wordt onderscheid gemaakt tussen ambulancevervoer (tabel 104) en overig ziekenvervoer (tabel 105).

TABEL 105

Financiering overig ziekenvervoer

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	154,74	160,32	164,90	147,93	-1,5
evaluatie 1998–2001					
<i>mee- en tegenvallers</i>					
volume-mutatie	--	--	--	30,79	--
subtotaal na evaluatie	154,74	160,32	164,90	178,72	4,9
raming 2002–2007	0	--	--	--	--
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	154,74	160,32	164,90	178,72	4,9
financiering					
ZFW	105,64	108,77	116,12	126,24	6,1
particuliere verzekering	30,77	30,18	31,28	33,88	3,3
eigen betaling ongesplitst	18,33	21,37	17,70	17,70	-1,2
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	154,74	160,32	165,10	177,82	4,7
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	0	0	-0,2	0,9	--
financieringsachterstand	0	0	-0,2	0,7	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	154,74	160,32	164,90	178,72	4,0
opschoning	0	0	0	0	--
bruto BKZ-uitgaven	154,74	160,32	164,90	178,72	4,9
BKZ-ontvangsten	18,33	21,37	17,70	17,70	-1,2
netto BKZ-uitgaven	136,41	138,95	147,20	161,02	5,7

3.8.5 KWALITEIT

Het kwaliteitsbeleid in de ambulancezorg is de afgelopen jaren sterk in ontwikkeling. Daarbij gaat het onder meer om initiatieven om de organisatorische context van de dienstverlening te verbeteren. De vorming van regionale ambulance voorzieningen (RAV's) kan in dit verband worden genoemd (zie hoofdstuk 2). Daarnaast is ingezet op het verbeteren van registraties en gegevensverzameling ten behoeve van kwaliteitsmonitoring. Dit betekent dat er in de toekomst meer informatie over meetbare aspecten beschikbaar zal komen. Het gaat daarbij onder meer om de gemiddelde responstijd per jaar, het percentage tijdsoverschrijdingen per jaar en het aantal inwoners dat buiten de 15-minutengrens valt. Als voorbeeld van deze twee laatste punten zijn in tabel 106 en 107 de resultaten weergegeven van een studie van CTG, IGZ en RIVM over het jaar 1999. Bij gesloten CPA-grenzen wordt ervan uitgegaan dat de CPA's alleen ritopdrachten verstrekken aan ambulancediensten in het eigen verzorgingsgebied (CPA-regio). Bij open CPA-grenzen wordt ervan uitgegaan dat een ritopdracht wordt verstrekt aan de dichtstbijzijnde standplaats, ongeacht of deze valt onder het eigen verzorgingsgebied of daarbuiten. Ritten waarvoor de meeste spoed vereist is, worden A1-ritten genoemd. De snelheid waarmee een ambulance ter plaatse kan zijn, is vooral van belang voor A1-ritten.

TABEL 106

Percentage inwoners buiten 15-minutengrens

	1999
met open CPA-grenzen	8,4
met gesloten CPA-grenzen	11,1

bron: RIVM/Niet zonder zorg, 2001

TABEL 107

Tijdsoverschrijdingen voor A1-ambulanceritten

	1999
tijdsoverschrijdingen A1-ambulanceritten (in %)	5,90
absoluut	19.500
totaal aantal A1-ritten	330.508

bron: RIVM/Niet zonder zorg, 2001

3.9 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

3.9.1 VRAAG

De ontwikkelingen in de potentiële behoefte aan medisch-specialistische zorg wordt in kaart gebracht door algemene demografische, maatschappelijke en epidemiologische gegevens die in tabel 1 tot en met 7 zijn beschreven. De geobjectiveerde behoefte aan medisch-specialistische zorg is te vinden bij de verwijzingsgegevens van de huisartsen in paragraaf 3.3.3. Specifiekere informatie is te vinden in tabel 108. Per medisch specialisme treft u in de onderste regel het totaal aantal opnamen (in kliniek en dagverpleging samen); de vijf daarboven genoemde diagnose-categorieën zijn groepen die het meest frequent voorkwamen. Daarbij is 2001 als referentiekader gebruikt. Deze zijn in percentages van het totaal weergegeven. De bron is onder andere LMR, dat informatie bevat over de klinische ziekenhuiszorg en dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen. Hierbij worden zowel medische als administratieve gegevens vastgelegd (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.prismant.nl).

TABEL 108

De vijf meest voorkomende diagnoses bij opname per erkend medisch specialisme

in %	1998	1999	2000	2001	GJG
inwendige geneeskunde					
overige en niet gespecificeerde nazorg	16	17	18	19	5,6
metastasen in tractus respiratorius en tractus digestivus	3	3	3	4	7,7
speciale onderzoeken	2	3	3	3	11,9
diabetes mellitus	3	3	2	2	-5,9
metastasen van overige gespecificeerde lokalisaties	2	2	2	2	0,0
totaal (absoluut)	342.101	349.094	351.528	369.521	2,6
cardiologie					
hartdysritmieën	15	17	18	18	5,7
symptomen ademhalingswegen en overige symptomen borstkas	11	12	12	12	1,2
acuut myocardinfarct	13	12	12	12	-2,7
overige chronische ischemische hartaandoeningen	11	11	10	11	0,0
angina pectoris	10	9	9	9	-0,9
totaal (absoluut)	202.487	203.825	204.960	214.000	1,9
longziekten					
maligne neoplasma van trachea, bronchus en long	17	17	17	19	3,2
chronische luchtwegobstructie, niet elders geclassificeerd	16	15	14	13	-5,0
symptomen ademhalingswegen en overige symptomen borstkas	6	6	7	7	5,6
pneumonie, verwekker niet gespecificeerd	6	6	6	6	1,2
overige en niet gespecificeerde nazorg	4	4	5	5	8,5
totaal (absoluut)	86.982	88.818	88.907	91.059	1,5

TABEL 108 (vervolg)

De vijf meest voorkomende diagnoses bij opname per erkend medisch specialisme

in %	1998	1999	2000	2001	GJG
reumatologie					
reumatoïde artritis en inflammatoire polyarthropathieën	44	40	38	60	10,8
overige en niet gespecificeerde nazorg	4	4	6	9	32,6
overige aandoeningen van bot en kraakbeen	6	8	11	7	7,0
diffuse ziekten van bindweefsel	6	5	7	3	-18,7
overige slecht omschreven of onbekende oorzaak ziekte en sterfte	2	4	2	3	13,8
totaal (absoluut)	9.572	9.267	9.853	19.559	26,9
gastro-enterologie					
speciale onderzoeken	7	7	10	9	7,7
benigne neoplasmata van overige delen van tractus digestivus	6	6	6	7	7,3
overige symptomen van buik en bekken	6	6	6	5	-6,4
algemeen medisch onderzoek	5	4	3	4	-4,4
overige en niet gespecificeerde nazorg	2	3	5	4	25,9
totaal (absoluut)	23.927	28.742	38.181	44.760	23,2
heelkunde					
hernia inguinalis	8	8	8	8	0,0
varices van onderste extremiteiten	5	5	5	5	0,0
cholelithiasis	4	4	5	5	1,8
acute appendicitis	4	4	4	4	2,1
maligne neoplasma van de mamma (van de vrouw)	3	4	4	4	4,3
totaal (absoluut)	352.729	354.539	349.677	352.458	0,0
urologie					
niersteen en uretersteen	10	10	10	10	0,0
maligne neoplasma van de blaas	9	9	9	9	1,0
hyperplasie van de prostaat	10	10	9	9	-3,9
overtollig preputium en phimosis	7	7	7	7	0,0
overige en niet gespecificeerde nazorg	5	6	7	5	-0,5
totaal (absoluut)	94.086	95.579	95.585	99.639	1,9
orthopedie					
dérangement interne van de knie	23	23	24	23	0,0
osteo-artrose en verwante afwijkingen	16	16	18	18	4,6
perifere enthesopathieën en verwante syndromen	7	7	7	7	0,0
overige en niet gespecificeerde gewrichtsaandoeningen	7	7	6	6	-1,1
overige orthopedische nazorg	4	4	4	4	0,0
totaal (absoluut)	174.254	177.418	176.060	181.620	1,4
neurochirurgie					
aandoeningen van tussenwervelschijven	34	32	31	30	-4,5
mononeuritis bovenste extremiteit en mononeuritis multiplex	11	12	12	13	7,3
overige en niet gespecificeerde aandoeningen van de rug	9	10	10	11	6,3
maligne neoplasma van de hersenen	4	5	5	4	-3,2
benigne neoplasma hersenen en overige delen van zenuwstelsel	3	3	3	3	4,5
totaal (absoluut)	25.251	24.562	24.426	24.271	-1,3

TABEL 108 (vervolg!)

De vijf meest voorkomende diagnoses bij opname per erkend medisch specialisme

in %	1998	1999	2000	2001	GJG
plastische chirurgie					
overige aandoeningen van de oogleden	9	10	11	13	14,9
overige aandoeningen van de mamma	12	12	12	11	-1,2
aandoeningen van spieren, ligamenten en fasciën	8	8	9	9	4,5
mononeuritis bovenste extremiteit en mononeuritis multiplex	8	8	8	7	-2,5
overige maligne neoplasmata van de huid	4	5	5	5	8,9
totaal (absoluut)	52.053	54.197	53.879	56.071	2,5
cardio-pulmonale chirurgie					
overige chronische ischemische hartaandoeningen	56	51	51	49	-4,9
overige aandoeningen van het endocard	15	15	17	17	6,0
angina pectoris	5	4	4	4	-9,4
overige (sub)acute ischemische hartziekten	2	3	3	3	10,9
congenitale afwijking van bulbus cordis en sluiting hartseptum	3	3	3	3	-2,4
totaal (absoluut)	11.849	11.741	11.723	11.793	-0,2
mondziekten en kaakchirurgie					
ziekten van de harde tandweefsels	23	23	23	25	2,8
dentofaciale anomalieën en malocclusie	14	13	13	13	-2,8
overige aandoeningen van gebit en steunweefsels	11	12	12	11	0,0
stoornissen in tandontwikkeling en tanddoorbraak	11	10	11	10	-0,7
fractuur van aangezichtsbeenderen	10	10	9	9	-4,8
totaal (absoluut)	15.626	16.246	15.933	16.614	2,1
verloskunde en gynaecologie					
enkelvoudige levend geboren	14	14	14	14	-0,6
overige problemen vrucht en placenta	6	6	7	7	4,2
langdurige bevalling	5	5	5	5	1,4
hypertensie als complicatie bij zwangerschap, bevalling, kraambed	4	4	4	4	0,3
vroege of dreigende weeën	4	4	4	4	0,1
totaal (absoluut)	316.915	317.551	316.052	319.709	0,3
kindergeneeskunde					
pasgeborene beïnvloed door andere complicaties bevalling	10	10	11	12	6,4
stoornissen door korte zwangerschap en laag geboortegewicht	9	10	9	9	-0,5
intra-uteriene hypoxie en asfyxie bij de geboorte	4	4	4	4	2,0
vrucht/pasgeborene beïnvloed door zwangerschapscomplicatie(s) moeder	3	3	3	3	8,3
algemene symptomen	3	3	3	3	-3,7
totaal (absoluut)	132.826	131.777	136.459	138.661	1,4
psychiatrie					
affectieve psychosen	22	25	22	21	-2,7
depressieve stoornis, niet elders geclassificeerd	15	10	12	14	-3,6
neurotische stoornissen	13	14	14	13	-1,2
schizofrene stoornissen	7	7	7	9	9,0
aanpassingsreactie	6	7	8	8	8,2
totaal (absoluut)	24.716	22.309	21.278	19.937	-6,9

TABEL 108 (vervolg)

De vijf meest voorkomende diagnoses bij opname per erkend medisch specialisme

in %	1998	1999	2000	2001	GJG
neurologie					
afsluiting van cerebrale arteriën	9	10	10	11	4,1
multipele sclerose	6	7	8	9	10,4
acute, niet scherp omschreven cerebrovasculaire aandoeningen	5	5	5	6	2,5
epilepsie	7	7	6	5	-7,1
aandoeningen van tussenwervelschijven	9	8	6	5	-20,6
totaal (absoluut)	100.145	95.508	95.157	95.492	-1,6
dermatologie					
psoriasis en verwante aandoeningen	50	52	49	51	0,4
contactdermatitis en -eczeem en overige vormen van eczeem	6	4	10	12	27,4
chronisch ulcus van de huid	6	5	8	5	-5,5
atopische dermatitis en verwante aandoeningen	6	4	5	5	-6,1
overige aandoeningen van huid en subcutis	1	0	0	4	84,3
totaal (absoluut)	12.331	13.576	13.872	18.427	14,3
keel-, neus-, oorheelkunde					
chronische ziekten van tonsillen en adenoïd	39	38	38	38	-0,7
niet-etterige otitis media en aandoeningen tuba eustachii	19	18	18	18	-1,7
deviatie van het neusseptum	5	6	6	6	1,7
etterige en niet gespecificeerde vormen van otitis media	6	5	5	5	-7,9
chronische sinusitis	4	5	5	5	1,8
totaal (absoluut)	185.727	168.954	163.795	167.446	-3,4
oogheelkunde					
cataract	71	71	73	74	1,6
overige aandoeningen van de oogleden	5	5	5	5	4,5
strabismus en overige stoornissen in binoculaire oogbeweging	6	5	4	4	-9,2
netvliesloslating en netvliesdefecten	3	3	3	3	-2,1
glaucoom	2	2	1	1	-14,5
totaal (absoluut)	108.741	113.877	119.790	128.373	5,7
klinische geriatrie					
(pre)seniele organische psychotische aandoeningen	15	14	14	14	-2,6
overige organische psychotische aandoeningen (chronisch)	4	5	4	7	23,3
affectieve psychosen	3	4	5	6	22,0
spec. niet-psychotische stoornissen tgv org. hersenbeschadiging	2	4	4	5	33,5
overige slecht omschreven of onbekende oorzaak ziekte en sterfte	2	4	2	3	15,7
totaal (absoluut)	5.803	6.961	8.471	7.784	10,3

3.9.2 AANBOD EN CAPACITEIT

Deze paragraaf bevat gegevens over de personele bezetting, waaronder werkzame personen en aantal fte's. Er kan geen onderscheid gemaakt worden tussen algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Tabel 109 toont het aantal geregistreerde medisch specialisten (inclusief specialisten die het specialisme niet meer daadwerkelijk uitoefenen). Alleen gegevens over 1998 en 1999 zijn beschikbaar. Tabel 110 en 111 geven cijfers over het aantal werkzame specialisten en het aantal arbeidsplaatsen in ziekenhuizen per specialisme. Er kan geen onderscheid worden gemaakt in algemene, academische en categorale ziekenhuizen. In tabel 112 komt de deeltijdfactor aan bod. Dit is het aantal arbeidsplaatsen in verhouding tot het aantal werkzame specialisten in algemene, academisch en categorale

ziekenhuizen. Tot slot zijn gegevens beschikbaar over het aantal assistent-geneeskundigen in opleiding (AGIO's) per specialisme (tabel 113). Er zijn geen cijfers over de jaren 2000 en 2001.

TABEL 109

Aantal geregistreerde medisch specialisten per specialisme

<i>specialisme</i>	1998	1999
allergologie	21	21
anesthesiologie	1.073	1.089
cardiologie	643	662
cardio-thoracale chirurgie	105	106
dermatologie en venerologie	389	396
gastro-enterologie	138	145
heelkunde	1.000	1.023
inwendige geneeskunde	1.659	1.707
keel-, neus- en oorheelkunde	449	453
kindergeneeskunde	970	996
klinische chemie	20	22
klinische genetica	62	66
klinische geriatrie	75	82
longziekten en tuberculose	387	388
medische microbiologie	207	214
neurochirurgie	110	109
neurologie	632	651
nucleaire geneeskunde	79	85
oogheelkunde	620	627
orthopedie	451	466
pathologie	324	335
plastische chirurgie	170	176
psychiatrie	2.006	2.093
radiologie/radiodiagnostiek	867	883
radiotherapie	165	172
reumatologie	156	163
revalidatiegeneeskunde	288	297
urologie	317	315
verloskunde en gynaecologie	773	817
zenuw- en zielsziekten	189	153
totaal	14.345	14.712

TABEL 110

Aantal werkzame specialisten in algemene, academische en categorale ziekenhuizen

<i>werkzame personen</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>GJG (in %)</i>
interne specialismen	3.506	3.624	3.696	2,7
inwendige geneeskunde	1.179	1.195	1.231	2,2
longziekten en tuberculose	349	372	373	3,4
cardiologie	560	582	586	2,3
reumatologie	157	163	174	5,3
gastro-enterologie	104	117	128	10,9
allergologie	12	15	17	19
kindergeneeskunde	777	805	805	1,8
klinische geriatrie	62	69	74	9,2
dermatologie en venerologie	306	306	308	0,3
heelkundige specialismen	3.481	3.537	3.542	0,9
chirurgie	815	825	837	1,3
orthopedie	402	409	413	1,4
urologie	300	311	309	1,5
plastische chirurgie	192	184	180	-3,2
neurochirurgie	186	193	178	-2,2
cardiopulmonale chirurgie	95	86	99	2,1
verloskunde/gynaecologie	645	660	672	2,1
oogheeskunde	458	480	476	1,9
keel-, neus- en oorheeskunde	388	389	378	-1,3
zenuw- en zielsziekten	885	873	875	-0,6
neurologie	547	540	542	-0,5
psychiatrie	334	327	327	-1,1
zenuw- en zielsziekten	4	6	6	22,5
overige specialismen	2.816	2.791	2.891	1,3
anaesthesiologie	870	844	903	1,9
revalidatie	158	172	174	4,9
radiodiagnostiek	586	492	534	-4,5
radiotherapie	145	145	160	5,0
radiologie	144	205	190	14,9
nucleaire geneeskunde	74	83	87	8,4
pathologische anatomie	299	281	258	-7,1
medische microbiologie	196	199	186	-2,6
klinische genetica	27	71	89	81,6
tandarts	58	48	59	0,9
specialist mond/kaakchirurgie	259	251	251	-1,6
totaal	10.688	10.825	11.004	1,5

TABEL 111

Aantal arbeidsplaatsen (fte's) in algemene, academische en categorale ziekenhuizen

<i>aantal arbeidsplaatsen (fte)</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>GJG (in %)</i>
interne specialismen	3.126	3.218	3.280	2,4
inwendige geneeskunde	1.128	1.135	1.160	1,4
longziekten en tuberculose	312	329	332	3,2
cardiologie	512	537	543	3,0
reumatologie	103	110	117	6,6
gastro-enterologie	181	117	128	-15,9
allergologie	8	9	11	17,3
kindergeneeskunde	664	676	681	1,3
klinische geriatrie	52	56	58	5,6
dermatologie en venerologie	246	249	250	0,8
heelkundige specialismen	3.052	3.126	3.135	1,4
chirurgie	790	809	816	1,6
orthopedie	368	375	385	2,3
urologie	242	254	254	2,4
plastische chirurgie	121	122	117	-1,7
neurochirurgie	97	105	92	-2,6
cardiopulmonale chirurgie	94	85	94	0,0
verloskunde/gynaecologie	598	618	624	2,2
oogheelkunde	387	406	405	2,3
keel-, neus- en - oorheelkunde	355	352	348	-1,0
zenuw- en zielsziekten	788	760	784	-0,3
neurologie	494	483	495	0,1
psychiatrie	291	272	283	-1,4
zenuw- en zielsziekten	3	5	6	41,4
overige specialismen	2.373	2.322	2.428	1,2
anaesthesiologie	813	797	844	1,9
revalidatie	103	106	111	3,8
radiodiagnostiek	556	466	515	-3,8
radiotherapie	118	111	129	4,6
radiologie	136	192	179	14,7
nucleaire geneeskunde	60	63	67	5,7
pathologische anatomie	230	222	213	-3,8
medische microbiologie	141	147	144	1,1
klinische genetica	23	36	41	33,5
tandarts	19	15	17	-5,4
specialist mond/kaakchirurgie	174	167	168	-1,7
totaal	9.339	9.426	9.627	1,5

TABEL 112

Deeltijdfactor per specialisme

<i>in %</i>	1998	1999	2000	GJG
<i>deeltijdfactor</i>				
interne specialismen	89	89	89	0,0
inwendige geneeskunde	96	95	94	-1,0
longziekten en tuberculose	89	88	89	0,0
cardiologie	91	92	93	1,1
reumatologie	66	67	67	0,8
gastro-enterologie	97	100	100	1,5
allergologie	67	60	65	-1,5
kindergeneeskunde	85	84	85	0,0
klinische geriatrie	84	81	78	-3,6
dermatologie en venerologie	80	81	81	0,6
heelkundige specialismen	88	88	89	0,6
chirurgie	97	98	97	0,0
orthopedie	92	92	93	0,5
urologie	81	82	82	0,6
plastische chirurgie	63	66	65	1,6
neurochirurgie	52	54	52	0,0
cardiopulmonale chirurgie	99	99	95	-2,0
verloskunde/gynaecologie	93	94	93	0,0
oogheelkunde	84	85	85	0,6
keel-, neus- en oorheelkunde	91	90	92	0,5
zenuw- en zielsziekten	89	87	90	0,6
neurologie	90	89	91	0,6
psychiatrie	87	83	87	0,0
zenuw- en zielsziekten	75	83	100	15,5
overige specialismen	84	83	84	0,0
anaesthesiologie	93	94	93	0,0
revalidatie	65	62	64	-0,8
radiodiagnostiek	95	95	96	0,5
radiotherapie	81	77	81	0,0
radiologie	94	94	94	0,0
nucleaire geneeskunde	81	76	77	-2,5
pathologische anatomie	77	79	83	3,8
medische microbiologie	72	74	77	3,4
klinische genetica	85	51	46	-26,4
tandarts	33	31	29	-6,3
specialist mond/kaakchirurgie	67	67	67	0,0
totaal	87	87	87	0,0

**Aantal assistent-geneeskundigen in opleiding
(AGIO's)**

<i>specialisme</i>	1998	1999
allergologie	7	6
anesthesiologie	176	234
cardiologie	129	168
cardio-thoracale chirurgie	21	25
dermatologie en venerologie	63	58
gastro-enterologie	40	22
heelkunde	399	359
inwendige geneeskunde	679	538
keel-, neus- en oorheelkunde	82	88
kindergeneeskunde	285	288
klinische chemie	8	8
klinische genetica	17	23
klinische geriatrie	45	63
longziekten en tuberculose	73	102
medische microbiologie	44	34
neurochirurgie	28	29
neurologie	179	96
nucleaire geneeskunde	19	30
oogheelkunde	72	76
orthopedie	97	154
pathologie	69	61
plastische chirurgie	26	58
psychiatrie	447	472
radiologie/radiodiagnostiek	138	149
radiotherapie	40	41
reumatologie	38	39
revalidatiegeneeskunde	75	95
urologie	55	86
verloskunde en gynaecologie	223	229
totaal	3.474	3.640
<i>waarvan: - vrouw (in %)</i>	<i>42,7</i>	<i>45,3</i>

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

3.9.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

In tabel 114 wordt nagegaan hoeveel mensen in één jaar contact hebben met een medisch specialist.

In de tabellen 115 tot en met 119 zijn de productie-cijfers van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen weergegeven. Dit zijn de meest recente gegevens. Deze kunnen afwijken van de cijfers uit Jaarbeeld Zorg 2001. Er zijn geen gegevens beschikbaar over extramuraal werkzame medisch specialisten. De gegevens over academische en categorale ziekenhuizen waren niet op tijd beschikbaar. Tabel 115 bevat cijfers over het aantal klinisch ontslagen (inclusief overleden) patiënten per specialisme in algemene ziekenhuizen. Tabel 116 geeft het aantal verpleegdagen van klinisch ontslagen patiënten per specialisme in algemene ziekenhuizen. De verschuiving bij 'revalidatie' vanaf 2000 wordt veroorzaakt doordat één ziekenhuis vanaf 2000 revalidatiepatiënten in de opgaven vermeldt. De verschuiving vanaf 2000 van radiotherapie naar radiodiagnostiek wordt veroorzaakt doordat twee ziekenhuizen vanaf 2000 hun gegevens opnemen bij radiodiagnostiek in plaats van radiotherapie. In tabel 117 vindt u het aantal dagopname per specialisme in algemene ziekenhuizen.

TABEL 114

Personen met contact met een medisch specialist in 1 jaar

<i>in %</i>	1998	1999	2000	<i>GJG</i>
mannen	34,9	34,7	35,6	1,0
vrouwen	41,3	41,9	40,4	-1,1
leeftijd				
0-19 jaar	31,5	29,8	29,7	-2,9
20-44 jaar	33,5	33,1	33,8	0,4
45-64 jaar	41,7	44,5	42,2	0,6
65+	58,7	59,1	58,4	-0,3
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	38,9	39,2	38,6	-0,4
particulier	37	37	37	0,0
totaal	38,1	38,4	38	-0,1

bron: CBS/Statline

Op 1 september 1999 heeft een definitiewijziging plaatsgevonden voor het begrip 'eerste polikliniek-bezoek'. Inhoudelijk hield de definitiewijziging in dat van een medisch begrip (eerste bezoek aan een specialist in verband met een nieuw ziektegeval)

werd overgegaan op een administratief begrip (voor de eerste keer binnen 12 maanden een specialist bezoeken). Dit heeft een aanzienlijke stijging van het geteld aantal eerste bezoeken tot gevolg gehad, derhalve een trendbreuk tussen 1999 en 2000.

TABEL 115

Aantal klinisch ontslagen patiënten per specialisme in algemene ziekenhuizen

<i>specialismen</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
interne specialismen					
inwendige geneeskunde	176.578	169.140	156.868	151.407	-5,0
longziekten en tuberculose	62.048	63.460	62.613	63.193	0,6
cardiologie	161.348	159.943	156.774	157.671	-0,8
reumatologie	4.397	3.684	3.288	3.815	-4,6
gastro-enterologie	6.989	8.171	11.391	14.348	27,1
allergologie	17	15	8	12	-11,0
kindergeneeskunde	101.808	100.448	101.612	102.013	0,1
klinische geriatrie	3.403	3.622	3.579	3.372	-0,3
dermatologie en venerologie	2.719	2.452	2.098	2.151	-7,5
heelkundige specialismen					
chirurgie	240.188	237.880	228.369	227.523	-1,8
orthopedie	87.808	87.513	84.829	86.313	-0,6
urologie	50.499	49.128	47.772	49.016	-1,0
plastische chirurgie	18.918	18.229	17.986	17.792	-2,0
neurochirurgie	13.671	11.934	12.170	12.439	-3,1
cardiopulmonale chirurgie	5.440	4.574	5.945	4.720	-4,6
verloskunde/gynaecologie	217.313	212.713	221.382	224.457	1,1
oogheelkunde	27.538	22.825	15.757	10.780	-26,8
keel-, neus- en oorheelkunde	48.759	48.509	46.217	45.536	-2,3
zenuw- en zielsziekten					
neurologie	72.941	69.578	64.017	60.838	-5,9
psychiatrie	14.871	14.639	13.474	13.147	-4,0
zenuw- en zielsziekten	--	--	--	61	--
overige specialismen					
anaesthesiologie	3.514	2.861	2.909	3.069	-4,4
revalidatie	13	15	140	128	114,3
radiodiagnostiek	83	117	486	382	66,3
radiotherapie	871	794	303	350	-26,2
radiologie	115	145	95	98	-5,2
nucleaire geneeskunde	536	630	497	519	-1,1
pathologische anatomie	--	--	--	--	--
medische microbiologie	--	--	--	--	--
klinische genetica	--	--	--	--	--
overigen					
tandarts	--	--	--	--	--
specialist mond- en kaakchirurgie	5.675	5.108	5.021	5.136	-3,3
dentomaxillaire orthopedie	--	--	4	2	--
verloskundigen	--	--	--	--	--
overigen	2.118	2.825	2.979	3.847	22
totaal	1.330.178	1.300.952	1.268.583	1.264.135	--

De cijfers voor de verschillende jaren zijn hierdoor niet vergelijkbaar en er is in tabel 118 en 119 dus geen groeicijfer berekend (voor meer informatie wordt verwezen naar: www.prismant.nl).

TABEL 116

Aantal verpleegdagen van klinisch ontslagen patiënten per specialisme in algemene ziekenhuizen

<i>specialismen</i>	1998	1999	2000	2001	<i>GJG (in %)</i>
interne specialismen					
inwendige geneeskunde	2.051.312	1.884.330	1.740.925	1.634.155	-7,3
longziekten en tuberculose	797.653	770.492	746.132	712.250	-3,7
cardiologie	1.194.720	1.125.058	1.119.953	1.094.807	-2,9
reumatologie	81.091	71.141	55.056	49.594	-15,1
gastro-enterologie	76.445	84.827	115.785	138.857	22
allergologie	25	20	11	15	-15,7
kindergeneeskunde	728.566	681.222	668.056	647.939	-3,8
klinische geriatrie	122.712	135.408	120.080	99.366	-6,8
dermatologie en venerologie	57.382	51.502	46.015	43.215	-9,0
heelkundige specialismen					
chirurgie	2.111.693	2.013.037	1.918.061	1.854.910	-4,2
orthopedie	922.874	879.520	818.584	777.437	-5,6
urologie	339.860	313.064	297.497	289.525	-5,2
plastische chirurgie	87.205	80.304	77.760	74.812	-5,0
neurochirurgie	131.433	113.505	108.864	106.413	-6,8
cardiopulmonale chirurgie	62.963	49.962	68.113	53.380	-5,4
verloskunde/gynaecologie	984.045	930.713	927.746	899.696	-2,9
oogheelkunde	73.475	58.225	38.139	26.727	-28,6
keel-, neus- en oorheelkunde	146.468	138.142	127.686	119.431	-6,6
zenuw- en zielsziekten					
neurologie	1.121.152	1.075.939	971.766	904.432	-6,9
psychiatrie	492.216	433.055	412.815	402.794	-6,5
zenuw- en zielsziekten	--	--	--	721	--
overige specialismen					
anaesthesiologie	22.225	20.395	18.450	19.951	-3,5
revalidatie	232	112	8.379	9.054	--
radiodiagnostiek	252	580	3.509	2.328	--
radiotherapie	6.452	5.588	1.681	1.973	--
radiologie	230	275	236	242	1,7
nucleaire geneeskunde	1.258	1.926	1.517	1.524	6,6
pathologische anatomie	--	--	--	--	--
medische microbiologie	--	--	--	--	--
klinische genetica	--	--	--	--	--
overigen					
tandarts	--	--	--	--	--
specialist mond- en kaakchirurgie	21.100	18.063	18.593	17.925	-5,3
dentomaxillaire orthopedie	--	--	8	4	--
verloskundigen	--	--	--	--	--
overigen	67.586	77.760	85.193	108.593	17,1
totaal	11.702.625	11.014.164	10.516.610	10.092.070	--

TABEL 117

Aantal dagopname per specialisme in algemene ziekenhuizen

<i>specialismen</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
interne specialismen					
inwendige geneeskunde	79.947	83.838	95.502	110.908	11,5
longziekten en tuberculose	12.261	12.425	12.357	13.941	4,4
cardiologie	19.704	22.698	26.833	32.210	17,8
reumatologie	1.298	1.587	2.084	6.133	67,8
gastro-enterologie	10.367	12.753	17.988	23.992	32,3
allergologie	515	495	391	431	-5,4
kindergeneeskunde	13.447	14.235	15.671	18.443	11,1
klinische geriatrie	1.121	1.225	1.824	2.581	32
dermatologie en venerologie	5.741	5.455	8.864	13.940	34,4
heelkundige specialismen					
chirurgie	83.242	87.367	93.135	100.533	6,5
orthopedie	69.625	73.617	72.801	76.233	3,1
urologie	27.480	29.466	30.444	35.289	8,7
plastische chirurgie	23.751	25.119	26.757	29.740	7,8
neurochirurgie	3.470	3.736	3.556	4.416	8,4
cardiopulmonale chirurgie	46	8	17	23	-16,7
verloskunde/gynaecologie	64.237	64.090	62.302	67.611	1,8
oogheelkunde	54.737	63.736	76.453	91.292	22,3
keel-, neus- en oorheelkunde	117.066	103.821	100.656	106.785	-2,9
zenuw- en zielsziekten					
neurologie	16.004	15.602	18.755	22.180	11,5
psychiatrie	385	1.028	3.331	n.b.	
zenuw- en zielsziekten	13	12	11	180	140,1
overige specialismen					
anaesthesiologie	39.743	43.403	45.418	49.291	7,4
revalidatie	71	107	19	51	-10,4
radiodiagnostiek	753	737	793	389	-19,8
radiotherapie	230	232	223	314	10,9
radiologie	61	29	91	86	12,1
nucleaire geneeskunde	26	54	86	79	44,8
pathologische anatomie	--	--	--	--	--
medische microbiologie	--	--	--	--	--
klinische genetica	--	--	--	--	--
overigen					
tandarts	--	--	--	--	--
specialist mond- en kaakchirurgie	7.026	7.550	7.817	8.631	7,1
dentomaxillaire orthopedie	275	305	--	418	15,0
verloskundigen	--	--	--	--	--
overigen	584	2.107	2.921	1.921	48,7
totaal	653.226	676.837	727.100	817.700	--

TABEL 118

Het aantal eerste polikliniekbezoeken per specialisme in algemene ziekenhuizen

<i>specialismen</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
interne specialismen				
inwendige geneeskunde	554.867	731.790	739.258	740.495
longziekten en tuberculose	145.709	235.375	242.139	240.133
cardiologie	364.997	501.865	505.252	512.024
reumatologie	54.544	104.329	111.638	115.000
gastro-enterologie	42.015	61.700	81.465	91.450
allergologie	4.399	5.271	5.919	7.570
kindergeneeskunde	243.274	272.111	265.637	268.187
klinische geriatrie	6.357	7.745	8.014	16.994
dermatologie en venerologie	444.113	503.004	503.549	521.268
heelkundige specialismen				
chirurgie	948.592	1.270.671	1.324.521	1.326.970
orthopedie	461.377	527.466	541.188	543.815
urologie	206.840	265.013	272.390	281.366
plastische chirurgie	95.726	111.529	115.900	121.405
neurochirurgie	28.270	29.476	30.382	31.995
cardiopulmonale chirurgie	4.278	3.671	5.090	3.525
verloskunde/gynaecologie	505.432	520.020	508.460	509.567
oogheelkunde	828.204	913.210	916.106	917.949
keel-, neus- en oorheelkunde	535.140	593.391	585.749	586.592
zenuw- en zielsziekten				
neurologie	371.395	415.696	414.379	418.012
psychiatrie	28.581	22.303	19.382	n.b.
zenuw- en zielsziekten	1.157	1.445	1.387	1.372
overige specialismen				
anaesthesiologie	34.812	36.580	39.991	50.569
revalidatie	35.189	45.748	48.253	49.478
radiodiagnostiek	--	--	--	--
radiotherapie	8.507	6.414	7.998	7.472
radiologie	--	--	1	1
nucleaire geneeskunde	--	--	--	--
pathologische anatomie	--	--	--	--
medische microbiologie	--	--	--	--
klinische genetica	34	33	2	2
overigen				
tandarts	792	7	117	528
specialist mond- en kaakchirurgie	277.488	285.821	284.016	293.590
dentomaxillaire orthopedie	3.773	--	--	--
verloskundigen	--	--	--	--
overigen	7.180	2.990	7.129	15.367
totaal	6.243.042	7.474.674	7.585.312	7.672.696

TABEL 119

Totaal aantal polikliniekbezoeken per specialisme in algemene ziekenhuizen

<i>specialismen</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
interne specialismen				
inwendige geneeskunde	2.173.123	2.179.159	2.158.359	2.164.250
longziekten en tuberculose	673.823	686.529	700.323	702.680
cardiologie	1.156.120	1.194.460	1.203.417	1.222.903
reumatologie	362.087	372.511	381.153	385.481
gastro-enterologie	142.921	144.789	178.182	209.554
allergologie	31.728	27.825	34.646	32.085
kindergeneeskunde	723.179	717.710	695.660	699.332
klinische geriatrie	17.807	19.567	21.395	44.806
dermatologie en venerologie	1.532.166	1.509.539	1.513.684	1.505.704
heelkundige specialismen				
chirurgie	2.851.805	3.050.512	3.089.649	3.123.694
orthopedie	1.304.171	1.345.110	1.339.916	1.346.077
urologie	800.005	802.443	817.767	841.645
plastische chirurgie	308.627	308.688	316.783	343.243
neurochirurgie	65.330	62.228	65.427	69.042
cardiopulmonale chirurgie	7.259	6.181	7.915	5.155
verloskunde/gynaecologie	1.803.108	1.806.847	1.805.597	1.801.053
oogheelkunde	1.836.316	1.889.944	1.862.057	1.856.461
keel-, neus- en oorheelkunde	1.584.678	1.536.010	1.487.204	1.495.117
zenuw- en zielsziekten				
neurologie	972.479	968.587	952.318	951.856
psychiatrie	222.605	176.933	168.106	n.b.
zenuw- en zielsziekten	2.725	2.994	2.873	12.416
overige specialismen				
anaesthesiologie	141.971	133.307	152.177	153.357
revalidatie	126.756	127.676	133.078	132.319
radiodiagnostiek	--	--	--	--
radiotherapie	48.278	43.290	41.957	46.217
radiologie	--	--	2	1
nucleaire geneeskunde	--	--	--	--
pathologische anatomie	--	--	--	--
medische microbiologie	--	--	--	--
klinische genetica	110	77	2	2
overigen				
tandarts	12.551	12.087	10.348	7.162
specialist mond- en kaakchirurgie	574.141	571.860	568.255	578.342
dentomaxillaire orthopedie	12.811	--	--	--
verloskundigen	--	--	--	--
overigen	44.446	31.702	44.681	80.860
totaal	19.533.126	19.728.565	19.752.931	19.810.814

In tabel 120 wordt informatie gepresenteerd over de bijzonder medisch-specialistische verrichtingen (WBMV). Uitleg over de verrichtingen is te vinden in hoofdstuk 2 van dit rapport. Ten slotte worden gegevens gepresenteerd over wachtlijsten en wachttijden in algemene ziekenhuizen. Het betreft zowel het aantal wachtenden als de gemiddelde wachttijd per specialisme (tabel 121). De gegevens betreffen alleen algemene ziekenhuizen. Voor de academische ziekenhuizen zijn geen gegevens beschikbaar.

Tabel 122 geeft de gemiddelde verwachte wachttijd in weken per specialisme in algemene ziekenhuizen op 1 november 2001. Ook hier geldt dat de gegevens alleen de algemene ziekenhuizen betreffen; voor de academische ziekenhuizen zijn geen gegevens beschikbaar. In tabel 123 wordt de gemiddelde wachttijd van behandelde patiënten (in weken) gepresenteerd en het aantal wachtenden (in %) dat langer wacht dan de 'gemiddelde' treeknorm in algemene ziekenhuizen. Peildatum is 1 oktober 2001. Ook deze gegevens betreffen alleen de algemene ziekenhuizen; voor de academische ziekenhuizen zijn geen gegevens beschikbaar.

TABEL 120

Aantal bijzonder medisch-specialistische verrichtingen

verrichting	aantal instellingen	productie			G.JG (in %)
		1999	2000	2001	
hartchirurgie (OHO)	14+2 ¹	14 683	14 480	14 533	-0,5
dotteringreep (PTCA)	14+21+1 ²	16 377	17 458	19 593	9,4
hartritestoornissen (invasieve behandeling)	7+2 ²	1 469	1 727	1 913	14,1
AICD	7+2 ²	389	584	825	45,6
in-vitrofertilisatie (IVF)	13	11 851	12 300	13 246	5,7
klinisch genetisch onderzoek, erfelijkheidsadvies					
enkelvoudig & complex	12	10 160	11 557	13 462	15,1
radiotherapie zittingen T1 t/m T4	21	23 325	23 790	23 837	1,1
HIV-behandeling	21	2 907	1 813	1 598	-25,9
hemofilie	16	n.b.	n.b.	n.b.	
stamcel transplantatie, allogeen & aml	13	522	426	373	-15,5
harttransplantatie	2	43	39	35	-9,8
levertransplantatie	3	95	108	109	7,1
pancreastransplantatie	3	0	0	0	
longtransplantatie (inclusief long-harttransplantatie)	3	19	17	27	19,2
niertransplantatie	7	474	557	521	4,8
neonatale IC-bedden ³	12	166	166	172	1,8
neurochirurgiebedden ³	17	228	244	650	68,8

¹ Vergunning onder voorwaarde.

² Beperkte vergunning.

³ Geen productiecijfers bekend, in plaats hiervan is het aantal bedden weergegeven.

TABEL 121

Aantal wachtenden voor opname per specialisme in algemene ziekenhuizen

<i>specialismen</i>	<i>maart 1998</i>	<i>oktober 1998</i>	<i>maart 1999</i>	<i>oktober 1999</i>	<i>maart 2000</i>	<i>mei 2001</i>	<i>november 2001</i>
klinische opname							
interne geneeskunde	1.810	1.070	1.310	690	1.330	910	990
cardiologie	1.550	1.950	1.900	1.600	1.370	1.810	1.600
longziekten	420	350	570	370	480	600	470
reumatologie	110	90	190	250	70	200	160
gastro-enterologie	110	100	150	100	230	200	310
chirurgie	16.080	16.040	16.530	17.440	16.880	14.440	16.460
urologie	3.770	3.830	3.660	3.810	4.060	4.230	4.890
orthopedie	21.240	19.770	21.080	20.210	18.330	18.790	21.610
neurochirurgie	1.300	1.040	1.050	1.120	1.090	1.120	770
plastische chirurgie	9.310	8.700	11.050	11.540	12.010	12.170	11.390
mondheelkunde	640	360	540	260	700	980	930
verloskunde en gynaecologie	4.530	4.230	4.170	4.850	4.940	4.630	5.110
kindergeneeskunde	100	70	120	80	100	130	130
neurologie	770	410	540	400	600	500	510
keel-, neus- en oorheelkunde	6.790	6.350	6.400	6.410	7.770	6.770	6.560
oogheelkunde	15.230	11.720	9.200	7.580	9.010	3.130	2.440
totaal	83.760	78.470	79.580	77.600	78.430	70.630	74.660
dagopname							
interne geneeskunde	2.150	2.340	3.020	2.160	2.340	3.290	3.750
cardiologie	660	570	930	890	860	1.330	880
longziekten	250	290	470	540	290	270	240
reumatologie	0	0	140	70	30	210	300
gastro-enterologie	290	370	320	590	610	1.050	910
chirurgie	10.300	12.000	10.250	11.960	11.500	15.580	16.230
urologie	2.390	2.720	2.490	3.090	2.640	3.810	4.400
orthopedie	10.250	11.490	9.870	10.780	10.230	11.350	12.210
neurochirurgie	550	420	420	400	320	740	420
plastische chirurgie	5.870	5.880	6.400	5.990	6.980	8.350	8.600
mondheelkunde	660	590	600	420	780	960	1.160
verloskunde en gynaecologie	4.590	4.290	3.900	3.870	4.020	4.900	5.050
kindergeneeskunde	150	160	280	230	210	420	440
neurologie	350	240	330	350	520	640	540
keel-, neus- en oorheelkunde	8.750	6.740	6.190	4.830	5.230	8.930	5.340
oogheelkunde	16.610	18.430	19.610	22.010	21.250	26.380	22.910
totaal	65.300	67.910	67.460	69.170	70.130	88.250	85.110

TABEL 122

Gemiddelde verwachte wachttijd per specialisme in algemene ziekenhuizen (1 november 2001)

specialismen	klinische opname		dagopname		polikliniek	
	gemiddelde wachttijd (in weken)	aantal ziekenhuizen	gemiddelde wachttijd (in weken)	aantal ziekenhuizen	gemiddelde wachttijd (in weken)	aantal ziekenhuizen
interne geneeskunde	2	83	3	83	4	81
cardiologie	1	76	3	66	5	64
longziekten	1	71	2	54	3	59
reumatologie	2	33	3	34	9	33
allergologie	1	4	6	5	6	4
gastro-enterologie	2	37	3	36	6	36
pijnbestrijding/anesthesiologie	2	27	4	55	7	51
chirurgie	8	89	10	90	4	8
urologie	6	84	7	84	4	80
orthopedie	14	86	9	85	6	83
neurochirurgie	5	33	4	21	4	26
plastische chirurgie	31	56	17	58	12	56
gynaecologie	5	84	5	83	5	82
kindergeneeskunde	1	50	2	66	3	71
neurologie	2	75	2	75	4	80
dermatologie	3	40	1	31	6	38
keel-, neus- en oorheelkunde	8	88	6	87	3	84
oogheelkunde	14	56	15	89	10	84
klinische geriatrie	1	7	2	8	6	7
kaakchirurgie	7	41	6	49	5	47
radiotherapie	2	5	2	3	2	3

bron: Prismant, NVZ/wachttijsten voor medisch specialistische zorg in ziekenhuizen, 2002

TABEL 123

Gemiddelde wachttijd van behandelde patiënten en het aantal wachtenden langer dan de 'gemiddelde' treeknorm in algemene ziekenhuizen (1 oktober 2001)

specialismen	klinische opname			dagopname		
	gemiddelde wachttijd (in weken)	over treeknorm (in %)	aantal ziekenhuizen	gemiddelde wachttijd (in weken)	over treeknorm (in %)	aantal ziekenhuizen
interne geneeskunde	2	4	43	3	8	39
cardiologie	3	10	40	3	18	35
longziekten	2	4	38	1	5	30
reumatologie	2	17	17	4	24	22
gastro-enterologie	2	7	20	4	23	17
pijnbestrijding/anesthesiologie	3	18	19	3	16	31
chirurgie	8	34	52	9	45	52
urologie	7	36	46	9	48	48
orthopedie	15	71	52	9	49	50
neurochirurgie	5	20	17	4	34	12
plastische chirurgie	25	74	35	13	58	35
gynaecologie	7	26	50	6	29	48
kindergeneeskunde	2	5	32	3	11	37
neurologie	2	7	41	3	10	42
dermatologie	3	8	16	6	12	10
keel-, neus- en oorheelkunde	8	57	51	5	36	50
oogheelkunde	13	66	45	13	73	50
klinische geriatrie	1	0	7	2	23	4
kaakchirurgie	9	52	23	8	52	31

bron: Prismant, NVZ/wachttijsten voor medisch specialistische zorg in ziekenhuizen, 2002

3.9.4 FINANCIERING

Informatie over financiering (tabel 124) komt uit het Jaarbeeld Zorg van het ministerie van VWS.

3.9.5 KWALITEIT

Kwaliteit van medisch-specialistische zorgverlening is zowel de verantwoordelijkheid van de medisch specialisten als van de ziekenhuisorganisaties. Van daar dat de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde), naast hun eigen kwaliteitsbeleid, regelmatig gezamenlijk kwaliteitsbevorderende initiatieven ontplooiën. In deze paragraaf wordt een korte beschrijving gegeven van de kwaliteitsinitiatieven van de professionele beroepsorganisaties van medisch specialisten. Kwaliteitsinstrumenten die binnen

de ziekenhuisorganisatie worden gehanteerd komen in paragraaf 3.10.5 aan de orde.

De kwaliteitsborging van medisch-specialistische zorg is voor een deel geregeld via landelijke procedures en regelgeving in het kader van de opleidingseisen, visitaties van opleidingspraktijken (vanaf 1948), (her) registratie via de Specialisten Registratie Commissie (SRC), het tuchtrecht, de Kwaliteitswet en andere wettelijke kaders zoals op het terrein van bouw, veiligheid en apparatuurbeheer. Tevens is de Orde van Medisch Specialisten betrokken bij het initiëren en coördineren van activiteiten in het kader van het kwaliteitsbeleid, waaronder ook visitaties van niet-opleidingspraktijken (sedert 1988). Zij werkt daarbij samen met de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medisch specialismen. Het gaat daarbij om de ontwikkeling/verbetering van kwaliteitsinstrumenten, de implementatie en de evaluatie. De belangrijkste kwaliteitsinstrumenten van de

TABEL 124

Financiering medisch-specialistische zorg

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	1.165,53	1.244,31	1.180,28	1.256,47	2,5
evaluatie 1998-2001					
<i>loon- en prijsbeleid</i>					
loon- en prijsbijstelling	--	--	22,3	33,9	--
mee- en tegenvallers	--	--	38,7	-8,8	--
subtotaal na evaluatie	1.165,53	1.244,31	1.241,28	1.281,57	3,2
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	1.165,53	1.244,31	1.241,28	1.281,57	3,2
financiering					
ZFW	767,57	809,92	871,98	899,95	5,4
particuliere verzekering	372,1	374,01	250,85	311,57	-5,7
eigen betaling particulier	47,56	47,15	47,6	48,06	0,3
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	1.187,23	1.231,08	1.170,43	1.259,58	2,0
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	-21,7	13,23	70,85	21,99	--
financieringsachterstand	39,48	52,71	123,56	145,56	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	1.165,53	1.244,31	1.241,28	1.281,57	3,2
opschoning	0	0	0	0	0,0
bruto BKZ-uitgaven	1.165,53	1.244,31	1.241,28	1.281,57	3,2
BKZ-ontvangsten	47,56	47,15	47,6	48,06	0,3
netto BKZ-uitgaven	1.117,97	1.197,16	1.193,68	1.233,51	3,3

Bron: ministerie van VWS, Jaarbeeld Zorg 2001

wetenschappelijke verenigingen zijn het organiseren en accrediteren van na- en bijscholingsprogramma's, het opzetten van lokale en landelijke registraties en/of landelijke databases (zoals de complicatieregistratie), het opstellen van een beroepsprofiel en gedragsregels, ontwikkelen van richtlijnen en protocollen, de vorming van intercollegiale toetsingsgroepen binnen het verband van de medische staf van een ziekenhuis en visitaties van medisch-specialistische afdelingen/maatschappen. De mate waarin deze activiteiten zijn ontwikkeld verschilt per specialisme. Dit hangt onder meer samen met de grootte van de wetenschappelijke vereniging: de grotere hebben vaak meer mogelijkheden dan de kleinere.

De Orde stimuleert en ondersteunt de kwaliteitsactiviteiten van de wetenschappelijke verenigingen. Daarbij wordt de nadruk, in de nabije toekomst, onder meer gelegd op de ontwikkeling van parameters aan de hand waarvan op eenvoudige maar duidelijke wijze de kwaliteit kan worden bepaald (indicatorontwikkeling). Dit gebeurt binnen de kaders van een project dat samen met de VAZ en NVZ is ontwikkeld. Voor de korte termijn wordt voorzien in een opzet, waarbij eind 2003 een eerste inzicht wordt verkregen in kwaliteit van zorg, zoals deze binnen de ziekenhuizen wordt gegeven. Hiervoor worden de stakeholders in zorg benaderd, teneinde te weten waarover men informatie wil hebben. Het doel van het project als geheel is om in 2006 te komen tot een systeem van indicatoren dat inzicht geeft in de kernprocessen van de medisch-specialistische zorg. Daarvoor moeten voor de langere termijn onder andere de indicatoren worden gedefinieerd en een ICT infrastructuur worden opgezet.

De Consumentenbond en het NIVEL peilen jaarlijks het vertrouwen van consumenten in diverse zorgvoorzieningen met behulp van het consumentenpanel gezondheidszorg. Daarin wordt ook naar het vertrouwen in medisch specialisten gevraagd (zie tabel 125).

3.10 ZIEKENHUISZORG: ALGEMEEN, ACADEMISCH, CATEGORAAL

3.10.1 VRAAG

Wat betreft de vraag naar ziekenhuiszorg wordt gerefereerd aan de algemene bevolkingsgegevens en epidemiologische informatie die eerder zijn gepresenteerd (paragraaf 3.2), de verwijscijfers van huisartsen (paragraaf 3.3) en de gegevens die over medisch-specialistische zorg zijn gepresenteerd (paragraaf 3.9).

3.10.2 AANBOD EN CAPACITEIT

De tabellen 126 tot en met 128 geven kengetallen over het aantal ziekenhuisorganisaties en de beschikbare voorzieningen in algemene, academische en categorale ziekenhuizen. In tabel 126 staan gegevens over het aantal ziekenhuizen in Nederland (peildatum 1 januari). Het aantal locaties en buitenpoli's is niet bekend.

Figuur 10 geeft inzicht in de regionale spreiding van algemene en academische ziekenhuizen in Nederland. Verder geeft deze figuur ook het aantal beschikbare bedden in algemene en academische ziekenhuizen weer.

TABEL 125

Vertrouwen van consumenten in medisch specialisten

in %	1998	1999	2000	2001	GJG
heel veel vertrouwen	11,0	5,4	8,4	10,6	-1,2
veel vertrouwen	78,8	80,2	80,8	81,4	1,1
weinig vertrouwen	9,9	13,5	10,6	7,4	-9,2
heel weinig vertrouwen	0,3	1,0	0,2	0,6	26,0
geen mening (in absolute aantallen)	464	458	80	502	
N	1.492	1.607	1.080	1.359	

bron: NIVEL, Consumentenbond

TABEL 126

Aantal ziekenhuizen in Nederland

<i>organisaties</i>	1998	1999	2000	2001	<i>GJG (in %)</i>
algemeen	104	101	96	94	-3,3
academisch	8	8	8	8	0,0
categoraal	12	11	11	10	-5,9
totaal	124	120	115	112	-3,3

bron: Prismant/Erkenningsbeschikkingen, conform art. 22 WZV

TABEL 127

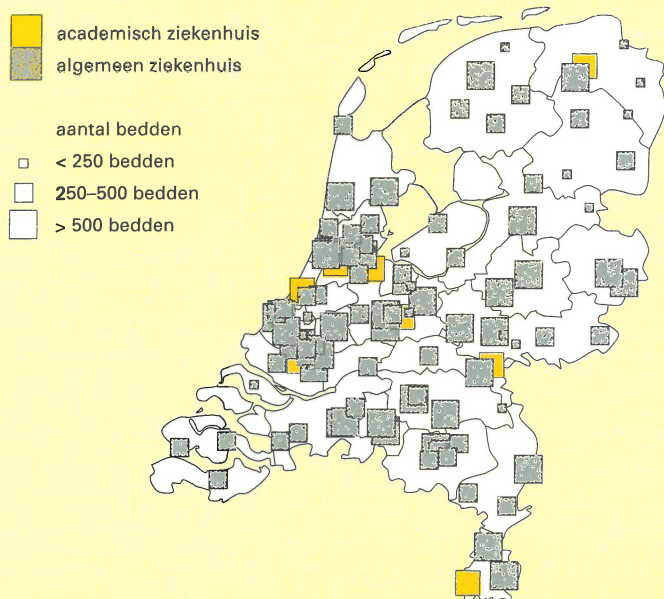
Aantal bedden, bedden voor dagverpleging, operatiekamers (kliniek en polikliniek), röntgenkamers, CT-scanners en MRI-scanners

	1998	1999	2000	2001	<i>GJG (in %)</i>
algemene ziekenhuizen					
gemiddeld aantal toegelaten bedden	47.578	47.504	47.498	47.494	-0,1
gemiddeld aantal aanwezige bedden	46.548	45.997	42.867	41.591	-3,7
aanwezige bedden voor dagverpleging	2.007	2.065	2.261	2.207	3,2
operatiekamers kliniek	763	758	758	759	-0,2
operatiekamers polikliniek	355	342	334	323	-3,1
totaal operatiekamers	1.118	1.100	1.092	1.082	-1,1
röntgenkamers	1.309	1.337	1.360	1.379	1,8
CT-scanners	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
MRI-scanners	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
lineaire versnellers	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
academische ziekenhuizen					
gemiddeld aantal toegelaten bedden	7.605	7.725	7.725	7.965	1,6
gemiddeld aantal aanwezige bedden	7.571	7.691	7.704	7.933	1,6
gemiddeld aantal bedden dagverpleging CTG-staat	227	216	216	187	-6,3
operatiekamers kliniek	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
operatiekamers polikliniek	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
totaal operatiekamers	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
röntgenkamers	212	237	260	261	7,2
CT-scanners	20	21	23	24	6,3
MRI-scanners	17	19	22	23	10,6
lineaire versnellers	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
categorale ziekenhuizen					
gemiddeld aantal toegelaten bedden	2.346	2.132	2.132	1.806	-8,4
gemiddeld aantal aanwezige bedden	2.265	2.068	2.068	1.716	-8,8
aanwezige bedden voor dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	48 ¹	n.b.
operatiekamers kliniek	22	16	16	17	-8,2
operatiekamers polikliniek	4	4	4	4	0,0
totaal operatiekamers	26	20	20	21	-6,9
röntgenkamers	36	18	18	19	-19,2
CT-scanners	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
MRI-scanners	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
lineaire versnellers	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.

¹ Schatting door Prismant op basis van ongeveer 50% van de gegevens.

FIGUUR 10

Aantal bedden in algemene en academische ziekenhuizen (2000)



bron: Prismant

cartografie: RIVM

TABEL 128

Aantal IC-bedden, CCU, neonaat, kinderen en totaal

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
algemeen					
IC-bedden	864	859	850	848	-0,6
CCU	734	740	690	669	-3,0
neonaat	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
kinderen	2.575	2.340	2.268	2.294	-3,8
totaal	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
academisch					
IC-bedden	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
CCU	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
neonaat	135	142	142	137	0,5
kinderen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
totaal	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
categoraal					
IC-bedden	37	15	12	13	-29,4
CCU	4	0	0	0	n.b.
neonaat	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
kinderen	176 ¹	201 ¹	284	180	n.b.
totaal	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.

¹ Schattingen door Prismant op basis van ongeveer 50% van de gegevens.

De tabellen 129 tot en met 136 geven informatie over de personele capaciteit in algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Er zijn gegevens beschikbaar over werkzame personen, aantal fte's, ziekteverzuim en uitstroom uit de ziekenhuiszorg. Daarbij gaat het zowel om medisch specialisten, verplegend en verzorgend personeel en overige personeelsleden. Het aantal werkzame personen en arbeidsplaatsen in tabel 130 en 131 is gebaseerd op de gemiddelde jaarbezetting. Het primaire personeel is uitgesplitst naar functie. De totaalstelling komt als gevolg van het onvolledig invullen van de enquête niet altijd overeen met de uitsplitsing.

Tabel 134 geeft het aandeel parttimers in de ziekenhuissector, exclusief poliklinische revalidatiecentra (cijfers zijn jaargemiddelden). Ook hier komt de totaalstelling van het primaire personeel als gevolg van het onvolledig invullen van de enquête niet altijd overeen met de uitsplitsing. Het ziekteverzuim in tabel 135 betreft het gewogen gemiddelde verzuimpercentage op basis van kalenderdagen. De ziekenhuissector is ook hier exclusief de poliklinische revalidatiecentra. Tabel 136 presenteert de uitstroom in de ziekenhuissector (inclusief poliklinische revalidatiecentra, exclusief de revalidatiecentra) van personeel in loondienst. Onder uitstroom wordt verstaan: het aantal vertrokken personeelsleden per functiegroep gedeeld door de gemiddelde personeelsbezetting in die functiegroep per jaar x 100%.

TABEL 129

Aantal specialisten (uitgesplitst naar poort- en niet-poort-specialismen), AGNIO's, AGIO's en overige academici

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
algemeen					
poort-specialist	4.956	5.024	5.156	5.367	2,7
niet-poort-specialist	1.797	1.789	1.826	1.845	0,9
AGIO's	1.171	1.235	1.354	1.544	9,7
AGNIO's	1.070	1.210	1.257	1.302	6,8
overige academici	707	690	649	417	-16,1
totaal	9.701	9.948	10.242	10.475	2,6
academisch					
poort-specialist	1.896	2.030	1.996	2.159	4,4
niet-poort-specialist	693	672	710	770	3,6
AGIO's	1.828	1.914	2.053	2.054	4,0
AGNIO's	587	648	857	892	15
overige academici	766	656	765	1.028	10,3
totaal	5.770	5.920	6.381	6.903	6,2
categoriaal					
poort-specialist	230	171	175	160	-11,4
niet-poort-specialist	100	68	70	62	-14,7
AGIO's	46	49	55	48	1,4
AGNIO's	51	23	15	20	-26,8
overige academici	87	34	32	44	-20,3
totaal	514	345	347	334	-13,4

TABEL 130

Werkzame personen in ziekenhuizen uitgesplitst naar ziekenhuizen

	1998	1999	2000	GJG (in %)
algemene ziekenhuizen				
vast personeel				
waarvan: - totaal primair:	97.839	98.529	98.661	0,4
- verpleging en verzorging	57.680	57.799	57.222	-0,4
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	4.972	5.325	5.440	4,6
- overig personeel	29.950	30.185	30.673	1,2
- verplegend en verzorgend personeel in opleiding	5.237	5.220	5.326	0,8
- ondersteunend	51.124	51.001	51.649	0,5
flexibel personeel				
waarvan: - stagiaires	589	476	729	11,3
- niet in loondienst	2.600	2.515	3.026	7,9
totaal personeel	152.152	152.521	154.065	0,6
academische ziekenhuizen				
vast personeel				
waarvan: - totaal primair:	29.083	31.494	33.473	7,3
- verpleging en verzorging	13.719	14.000	14.108	1,4
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	6.130	6.740	7.630	11,6
- overig personeel	8.366	9.698	10.675	13,0
- verplegend en verzorgend personeel in opleiding	868	1.056	1.060	10,5
- ondersteunend	14.698	15.195	16.508	6,0
flexibel personeel				
waarvan: - stagiaires	61	135	70	7,1
- niet in loondienst	1.037	1.426	1.614	24,8
totaal personeel	44.879	48.250	51.665	7,3
categorale ziekenhuizen				
vast personeel				
waarvan: - totaal primair:	4.292	3.500	3.847	-5,3
- verpleging en verzorging	2.217	1.816	2.091	-2,9
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	455	374	377	-9,0
- overig personeel	1.587	1.268	1.337	-8,2
- verplegend en verzorgend personeel in opleiding	33	42	42	12,8
- ondersteunend	2.543	1.761	1.820	-15,4
flexibel personeel				
waarvan: - stagiaires	16	22	10	-20,9
- niet in loondienst	143	198	43	-45,2
totaal personeel	6.994	5.481	5.720	-9,6

TABEL 131

Totaal aantal werkzame personen (fulltime en parttime) in ziekenhuissector

	1998	1999	2000	GJG (in %)
vast personeel				
totaal primair	131.214	133.523	135.981	1,8
waarvan: - verpleging en verzorging	73.616	73.615	73.421	-0,1
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	11.557	12.439	13.447	7,9
- overig personeel	39.903	41.151	42.685	3,4
- verplegend en verzorgend personeel in opleiding	6.138	6.318	6.428	2,3
ondersteunend	68.365	67.957	69.977	1,2
flexibel personeel				
waarvan: - stagiaires	666	633	809	10,2
- niet in loondienst	3.780	4.139	4.683	11,3
totaal personeel	204.025	206.252	211.450	1,8

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 132

Aantal arbeidsplaatsen (in fte's) in algemene, academische en categorale ziekenhuizen

	1998	1999	2000	GJG (in %)
algemene ziekenhuizen				
vast personeel				
waarvan: - totaal primair	71.938	72.523	72.333	0,3
- verpleging en verzorging	40.530	40.667	40.392	-0,2
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	4.314	4.769	4.744	4,9
- overig personeel	21.857	22.202	22.337	1,1
- verplegend en verzorgend personeel in opleiding	5.237	4.885	4.860	-3,7
- ondersteunend	32.941	33.411	33.890	1,4
flexibel personeel				
waarvan: - stagiaires	398	355	594	22,2
- niet in loondienst	1.822	1.759	2.201	9,9
totaal personeel	107.099	108.048	109.018	0,9
academische ziekenhuizen				
vast personeel				
waarvan: - totaal primair	22.103	23.861	25.614	7,6
- verpleging en verzorging	9.861	10.529	10.785	4,6
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	5.182	5.604	6.257	9,9
- overig personeel	6.389	6.987	7.819	10,6
- verplegend en verzorgend personeel in opleiding	671	741	753	5,9
- ondersteunend	10.541	11.168	11.674	5,2
flexibel personeel				
waarvan: - stagiaires	19	51	58	74,7
- niet in loondienst	732	909	1.008	17,3
totaal personeel	33.395	35.989	38.354	7,2

TABEL 132 (vervolg)

Aantal arbeidsplaatsen (in fte's) in algemene, academische en categorale ziekenhuizen

	1998	1999	2000	GJG (in %)
categorale ziekenhuizen				
vast personeel				
<i>waarvan:</i> - totaal primair	2.968	2.508	2.617	-6,1
- verpleging en verzorging	1.541	1.312	1.474	-2,2
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	359	309	290	-10,1
- overig personeel	1.035	853	825	-10,7
- verplegend en verzorgend personeel in opleiding	33	34	28	-7,9
- ondersteunend	1.639	1.233	1.222	-13,7
flexibel personeel				
<i>waarvan:</i> - stagiaires	9	21	10	5,4
- niet in loondienst	35	111	29	-9,0
totaal personeel	4.651	3.873	3.878	-8,7

bron : NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 133

Totaal aantal arbeidsplaatsen (in fte's) in ziekenhuissector

	1998	1999	2000	GJG (in %)
vast personeel				
<i>waarvan:</i> - totaal primair	97.009	98.892	100.564	1,8
- verpleging en verzorging	51.932	52.508	52.651	0,7
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	9.855	10.682	11.291	7,0
- overig personeel	29.281	30.042	30.981	2,9
- verplegend en verzorgend personeel in opleiding	5.941	5.660	5.641	-2,6
- ondersteunend	45.121	45.812	46.786	1,8
flexibel personeel				
<i>waarvan:</i> - stagiaires	426	427	662	24,7
- niet in loondienst	2.589	2.779	3.238	11,8
totaal ziekenhuissector	145.145	147.910	151.250	2,1

bron : NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 134

Aandeel parttimers in de ziekenhuissector

<i>in %</i>	1998	1999	2000	GJC
algemene ziekenhuizen				
vast personeel				
waarvan: - totaal primair	63	65	67	3,0
- verpleging en verzorging	72	72	73	0,0
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	31	29	32	1,0
- overig personeel	62	62	64	1,3
- ondersteunend	69	69	70	0,0
flexibel personeel				
waarvan: - niet in loondienst	86	84	71	-9,0
totaal personeel	65	67	68	2,2
academische ziekenhuizen				
vast personeel				
waarvan: - totaal primair	59	58	57	-1,0
- verpleging en verzorging	76	71	69	-4,0
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	30	36	36	9,0
- overig personeel	55	57	57	1,0
- ondersteunend	57	57	59	1,0
flexibel personeel				
waarvan: - niet in loondienst	97	99	99	1,0
totaal personeel	60	59	59	-1,0
totaal ziekenhuissector				
vast personeel				
waarvan: - totaal primair	62	64	65	2,2
- verpleging en verzorging	72	72	72	0,0
- medisch/sociaal-wetenschappelijk personeel	31	33	35	5,0
- overig personeel	60	61	62	2,0
- ondersteunend	67	66	67	0,0
flexibel personeel				
waarvan: - niet in loondienst	89	88	81	-4,0
totaal personeel	64	65	66	1,4

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 135

Ziekteverzuim in ziekenhuissector

<i>in %</i>	1998	1999	2000	GJG
algemene ziekenhuizen				
primair	7,5	7,8	8,0	3,3
in opleiding	5,2	6,0	4,7	-4,9
ondersteunend (algemeen/administratief)	6,9	7,4	7,3	2,9
ondersteunend (hotelfuncties)	8,5	9,5	9,4	5,2
ondersteunend (terrein/gebouwen)	5,7	5,3	6,2	4,3
totaal (inclusief bevallingsverlof)	7,5	7,9	7,9	2,6
totaal (exclusief bevallingsverlof)	5,9	6,4	6,4	4,2
academische ziekenhuizen				
primair	6,0	6,1	7,1	8,8
in opleiding	4,0	2,8	4,0	0,0
ondersteunend (algemeen/administratief)	5,6	6,0	7,4	15
ondersteunend (hotelfuncties)	8,8	8,8	10,2	7,7
ondersteunend (terrein/gebouwen)	5,5	5,8	6,6	9,5
totaal (inclusief bevallingsverlof)	6,1	6,3	7,4	10,1
totaal (exclusief bevallingsverlof)	5,2	5,4	6,5	11,8
categorale ziekenhuizen				
primair	7,6	8,4	8,9	8,2
in opleiding	3,9	3,2	5,6	19,8
ondersteunend (algemeen/administratief)	5,1	7,3	6,9	16,3
ondersteunend (hotelfuncties)	7,9	10,6	9,4	9,1
ondersteunend (terrein/gebouwen)	5,7	7,0	8,6	22,8
totaal (inclusief bevallingsverlof)	7,5	8,4	8,6	7,1
totaal (exclusief bevallingsverlof)	5,6	7,0	7,1	12,6

3.10.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

Gebruik wordt gedefinieerd in termen van aantal gebruikers en aantal verrichtingen. Met betrekking tot de patiënten geven de tabellen 137 en 138 cijfers over het aantal opgenomen patiënten, het aantal ontslagen en overleden patiënten. Zorggebruik wordt ook gedefinieerd in termen van verpleegdagen en polikliniekbezoeken (tabel 139). De gegevens uit tabel 139 zijn het meest recent. Deze kunnen afwijken van de cijfers uit Jaarbeeld Zorg 2001. Opgemerkt wordt dat in 1999 een definitiewijziging heeft plaatsgevonden voor eerste polikliniekbezoeken.

In de tabellen 140 tot en met 143 worden enkele van de belangrijkste typen onderzoeken en behandelingen in ziekenhuizen gepresenteerd. Revalidatie is een afzonderlijk onderdeel van de zorgproductie. Tabel 144 geeft informatie over ziekenhuizen met een revalidatieafdeling. Cijfers over het aantal beschikbare plaatsen zijn schattingen door Prismant op basis van 50% van de gegevens. RBU staat voor revalidatiebehandeluren, RB voor revalidatiebehandelingen.

TABEL 136

Uitstroom in ziekenhuissector van personeel in loondienst

<i>in %</i>	1998	1999	2000	GJG
algemene ziekenhuizen				
primair	12,7	13,7	13,3	2,3
in opleiding	25,4	27,0	27,4	3,9
ondersteunend (algemeen/administratief)	13,2	13,1	13,8	2,2
ondersteunend (hotelfuncties)	16,0	18,3	18,3	6,9
ondersteunend (terrein/gebouwen)	11,8	10,1	9,4	-10,7
totaal	13,9	14,8	15	3,9
academische ziekenhuizen				
primair	11,2	13,0	13,5	9,8
in opleiding	15,2	12,0	13,8	-4,7
ondersteunend (algemeen/administratief)	10,1	12,2	14,6	20,2
ondersteunend (hotelfuncties)	9,0	11,2	9,8	4,3
ondersteunend (terrein/gebouwen)	3,0	5,6	7,3	56,0
totaal	10,7	12,5	13,4	11,9
categorale ziekenhuizen				
primair	15,3	20,4	19,8	13,8
in opleiding	34,7	19,0	4,6	-63,6
ondersteunend (algemeen/administratief)	15,6	17,9	18,6	9,2
ondersteunend (hotelfuncties)	20,3	25,3	17,4	-7,4
ondersteunend (terrein/gebouwen)	5,1	6,9	21,5	105,3
totaal	18,4	20,3	19,2	2,2

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

TABEL 137

Opgenomen patiënten

<i>in %</i>	1998	1999	2000	GJG
mannen	5,1	5,5	5,0	-1,0
vrouwen	6,7	6,4	6,3	-3,0
leeftijd				
0-19 jaar	4,0	3,0	3,4	-7,8
20-44 jaar	4,9	4,5	4,4	-5,2
45-64 jaar	6,3	7,4	6,3	0,0
65+	11,7	13,1	12,1	1,7
verzekeringsvorm				
ziekenfonds	6,5	6,7	6,3	-1,6
particulier	5,0	4,7	4,5	-5,1
totaal	5,9	5,9	5,6	-2,6

bron: CBS/Statline

TABEL 138

Aantal ontslagen patiënten (van wie overleden)

<i>patiënten</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
algemeen					
ontslagen	1.330.178	1.300.952	1.268.583	1.264.135	-1,7
waarvan: - overleden	42.874	41.864	41.955	40.566	-1,8
- overleden (in %)	3,22	3,22	3,31	3,21	-0,1
academisch					
ontslagen	203.106	202.911	196.199	192.523	-1,8
waarvan: - overleden	5.259	5.623	5.882	5.901	3,9
- overleden (in %)	2,59	2,77	3,0	3,07	5,8
categoraal					
ontslagen	27.919	19.090	18.656	17.052	-15,2
waarvan: - overleden	449	275	235	212	-22,1
- overleden (in %)	1,61	1,44	1,26	1,24	-8,2
totaal					
ontslagen	1.561.203	1.522.953	1.483.438	1.473.710	-1,9
waarvan: - overleden	48.582	47.762	48.072	46.679	-1,3
- overleden (in %)	3,11	3,14	3,24	3,17	0,6

bron: Prismant/Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen en Jaarenquête Academische Ziekenhuizen

TABEL 139

Aantal verpleegdagen, 'verkeerde bed'-dagen, dagverplegingsdagen en polikliniekbezoeken

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
algemeen					
verpleegdagen	11.702.625	11.014.164	10.516.610	10.092.070	-4,8
verkeerde bed-dagen	412.648	408.921	440.155	467.054	4,2
dagverplegingsdagen	653.226	676.837	727.100	817.700	7,8
polikliniekbezoeken	19.533.126	19.728.565	19.752.931	19.810.814	--
academisch					
verpleegdagen	1.897.910	1.847.467	1.782.695	1.772.894	-2,2
verkeerde bed-dagen	n.b.	17.888	23.961	25.563	--
dagverplegingsdagen	69.649	73.207	75.585	93.540	10,3
polikliniekbezoeken	2.713.119	2.779.967	2.725.994	2.761.159	--
categoriaal					
verpleegdagen	559.096	498.689	491.737	400.883	-10,5
verkeerde bed-dagen	936	300	596	437	-22,4
dagverplegingsdagen	15.415	23.949	25.419	21.532	11,8
polikliniekbezoeken	397.085	339.287	318.685	310.880	-7,8
totaal					
verpleegdagen	14.159.631	13.360.320	12.791.042	12.265.847	-4,7
verkeerde bed-dagen	n.b.	427.109	464.712	493.054	--
dagverplegingsdagen	738.290	773.993	828.104	932.772	8,1
polikliniekbezoeken	22.643.330	22.847.819	22.797.610	22.882.853	--

TABEL 140

Aantal medisch-specialistische diagnostische functieonderzoeken

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
algemeen					
klinisch (inclusief dagverpleging)	1.416.764	1.349.574	1.325.654	1.396.751	-0,5
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	4.799.765	4.754.810	4.927.096	5.141.685	2,3
waarvan: - voor eigen	n.b.	4.550.209	4.679.027	4.886.979	--
- voor derden	n.b.	204.601	248.069	254.706	--
totaal	6.216.529	6.104.384	6.252.750	6.538.436	1,7
academisch					
klinisch (inclusief dagverpleging)	380.438	404.675	370.260	355.031	-2,3
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	742.383	797.844	794.675	823.899	3,5
waarvan: - voor eigen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
- voor derden	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
totaal	1.122.827	1.202.519	1.164.935	1.178.930	1,6
categoraal					
klinisch (inclusief dagverpleging)	54.890	30.290	33.387	19.736	-28,9
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	85.176	72.734	52.485	50.954	-15,7
waarvan: - voor eigen	n.b.	71.062	50.920	49.162	--
- voor derden	n.b.	1.672	1.565	1.792	--
totaal	140.066	103.024	85.872	70.690	-20,4
totaal					
klinisch (inclusief dagverpleging)	1.852.092	1.784.539	1.729.301	1.771.518	-1,5
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	5.627.330	5.625.388	5.774.256	6.016.538	2,3
waarvan: - voor eigen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
- voor derden	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
totaal	7.479.422	7.409.927	7.503.557	7.788.056	1,4

TABEL 141

Aantal laboratoriumonderzoeken

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
algemeen					
klinisch (inclusief dagverpleging)	41.599.680	38.418.068	37.444.216	36.363.000	-4,4
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	64.854.444	62.987.324	60.496.352	63.935.936	-0,5
waarvan: - voor eigen	43.625.056	44.953.432	42.919.576	43.501.512	-0,1
- voor derden	21.229.388	18.033.892	17.576.776	20.434.424	-1,3
totaal	106.454.124	101.405.392	97.940.568	100.298.936	-2,0
academisch					
klinisch (inclusief dagverpleging)	10.436.423	13.966.628	14.618.066	14.726.157	12,2
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	10.362.247	10.829.328	11.259.248	11.966.851	4,9
waarvan: - voor eigen	9.805.060	10.154.559	10.432.413	10.831.160	3,4
- voor derden	557.187	674.769	826.835	1.135.691	26,8
totaal	20.798.670	24.795.956	25.877.314	26.693.008	8,7
categoriaal					
klinisch (inclusief dagverpleging)	1.260.457	406.545	380.158	388.509	-32,5
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	1.224.445	624.513	665.344	550.380	-23,4
waarvan: - voor eigen	1.218.272	620.034	662.167	544.146	-23,6
- voor derden	6.173	4.479	3.177	6.234	0,3
totaal	2.484.902	1.031.058	1.045.502	938.889	-27,7
totaal					
klinisch (inclusief dagverpleging)	53.296.560	52.791.241	52.442.440	51.477.666	-1,2
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	76.441.136	74.441.165	72.420.944	76.453.167	0,0
waarvan: - voor eigen	54.648.388	55.728.025	54.014.156	54.876.818	0,1
- voor derden	21.792.748	18.713.140	18.406.788	21.576.349	-0,3
totaal	129.737.696	127.232.406	124.863.384	127.930.833	-0,5

TABEL 142

Aantal pathologische onderzoeken

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
algemeen					
klinisch (inclusief dagverpleging)	160.904	186.980	168.704	171.450	2,1
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	811.185	879.042	882.850	878.909	2,7
waarvan: - voor eigen	n.b.	430.959	449.548	414.005	--
- voor derden	n.b.	448.083	433.302	464.904	--
totaal	972.089	1.066.022	1.051.554	1.050.359	2,6
academisch					
klinisch (inclusief dagverpleging)	61.101	75.663	76.050	97.545	16,9
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	160.137	160.403	170.081	178.635	3,7
waarvan: - voor eigen	115.788	123.594	135.049	138.067	6,0
- voor derden	44.349	36.809	35.032	40.568	-2,9
totaal	221.238	236.066	246.131	276.180	7,7
categoriaal					
klinisch (inclusief dagverpleging)	7.689	3.021	2.966	2.554	-30,7
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	24.150	10.932	10.624	9.240	-27,4
waarvan: - voor eigen	n.b.	6.914	6.719	5.844	--
- voor derden	n.b.	4.018	3.905	3.396	--
totaal	31.839	13.953	13.590	11.794	-28,2
totaal					
klinisch (inclusief dagverpleging)	229.694	265.664	247.720	271.549	5,7
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	995.472	1.050.377	1.063.555	1.066.784	2,3
waarvan: - voor eigen	n.b.	561.467	591.316	557.916	--
- voor derden	n.b.	488.910	472.239	508.868	--
totaal	1.225.166	1.316.041	1.311.275	1.338.333	3,0

TABEL 143

Aantal paramedische behandelingen (klinisch inclusief dagverpleging en poliklinisch)

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
algemeen					
klinisch (inclusief dagverpleging)	3.076.944	2.855.424	2.507.231	2.439.950	-7,4
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	1.037.034	1.043.183	1.077.668	1.123.231	2,7
totaal	4.113.978	3.898.607	3.584.899	3.563.181	-4,7
academisch					
klinisch (inclusief dagverpleging)	333.422	375.804	311.594	299.896	-3,5
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	54.284	79.435	65.383	67.425	7,5
totaal	387.706	455.239	376.977	367.321	-1,8
categoriaal					
klinisch (inclusief dagverpleging)	186.906	127.429	114.096	113.852	-15,2
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	28.428	25.921	30.229	32.707	4,8
totaal	215.334	153.350	144.325	146.559	-12,0
totaal					
klinisch (inclusief dagverpleging)	3.597.272	3.358.657	2.932.921	2.853.698	-7,4
dagverpleging	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
poliklinisch	1.119.746	1.148.539	1.173.280	1.223.363	3,0
totaal	4.717.018	4.507.196	4.106.201	4.077.061	-4,7

bron: Prismant/Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen en Jaarenquête Academische Ziekenhuizen

TABEL 144

Kengetallen ziekenhuizen met revalidatieafdelingen

	1998	1999	2000	2001	G.JG (in %)
algemeen					
ziekenhuizen	30	32	29	29	-1,1
beschikbare plaatsen ¹	239	256	237	339	--
RBU'S	188.236	187.666	190.392	191.444	0,6
RB'S	n.b.	345.898	353.130	385.797	--
academisch					
ziekenhuizen	3	3	3	3	0,0
beschikbare plaatsen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
RBU'S	17.086	8.071	3.591	8.032	-22,2
RB'S	n.b.	45.203	34.115	43.008	--
categoraal					
ziekenhuizen	2	2	3	3	14,5
beschikbare plaatsen	n.b.	n.b.	6 ¹	6 ¹	--
RBU'S	144.772	87.272 ¹	88.142 ¹	n.b.	--
RB'S	n.b.	92.013 ¹	99.611 ¹	99.931 ¹	--
totaal					
ziekenhuizen	35	37	35	35	0,0
beschikbare plaatsen	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	--
RBU'S	350.094	283.009	282.125	n.b.	--
RB'S	n.b.	483.114	486.856	528.736	--

¹ Cijfers zijn schattingen gemaakt door Primant op basis van 50% van de gegevens.

3.10.4 FINANCIERING

De financiële gegevens over de ziekenhuizen zijn afkomstig uit het Jaarbeeld Zorg van het ministerie van VWS. Er is onderscheid gemaakt in algemene en categorale ziekenhuizen in tabel 145 en de academische ziekenhuizen in tabel 146.

TABEL 145

Financiering algemene en categorale ziekenhuizen

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	6.346,39	6.440,05	6.748,17	7.291,39	4,7
evaluatie 1998-2001					
<i>loon- en prijsbeleid</i>					
loon- en prijsbijstelling	--	--	--	-7,2	--
privatisering gemeentelijke ziekenhuizen	--	--	--	3,7	--
<i>mee- en tegenvallers</i>					
agio's/medisch specialisten	--	--	--	0,3	--
commissie-Van Rijn	--	--	--	1,3	--
inkoopbeleid	--	--	--	-1,6	--
volume-mutatie	--	--	-8,8	83,8	--
wachtlijsten	--	--	--	-3,5	--
werkdrukmiddelen	--	--	--	-0,9	--
<i>herschikkingen</i>					
structurele aanpak wachtlijsten	--	--	--	-18,2	--
subtotaal na evaluatie	6.346,39	6.440,05	6.739,37	7.349,09	5,0
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	6.346,39	6.440,05	6.739,37	7.349,09	5,0
financiering					
AWBZ	169,15	59,4	72,35	106	-14,4
ZFW	4.425,82	4.467,93	4.845,31	5.373,02	6,7
particuliere verzekering	1.530,78	1.543,71	1.628,73	1.779,21	5,1
eigen betaling AWBZ	3,27	0,0	0,0	0,0	0,0
eigen betaling particulier	88,17	247,95	189,23	191,04	29,4
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	6.217,19	6.318,99	6.735,62	7.449,27	6,2
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	129,2	121,06	3,75	-100,18	--
financieringsachterstand	143,23	264,28	268,04	167,86	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	6.346,39	6.440,05	6.739,37	7.349,09	5,0
opschoning	-22,69	-22,69	-22,69	-22,69	--
bruto BKZ-uitgaven	6.323,7	6.417,36	6.716,68	7.326,4	5,0
BKZ-ortvangsten	91,44	247,95	189,23	191,04	27,8
netto BKZ-uitgaven	6.232,26	6.169,41	6.527,45	7.135,36	4,6

TABEL 146

Financiering academische ziekenhuizen

<i>in € mln</i>	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
uitgavenniveau Zorgnota 2002	1.996,36	2.208,46	2.458,26	2.628,61	9,6
evaluatie 1998-2001					
<i>loon- en prijsbeleid</i>					
loon- en prijsbijstelling	--	--	--	-5,6	--
<i>mee- en tegenvallers</i>					
ABP-complex	--	--	--	3,2	--
bloed	--	--	--	12,7	--
commissie-Van Rijn	--	--	--	4,5	--
inkoopbeleid	--	--	--	-0,4	--
volume-mutatie	--	--	-4	23,3	--
wachlijsten	--	--	--	2,0	--
werkdrukmiddelen	--	--	--	0,1	--
<i>herschikkingen</i>					
structurele aanpak wachlijsten	--	--	--	18,2	--
subtotaal na evaluatie	1.996,36	2.208,46	2.454,26	2.686,61	10,4
uitgaven Jaarbeeld Zorg 2001	1.996,36	2.208,46	2.454,26	2.686,61	10,4
financiering					
AWBZ	79,87	66,77	72,7	70,88	-3,9
ZFW	1.046,47	1.126,6	1.274,72	1.331,09	8,3
particuliere verzekering	381,72	454,37	581,68	625,77	17,9
overheid	386,8	423,74	441,21	440,08	4,4
eigen betaling particulier	25,23	126,01	30,04	30,04	6,0
totaal Jaarbeeld Zorg 2001	1.920,09	2.197,49	2.400,35	2.497,86	9,2
aansluiting budgetten en financiering					
mutatie financieringsachterstand	76,27	10,97	53,91	188,75	--
financieringsachterstand	101,23	112,19	166,11	354,86	--
aansluiting op Budgettair kader zorg					
uitgavenniveau	1.996,36	2.208,46	2.454,26	2.686,61	10,4
opschoning	-386,8	-423,74	-441,21	-440,08	--
bruto BKZ-uitgaven	1.609,56	1.784,72	2.013,05	2.246,53	11,8
BKZ-ontvangsten	25,23	126,01	30,04	30,04	6,0
netto BKZ-uitgaven	1.584,33	1.658,71	1.983,01	2.216,49	11,8

3.10.5 KWALITEIT

Behalve de kwaliteitsactiviteiten van de wetenschappelijke verenigingen van de erkende medische specialismen die in paragraaf 3.9.5 zijn besproken, zijn er binnen de ziekenhuisorganisatie instrumenten en initiatieven voor kwaliteitsborging en verbetering van de zorg. Het gaat bijvoorbeeld om activiteiten van het instellingsmanagement, de medische staven, verschillende kwaliteitsbevorderende commissies (zoals FONA/MIP-, geneesmiddelen-, infectiecommissies, medisch ethische (toetsings)commissies en intercollegiale toetsingscommissies) en inspraakorganen (bijvoorbeeld cliëntenraden en Verpleegkundige en verzorgende adviesraden (VAR's)). Het ziekenhuis is een complexe organisatie waarbinnen kwaliteitsinstrumenten op verschillende niveaus worden ontwikkeld en toegepast. De meeste ziekenhuizen hebben één of meerdere kwaliteitsfunctionarissen in dienst om het centrale kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en initiatieven op dit gebied te coördineren. Ook zijn er diverse protocollen (of werkinstructies) ontwikkeld voor de werkprocessen in de complexe organisatie. Ziekenhuisprotocollen zijn ontwikkeld voor de directe patiëntenzorg, bijvoorbeeld voor het invullen van patiëntenstatus/dossiers, pre-operatieve screening, medicatiebeleid, het aanvragen van bloed(producten) en bloedtransfusies. Ook preventieve protocollen kunnen in dit verband worden genoemd: infectie-preventie, preventie van decubitus, vermijden van valincidenten, voorkomen van medicatie(toedienings)fouten en adviezen op basis van MIP-meldingen. Verder zijn er regels met betrekking tot de opvang, bemiddeling en behandeling van klachten. De toepassing van de genoemde protocollen kan periodiek worden onderzocht, bijvoorbeeld via interne audits. De opzet en uitvoering van tevredenheidsonderzoek bij patiënten is bij veel ziekenhuizen in ontwikkeling. Dit gebeurt voor een deel intern. Een veertigtal ziekenhuizen heeft meegewerkt aan het Ziekenhuisvergelijkingssysteem van Consumentenbond en NIVEL waarin ze onderling op aspecten van patiëntvriendelijkheid zijn vergeleken. Overigens verschilt de mate waarin hierboven

genoemde activiteiten worden toegepast tussen ziekenhuizen, maar ook tussen afdelingen binnen ziekenhuizen. Externe beoordelingsinstrumenten dienen dit inzichtelijk te maken. Daarvoor wordt gebruikgemaakt van verschillende accreditatie- en certificeringssystemen zoals NIAZ, CCKL, INK, HACCP en HKZ.

In januari 1999 is het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) opgericht om kwaliteitsverbetering en -borging binnen ziekenhuizen te stimuleren. Ziekenhuizen kunnen zich laten toetsen door collega's uit andere ziekenhuizen ('peers') volgens een landelijk uniforme systematiek. Daarbij gaat het nog voornamelijk, maar niet meer alleen om de organisatorische aspecten van de zorg. Er zijn drie vormen van accreditatie: ziekenhuisbrede accreditatie betreft het ziekenhuis als geheel, initiële accreditatie betreft een door het NIAZ gemaakte vaste selectie van afdelingen met de hoogste veiligheidsrisico's (zoals spoedeisende hulp, operatiekamers en intensive care units) en deelaccreditatie betreft een of meerdere door het ziekenhuis geselecteerde organisatie eenheden. In 2002 hadden 10 instellingen één van de drie accreditaties.

In het kader van het Instituut Nederlandse Kwaliteit hebben inmiddels twee ziekenhuizen en enkele ziekenhuisafdelingen de INK Kwaliteitsonderscheiding ontvangen. Deze onderscheiding wordt verleend als een organisatie(onderdeel) aantoonbaar voldoet aan de kwaliteitseisen behorend bij een systeemgerichte organisatie. Op weg naar de excellente onderneming is dit een mijlpaal waaraan slechts enkele organisaties in Nederland toekomen. Laboratoria worden vooral vanuit de CCKL beoordeeld en geaccrediteerd. De meerderheid van de Nederlandse ziekenhuislaboratoria is bij deze organisatie aangesloten.

Omdat de meeste ziekenhuizen een voedselbereidings- en verstrekkingwijze kennen die industrieel te noemen is, moeten zij alle voldoen aan de HACCP-normen. Kwaliteitsbevorderende activiteiten voor verpleegkundigen en verzorgenden vinden voor een groot deel binnen de ziekenhuisorganisatie plaats. Voorbeelden

TABEL 147

Vertrouwen van consumenten in ziekenhuiszorg

in %	1998	1999	2000	2001	G.J.G
heel veel vertrouwen	6,3	2,5	4,5	4,8	-8,7
veel vertrouwen	70,8	70,3	67,6	70,4	-0,2
weinig vertrouwen	21,2	24,3	25,2	22,2	1,5
heel weinig vertrouwen	1,7	2,9	2,7	2,7	16,7
geen mening (in absolute aantallen)	495	505	149	539	
N	1.492	1.607	1.080	1.359	

bron: NIVEL, Consumentenbond/Consumentenpanel Gezondheidszorg

zijn het volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing, multidisciplinaire patiëntbesprekingen, intercollegiale toetsing/toetsingsstudies, visitaties door de beroepsverenigingen, participatie in verbeteredteams/projecten en ontwikkeling van verpleegkundige richtlijnen, standaarden of protocollen voor technische handelingen en coördinatie van zorg (zorgplannen, overleg en afstemming van overdracht). Bij deze activiteiten spelen landelijke organisaties, zoals de AVVV, een stimulerende, coördinerende en ondersteunende rol. De Consumentenbond en het NIVEL peilen jaarlijks het vertrouwen van consumenten in diverse zorgvoorzieningen met behulp van het Consumentenpaneel Gezondheidszorg. Daarin wordt ook naar het vertrouwen in de ziekenhuiszorg gevraagd.

3.11 REVALIDATIE-INSTELLINGEN

De revalidatie-instellingen, verenigd in de Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland (VRIN), beschikken over een eigen gegevensverzameling. De meest van de tabellen in deze paragraaf zijn ontleend aan de gegevens uit de databank revalidatiezorg die bewerkt zijn door het NIVEL. De databank is nog in

ontwikkeling en er worden nog verbeteringen aangebracht. Bij de interpretatie van de gegevens moet er rekening mee worden gehouden dat het aantal deelnemende instellingen per jaar kan wisselen. Behalve revalidatie-instellingen bestaan er ook revalidatieafdelingen in algemene en categorale ziekenhuizen. De gegevens betreffen uitsluitend de revalidatie-instellingen.

3.11.1 VRAAG

Hierbij wordt uitgegaan van de algemene bevolkingsgegevens en epidemiologische informatie uit tabel 1 tot en met tabel 7.

3.11.2 AANBOD EN CAPACITEIT

In tabel 148 is te zien hoeveel revalidatie-instellingen er in Nederland zijn en hoeveel bedden. Tabel 149 geeft een overzicht van het aantal personeelsleden dat in revalidatiecentra werkzaam is, verdeeld naar hun functies. In tabel 150 is de ontwikkeling in het aantal opleidingsplaatsen voor revalidatieartsen in de centra weergegeven.

TABEL 148

Aantal revalidatie-instellingen en aantal bedden

	1998	1999	2000	GJG (in %)
revalidatiecentra	22	22	20	-4,7
aantal bedden	1.744	1.568	1.662	-2,4

bron: VRIN/databank revalidatiezorg

TABEL 149

Personeel in revalidatiecentra (fte's in %)

personeel	1998	1999	2000	GJG
algemene/administratieve functies	15,0	16,3	16,4	4,5
hotel	11,1	11,4	11,0	-0,4
management zorg	3,5	3,3	3,1	-5,8
revalidatietechniek	0,5	0,5	0,5	1,8
onderzoeksfuncties	0,7	0,8	0,7	0,0
behandelondersteunend	25,3	25,5	25,4	0,2
psychosociaal	6,1	6,3	6,5	3,8
verpleging en verzorging	28,2	26,2	26,5	-3,0
medisch en sociaal-wetenschappelijk	7,5	7,8	7,9	2,4
terreinen en gebouwen	2,1	2,1	1,9	-3,7
totaal	100	100	100	
totaal (absolute aantallen)	4.457	4.572	4.858	4,4

bron: NIVEL, Prismant en OSA/RAZW

3.11.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

Een eerste aspect van de productie van de revalidatiecentra, oftewel het gebruik vanuit het perspectief van de patiënt, is het aantal gestarte behandelingen (tabel 151). Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen kinderen en volwassenen. De gegevens uit 2000 waren niet beschikbaar. Er is dan ook geen groeipercentage berekend. In de revalidatiezorg wordt als productieparameter onder meer gebruikt het 'revalidatiebehandeluur (RBU)'. Dit is de directe tijd die behandelaars besteden aan patiënten (zie tabel 152).

Met betrekking tot keteninformatie worden in de tabellen 153 en 154 kerngegevens gepresenteerd over herkomst van patiënten en naar welke zorg- of verblijfssituatie zij na behandeling worden verwezen. Onder overige herkomst wordt in tabel 153 verstaan: bejaardenhuis, psychiatrisch instelling, overig intramuraal en onbekend. Onder overige herkomst wordt in tabel 154 verstaan: psychiatrisch ziekenhuis, overleden in instelling, overig intramuraal en onbekend. De gegevens uit 2000 waren niet beschikbaar. Er is dan ook geen groeipercentage berekend.

3.11.4 FINANCIERING

Er wordt in het Jaarbeeld Zorg geen expliciet onderscheid gemaakt in de uitgaven voor revalidatiecentra. Zij zijn een onderdeel van de ziekenhuiskosten.

3.11.5 KWALITEIT

Op dit moment zijn nog geen kwantitatieve gegevens met betrekking tot de kwaliteit van zorg door revalidatie-instellingen weer te geven. Er is wel een aantal ontwikkelingen gaande. De VRIN is bezig met een herziening van het bestaande systeem van externe toetsing. Het voornemen is om in samenwerking met de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) te komen tot harmonisatie van het systeem van externe toetsing.

Voor de instellingen zelf is een 'checklist zelfevaluatie externe toetsing revalidatiezorg' ontwikkeld. Aan de hand van die checklist kunnen instellingen op een veelheid aan aspecten scoren of zij wel of geen beleid hebben geformuleerd dan wel of dergelijk beleid in ontwikkeling is. In principe zal het te zijner tijd mogelijk zijn uit deze individuele zelfevaluaties een geaggregeerd, kwantitatief beeld van de sector te presenteren voor wat betreft de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid.

TABEL 150**Aantal opleidingsplaatsen voor revalidatieartsen in revalidatiecentra**

	1998	1999	2000	GJG (in %)
aantal opleidingsplaatsen revalidatieartsen	72	70	60	-8,8

bron: VRIN/databank revalidatiezorg

TABEL 151**Aantal gestarte behandelingen kinderen en volwassenen**

	1998	1999	2000	2001
volwassenen				
consultair	16.239	14.666	n.b.	18.816
klinisch	6.370	5.551	n.b.	5.805
poliklinisch	20.286	17.958	n.b.	20.396
totaal	42.895	38.175	n.b.	45.017
kinderen				
consultair	4.289	3.089	n.b.	3.929
klinisch	529	471	n.b.	534
poliklinisch	5.844	4.895	n.b.	5.075
totaal	10.662	8.455	n.b.	9.538

bron: VRIN/Databank Revalidatiezorg

TABEL 152

Productiegegevens revalidatie-instellingen

	1998	1999	2000	GJG (in %)
poliklinische RBU	931.687	871.892	995.991	3,4
klinische RBU	554.967	517.773	562.472	0,7
totaal RBU	1.486.654	1.389.665	1.558.643	2,4
aantal verpleegdagen	512.501	501.748	488.780	-2,3
aantal eerste consulten	30.667	25.486	29.239	-2,4
aantal A-verrichtingen	80.095	17.817	22.731	-46,7
hoge dwarslaesie	226	279	276	10,5
opnames kliniek	5.939	6.003	5.870	-0,6

bron: VRIN/Databank Revalidatiezorg

TABEL 153

Herkomst van patiënten

	1998	1999	2000	2001
aangepaste woning	24	33	n.b.	74
algemeen ziekenhuis	3.710	3.261	n.b.	2.896
categoraal ziekenhuis	30	76	n.b.	64
eigen woning	1.128	1.543	n.b.	1.647
revalidatiecentra	65	47	n.b.	17
verpleeghuis	41	45	n.b.	36
overig	1.902	1.122	n.b.	1.670
totaal	6.900	6.127	n.b.	6.404

bron: VRIN/databank revalidatiezorg

TABEL 154

Bestemming van patiënten

	1998	1999	2000	2001
aangepaste woning	100	329	n.b.	341
algemene ziekenhuis	153	219	n.b.	212
categorale ziekenhuis	6	49	n.b.	19
eigen woning	1.327	3.054	n.b.	2.726
revalidatiecentra	356	154	n.b.	212
verpleeghuis	72	160	n.b.	106
overig	2.504	2.917	n.b.	1.846
totaal	4.518	6.882	n.b.	5.462

bron: VRIN/databank revalidatiezorg

3.12 MEDISCHE (BIO)TECHNOLOGIE, TRANSFUSIES EN TRANSPLANTATIES

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan medische technologie, transfusies en transplantaties. Dit is een nieuw onderwerp voor wat betreft het presenteren van kwantitatieve informatie. Het aantal geschikte kengetallen is echter nog beperkt. Dat geldt ook voor de beschikbare bronnen die landelijke gegevens over meerdere jaren kunnen aanleveren. Dit probleem doet zich met name voor bij twee van de vier onderwerpen die aanvankelijk waren gekozen, te weten fertiliteitbehandelingen en medische biotechnologie. Op die gebieden wordt op dit moment nog veel wetenschappelijk onderzoek verricht dat zich nog niet laat vertalen in eenvoudige en eenduidig interpreteerbare kengetallen die geschikt zijn voor publicatie in een brancherapport. Vandaar dat ze uiteindelijk buiten beschouwing blijven. Voor de twee andere gekozen onderwerpen, bloedvoorziening en weefsel- en orgaantransplantaties, zijn er wel meer kengetallen gedefinieerd, maar de beschikbare informatie is nog beperkt. Vandaar dat in deze paragraaf niet alle informatiecategorieën aan bod komen. Hoewel er dus zeer beperkt gegevens beschikbaar waren, wordt de paragraaf gehandhaafd omdat daarmee de knelpunten in de informatievoorziening zichtbaar worden.

3.12.1 BLOEDVOORZIENING

3.12.1.1 VRAAG

De vraag naar bloedcellen en plasma in Nederland wordt geheel gedekt door het aanbod. Gelet op het karakter van de bloedvoorziening wordt het aanbod aangepast aan de vraag. Zo is de verminderde vraag naar rode bloedcellen aanleiding geweest tot minder afnames vol bloed (informatie Sanquin).

3.12.1.2 AANBOD EN CAPACITEIT

De bloedvoorziening in Nederland wordt centraal gecoördineerd door stichting Sanquin. Navelstrengbloed wordt gecoördineerd door stichting Eurocord. Tabel 155 bevat informatie over het aantal donors dat bloed heeft gegeven en het aantal donaties.

3.12.1.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

In deze paragraaf is alleen informatie opgenomen over de hoeveelheid bloed en bloedproducten die is afgezet (zie tabel 156). Over het aantal bloedtransfusies dat in ziekenhuizen of thuis wordt uitgevoerd zijn geen gegevens beschikbaar.

TABEL 155

Inzameling van bloed: aantal donors en aantal donaties

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
donors					
vol-bloeddonors	626.937	602.000	584.000	572.000	-3,0
plasmadonors	31.535	29.000	28.000	42.000	10,0
donors per 1.000 inwoners	42	40	39	39	-2,4
donors per ziekenhuisbed	12	11	11	11	-2,9
totaal donors	658.472	631.000	612.000	614.000	-2,3
donaties					
vol bloed	881.981	839.000	773.000	750.000	-5,3
plasma (afereze)	150.300	124.000	102.000	122.000	-6,7
totaal donaties	1.032.281	963.000	875.000	872.000	-5,5

bron: Sanquin

TABEL 156

Hoeveelheid afgezette eenheden bloed en bloedproducten

gebruik (in donoreenheden)	1998	1999	2000	2001	G.JG (in %)
rode bloedcellen	714 000	680 000	641 400	605 000	-5,4
bloedplaatjes	261 856	238 000	209 800	232.200	-3,9
vers bevroren plasma	106 972	105 000	101.100	99 600	-2,4
plasma voor fractionering	761.841	700 000	729 000	692.000	-3,2
totaal plasma (in liters)	260 370	262.000	238 000	232 300	-3,7

bron: Sanquin

TABEL 157

Aantal dialysepatiënten

	1998	1999	2000
dialysepatiënten	4.370	4.529	4.705
nieuwe dialysepatiënten	1.440	1.449	n.b.
totaal	5.810	5.978	n.b.

bron: stichting Renine

TABEL 158

Aantal patiënten op de landelijke wachtlijsten voor orgaan- en weefseltransplantaties en gemiddelde wachtduur

	1998	1999	2000	2001	G.JG (in %)
organen					
nier	1.169	1.292	1.278	1.272	2,9
pancreas met nier	8	14	13	9	4
pancreas	0	2	2	0	--
hart	22	30	27	31	12,1
hart met long	2	0	2	2	--
long	53	58	60	45	-5,3
lever	33	47	60	86	37,6
dunne darm			1	0	--
totaal	1.287	1.443	1.443	1.445	3,9
weefsels					
hartklep	15	16	14	5	-30,7
cornea	442	464	435	358	-6,8
bot	58	1	18	5	-55,8
gemiddelde wachtduur (in dagen)					
nier	n.b.	n.b.	1.131	1.162	--
nier met pancreas	n.b.	n.b.	274	398	--
hart	n.b.	n.b.	227	238	--
hart met long	n.b.	n.b.	n.b.	171	--
long	n.b.	n.b.	458	459	--
lever	n.b.	n.b.	107	139	--

bron: Nederlandse Transplantatie Stichting

3.12.2 WEEFSEL- EN ORGAANTRANSPLANTATIE

3.12.2.1 VRAAG

Concrete informatie over de vraag naar weefsel- en orgaantransplantaties die hier kan worden gepresenteerd is het aantal dialysepatiënten (tabel 157) en het aantal mensen op de landelijke wachtlijsten voor transplantaties (tabel 158). Daarbij is ook de gemiddelde wachtduur van belang. Het gaat om transplantatiepatiënten op de wachtlijst op 31 december van het aangegeven jaar. Gemiddelde wachtduur in dagen is de gemiddelde wachttijd op 31 december van het aangegeven jaar.

3.12.2.2 AANBOD EN CAPACITEIT

In tabel 159 vindt u het aantal transplantatiecentra per specialisme. De transplantatiecapaciteit (tabel 160) wordt grotendeels bepaald door de beschikbaarheid van donororganen en donorweefsels. Geëffectueerde donatieprocedures houdt in: het aantal donoren geschikt voor donatie.

3.12.2.3 GEBRUIK/PRODUCTIE

In de tabel 161 wordt het aantal transplantaties weergegeven dat in verschillende jaren is verricht, volgens de gegevens van de Nederlandse Transplantatie Stichting. Opmerking: aantallen orgaantransplantaties kunnen niet tot één totaal worden geteld omdat er in enkele gevallen sprake is van een gecombineerde transplantatie.

TABEL 159

Aantal transplantatiecentra naar specialisme (2001)

<i>specialisme</i>	<i>aantal centra</i>
nier	7 ¹
hart	2
long	3
hart-long	1
lever	3
pancreas	3
dunne darm	1

¹ De twee kinderziekenhuizen vallen onder het overkoepelend academisch ziekenhuis.

bron: Nederlandse Transplantatie Stichting

TABEL 160

Beschikbaarheid van organen (levend en postmortaal) en weefsels

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
postmortaal					
aantal gemelde donoren	214	174	212	208	-0,9
geëffectueerde donatieprocedures	196	165	202	187	-1,6
non heart beating donoren	--	--	41	58	--
levende nierdonoren					
verwante donor	86	95	136	101	5,5
niet verwante donor	22	39	38	62	41,3
postmortale weefseldonoren per weefsel					
cornea	974	1.216	1.315	1.618	18,4
huid	277	201	275	343	7,4
hartklep	198	243	324	325	18
bot	69	100	97	104	14,7
totaal aantal geregistreerde donoren	--	--	--	4.760.163	--
aantal met toestemming en/of donatiebeperking	--	--	--	2.557.536	--

bron: Nederlandse Transplantatie Stichting

TABEL 161

Aantal transplantaties naar orgaan en weefsels

	1998	1999	2000	2001	GJG (in %)
organen					
nier ¹	363	327	369	336	-3,8
nier levende donor	108	134	174	163	14,7
pancreas met nier	16	19	18	23	12,9
pancreas	0	0	2	1	--
hart	41	43	39	35	-5,1
hart met long	0	2	1	2	--
lever ²	100	95	126	110	3,2
long (dubbel/enkel) ³	17	17	16	25	13,7
dunne darm	0	0	0	1	--
weefsels					
cornea	716	770	719	763	2,1
hartklep	195	180	196	156	-7,2
bot	1.060	992	905	1.022	-1,2
huid ⁴	185.000	242.913	211.540	327.000	20,9

¹ Postmortale nieren inclusief nier met lever (1-1-2-2).

² Inclusief lever-split, (2-3-8-3) lever met nier (1-1-2-2) en lever met long (0-1-1-0).

³ Inclusief long met lever.

⁴ In vierkante centimeters.

Literatuurlijst

Bennema-Broos M, Sluijs EM, Wagner C. *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht: NIVEL, 2000.

Dijk L van, Branhoorn H, Bakker D de. *Het Farmaco Therapie Overleg in 1999: stand van zaken en effecten op voorschrijven*. Utrecht: NIVEL, 2001.

Ende E van den, Heiligers P, Hingstman L. *Mondhygiënisten samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Internet: www.nationaalkompas.nl > Zorg\Curatieve somatische zorg\Mondzorg, 2002.

Hutten JBF, Groenewegen PP, Kwartel AJJ van der, Smit RLC. *Brancherapport Volksgezondheid 2001: deelrapport Cure, een eerste proeve*. Den Haag: ministerie van VWS, 2001.

Lindert HH van, Groenewegen PP. *De medisch specialist als manager. Integratie van specialisten en ziekenhuis zet door*. Medisch Contact, 56, 2001, 16, 631-635.

Heiligers P, Ende E van den, Hingstman L. *Paramedici: kort en bondig*. Internet: <http://www.nivel.nl/paramedici/paramedici.shtml>, 2002.

Herschderfer KC, Sneeuw KCA, Buitendijk SE. *Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage inventarisatie- en evaluatieonderzoek*. Leiden; TNO-divisie jeugd, 2002.

Hingstman L, Kenens R, Windt W van der, Talma HF, Meihuizen HE, Voogd-Hamelink AM de. *Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001*. Tilburg: OSA, 2001.

Internet: www.lvg-gezondheidscentra.nl/lvgleden/index.htm, 2 september 2002.

Internet: www.transplantatiestichting.nl, 2 september 2002.

Internet: www.ont.nl, 2 september 2002.

Internet: www.sanquin.nl, 2 september 2002.

Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Utrecht: NIVEL, 2001.

Lems P. *Kantelen, decentralisatie en maatschappelijk ondernemerschap*. Prismant magazine, 3, 2000.

LVG. *Jaarbericht 2001*. Utrecht: LVG, 2001.

Meloen JD. *Orgaandonatie in Nederland voor en na de wet op de orgaandonatie. Trends, achtergronden en organisatie*. Utrecht: NIVEL, 2000.

Ministerie van VWS. *Ziektekostenverzekeringen in Nederland. Stand van zaken per 1 januari 2002*. Den Haag: ministerie van VWS, 2002.

Ministerie van VWS. *Beleidsvisie uitgavenontwikkeling biotechnologische geneesmiddelen*. Kamerstuk, 28 augustus 2002.

Ministerie van VWS. *Jaarbeeld Zorg 2001*. Den Haag: ministerie van VWS, 2002.

NMT. *Peilstationonderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering*. Nieuwegein: NMT, 1999.

Offerhaus PM, Anthony S, Oudshoorn CGM, Pal-de Bruin KM van der, SE Buitendijk. *De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage 1995-2000*. Leiden: TNO-divisie jeugd, 2002.

Prismant. *Wachlijsten voor medisch specialistische zorg in ziekenhuizen*. Utrecht: Prismant, 2002.

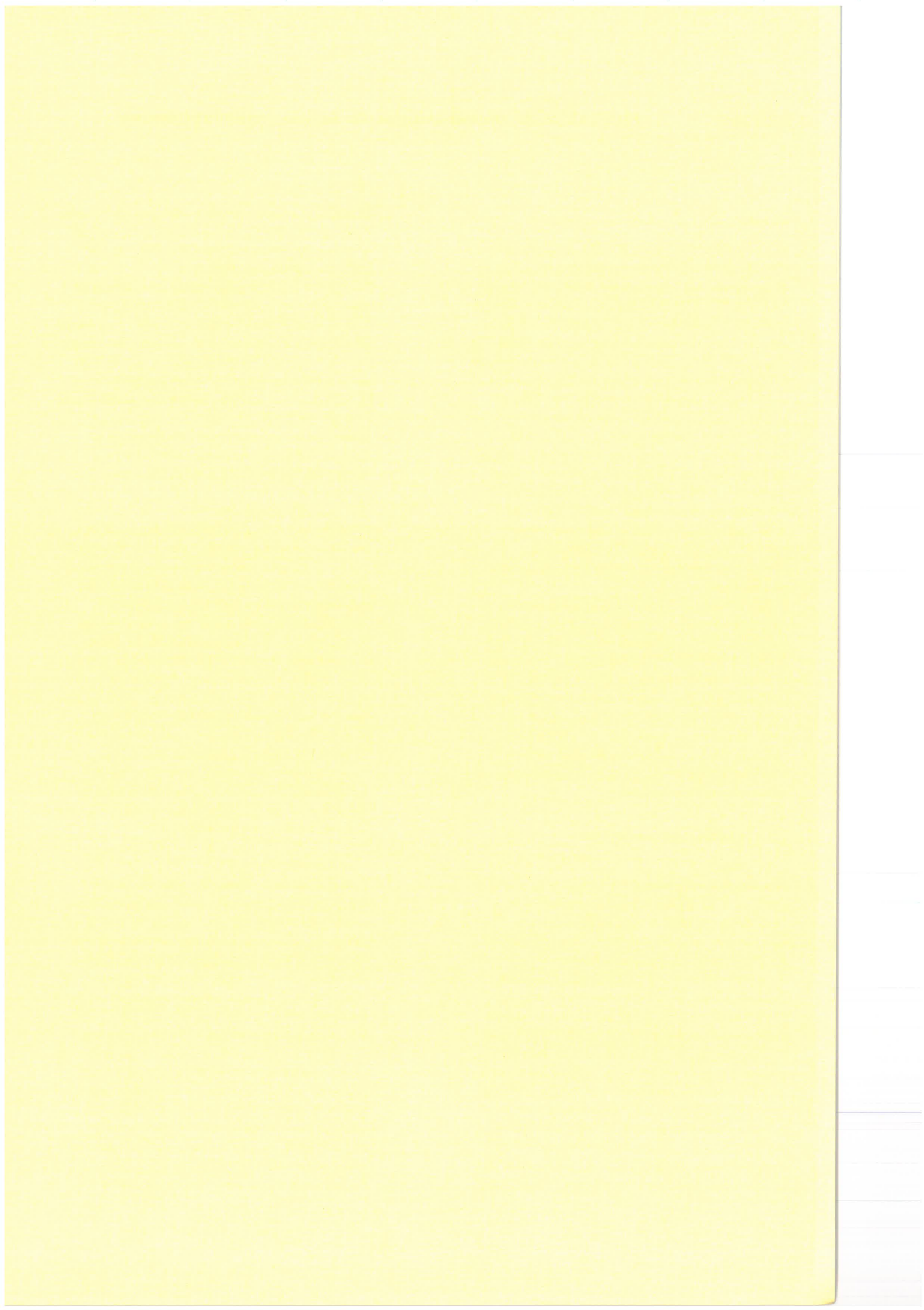
Sluijs EM, Wagner C. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*. Utrecht: NIVEL, 2000.

Veen AA van der, Zwakhals SLN, Hazelzet-Crans B, Manen JW van. *Niet zonder zorg. Een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg*. Bilthoven: RIVM, 2001.

Vektis. *Financiering van de zorg in 2000. Jaarboek 2001*. Zeist: Vektis, 2001.

Welling BJM, Wiegers TA. *Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Kraamcentra, callcentra en verloskundigen*. Utrecht: NIVEL, 2001.

Wolff I, Berg Jeths A van den. *Wat is farmaceutische hulp?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, internet: <http://www.nationaalkompas.nl> > Zorg\Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen\Farmaceutische hulp, 24 september 2001.



Bijlage 1 Knelpunten en ontwikkelingen in de informatievoorziening

INLEIDING

De totstandkoming van het brancherapport Cure is een continu ontwikkelingsproces. In 2001 is de eerste stap gezet met het verschijnen van de eerste 'proeve'. Daarin is een aanzet gegeven om, onder de betrokken partijen, een zo breed mogelijk draagvlak te creëren voor de informatie die in het brancherapport Cure dient te worden opgenomen en de informatiebronnen die daarbij kunnen worden gebruikt. Deze proeve is in 2002 verder uitgewerkt tot de 'minimale dataset' van kwantitatieve gegevens over vraag, aanbod, financiering en kwaliteit van zorg. Tevens zijn de voorgestelde tabellen concreet uitgewerkt en, indien mogelijk, ingevuld. Op basis van deze stap kunnen knelpunten worden geconstateerd in de huidige informatievoorziening op de beleidsterreinen die in dit rapport aan bod zijn gekomen. Het betreft curatieve zorg, geneesmiddelenvoorziening, medische technologie, transfusie- en transplantatie-geneeskunde.

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste knelpunten. Deze kunnen betrekking hebben op het vaststellen van de benodigde kengetallen en beperkingen in de beschikbare informatie. In eerste instantie worden de punten per informatie-categorie besproken. Daarna volgt een korte bespreking per zorgvoorziening. De bijlage eindigt met enkele algemene aanbevelingen ter verbetering van de informatievoorziening die in het verdere ontwikkelingstraject van het brancherapport Cure kunnen worden meegenomen.

KNELPUNTEN PER INFORMATIECATEGORIE

Vraag

De vraag naar zorg bestaat uit verschillende elementen zoals de potentiële behoefte in de populatie, de subjectieve behoefte volgens de patiënten, de geëxpliciteerde behoefte en de geobjectiverde behoefte volgens professionele maatstaven. Deze aspecten zijn in dit brancherapport geoperationaliseerd met behulp van twee typen kengetallen. Ten eerste demografische en sociaal-culturele gegevens over de bevolking die een waarschijnlijke relatie hebben met zorgvraag. Ten tweede epidemiologische gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking (incidentie en prevalentie van ziekten en doodoorzaken). Hiervoor zijn de benodigde landelijke gegevens beschikbaar via structurele, permanente informatiesystemen zoals POLS (Permanent onderzoek leefsituatie: gezondheid en welzijn) van het CBS en diverse epidemiologische registraties. Wat betreft

dit laatste is aangesloten bij de VTV (Volksgezondheid Toekomst Verkenning) die het RIVM om de vier jaar publiceert. De meest recente cijfers, over het jaar 2000, zijn in 2002 gepubliceerd.

De epidemiologische gegevens zijn grotendeels gebaseerd op zorgregistraties. Dit betekent dat er een filtering heeft plaatsgevonden zodat niet noodzakelijk de feitelijke behoefte aan zorg in de populatie wordt gemeten. Ook ontbreken er gegevens over de subjectieve behoefte aan zorg ('wants'): zorgbehoefte zoals ze door de zorgvrager zelf worden gedefinieerd. Er is, via POLS, wel informatie over de subjectief ervaren gezondheidstoestand van de bevolking. Dit wordt gezien als een goede voorspeller van het gebruik van medische zorgvoorzieningen.

Aanbod en capaciteit

Bij de meeste sectoren is er een globaal beeld van het aantal instellingen of praktijken dat in Nederland aanwezig is. Specifiekere informatie is in een aantal gevallen moeilijk te vinden. Hoewel er de nodige gegevens over het aanbod aan zorgaanbieders beschikbaar zijn, ontbreken, in elk geval voor veel beroepsbeoefenaren, gestandaardiseerde of eenduidige gegevens over de arbeidscapaciteit (bijvoorbeeld feitelijke werkuren zoals fte's, cijfers over verzuim of openstaande vacatures). Er zijn op landelijke schaal weinig continue informatiebronnen beschikbaar. Vaak moet dan ook gebruik worden gemaakt van beperkte gegevensbestanden van verschillende beroepsverenigingen. Ook bij de samenstelling van de RAZW (Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn) en beroepskrachtenplanningen is dit eerder als probleem gesignaleerd.

Gebruik/productie

Over gebruik en productie zijn, voor de meeste voorzieningen, globale cijfers (bijvoorbeeld aantal contacten) bekend, maar specifieke informatie is slechts beperkt beschikbaar. Dit komt onder andere doordat veel gegevens worden aangeleverd vanuit administratieve systemen. Dit heeft een aantal beperkingen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van verzekeringsgegevens is er een verschil in de beschikbaarheid van gegevens over ziekenfondsverzekerden en die over particulier verzekerden. Verder blijft zorggebruik dat buiten de zorgverzekering valt buiten beeld. Een andere beperking is dat verzekeringsgegevens vaak gebaseerd zijn op declaraties die weinig informatie geven over de inhoud van de verleende zorg. Verder kan de zorgconsumptie niet direct worden gerelateerd aan de zorgvraag (bijvoorbeeld in termen van diagnose of aard van

de aandoening). Met betrekking tot de geneesmiddelenvoorziening zijn bijvoorbeeld gegevens over de voorschrijfindicatie van groot belang. Dat geldt ook voor redenen van verwijzingen. Registratiesystemen van zorgaanbieders kunnen deze informatie mogelijk wel leveren. Probleem daarbij is echter dat er een grote variatie aan registratiesystemen bestaat en dat er weinig aansluiting is tussen systemen van verschillende zorgvoorzieningen zodat gegevens niet te koppelen zijn. Daardoor is het moeilijk om kwantitatief inzicht te krijgen in 'ketens van zorg'. Een ander probleem met de registratiesystemen van zorgaanbieders is dat ze vaak bedoeld zijn voor het interne zorgproces. Landelijke gegevens worden nauwelijks uit deze systemen gegenereerd. Ondergebruik van zorg of tekort aan geleverde productie is belangrijk om ontwikkelingen in de zorgsector te monitoren en beleid te ontwikkelen. Voor enkele zorgvoorzieningen, zoals ziekenhuizen, zijn gegevens over wachtlijsten en wachttijden beschikbaar. Voor andere zorgvoorzieningen zijn de operationalisaties en daaraan gerelateerde kengetallen nog onvoldoende ontwikkeld of objectieve informatie hierover ontbreekt.

Financiering

Voor deze informatiecategorie is aangesloten bij het Jaarbeeld Zorg van het ministerie van VWS. Deze financiële gegevens zijn echter niet altijd te splitsen in de zorgvoorzieningen die in het brancherapport Cure worden onderscheiden.

Kwaliteit

Uit de beschrijvingen in hoofdstuk 3 blijkt dat er diverse ontwikkelingen gaande zijn met betrekking tot het meten van kwaliteit van zorg, het verzamelen van informatie over beschikbare kwaliteitsinstrumenten en de implementatie van die instrumenten in de praktijk. Het is echter nog niet duidelijk of de informatie ook op een eenduidig te interpreteren wijze kan worden ontsloten voor publicatie in het brancherapport.

Met betrekking tot het monitoren van de implementatie en toepassing van bepaalde kwaliteitsinstrumenten in de praktijk zijn eerste stappen gezet. Daarbij is met name het ontbreken van gedetailleerde gegevens over het feitelijk handelen van beroepsbeoefenaren een probleem.

De belangrijkste lacune is vooralsnog het definiëren en operationaliseren van parameters die inzicht geven in de uiteindelijke effecten van de zorgverlening. Vooral in het kader van de beleidsverantwoording wordt dit belangrijk geacht. Probleem is echter dat hiervoor nauwelijks expliciete criteria voorhanden zijn. Dat geldt zowel voor doeltreffendheid, doelmatigheid als patiëntgerichtheid. Er vindt cliënttevredenheidsonderzoek plaats, maar het gaat vaak om incidenteel onderzoek. Overigens zijn er wel

ontwikkelingen naar structurele monitorings-instrumenten op dit gebied, zoals benchmarktrajecten. Om beter te kunnen beoordelen welke informatie relevant is, is onder andere wetenschappelijk onderzoek nodig naar de relatie tussen de implementatie van kwaliteitsinstrumenten en de effecten van de zorg, in termen van doeltreffendheid, doelmatigheid en patiënttevredenheid.

KNELPUNTEN PER ZORGOORZIENING

Huisartsenzorg

Binnen de huisartsenzorg bestaan, sinds langere tijd, diverse registratiesystemen die relevante gegevens hebben aangeleverd voor de samenstelling van het brancherapport Cure. Dat geldt zowel voor informatie over de huisarts zelf (leeftijd, geslacht, type praktijk) als voor gegevens over verrichtingen van huisartsen (consulten, voorschrijven, verwijzen). Wel kan het aantal typen verrichtingen waarover informatie wordt gegenereerd worden uitgebreid. Daarbij kan gedacht worden aan het aanvragen of verrichten van diagnostisch onderzoek, behandelingen in de huisartspraktijk (bijvoorbeeld kleine chirurgie) en verwijzingen naar alle paramedici. Verwijscijfers zijn belangrijk omdat de filterfunctie van de huisarts zich bij uitstek leent om de geobjectiverde zorgbehoefte van patiënten in kaart te brengen.

Een beperking in het beschikbare materiaal is dat er maar weinig landelijke informatie is over het ondersteunend personeel dat werkzaam is in de huisartspraktijk, zoals praktijk-/doktersassistente, praktijkverpleegkundige en praktijkondersteuning op HBO-niveau. Dat geldt ook voor de verschillende dienstenstructuren voor huisartsenzorg buiten kantooruren.

Verder is het nog de vraag of en hoe ondergebruik in de huisartspraktijk kan worden geoperationaliseerd. Mogelijkheden zijn cijfers die inzicht geven in de gebieden waar het moeilijk is om een huisarts te vinden of het aantal inwoners dat daarmee problemen heeft.

Geneesmiddelenvoorziening

Over de geneesmiddelenvoorziening zijn veel gegevens beschikbaar die in dit brancherapport zijn gebruikt. Over het aanbod (zowel het aantal instellingen als het personeel) konden de beroepsorganisaties de benodigde informatie leveren. Wat betreft het personeel is echter niet alle detailinformatie beschikbaar die van belang werd geacht. De bestaande registratiesystemen leveren gegevens die bij het invullen van de tabellen uit de minimale dataset konden worden gebruikt. Soms was de informatie echter niet geheel conform de oorspronkelijk opzet van de tabellen.

Er zijn twee beperkingen geconstateerd. Ten eerste blijkt dat de gegevens voornamelijk betrekking

hebben op extramuraal geleverde medicatie. Informatie over medicatie die intramuraal worden voorgeschreven is moeilijk te achterhalen. Ten tweede dient er in de toekomst meer aandacht te worden besteed aan de 'opbrengst' van geneesmiddelen in termen van gezondheidswinst en besparingen in andere sectoren van de gezondheidszorg. Hierover zijn wel incidentele wetenschappelijke onderzoeken uitgevoerd voor een specifiek medicijn, maar het is nog onduidelijk of en hoe dit kan worden vertaald in een kengetal.

Algemene mondzorg

Er is een groot verschil in de beschikbaarheid van gegevens over tandartsen, tandprotheticen en mondhygiënisten. De NMT-peilstations leveren informatie over de tandartspraktijk en de verrichtingen van tandartsen. Van de andere twee beroepsgroepen is dergelijke informatie niet voorhanden. Landelijke gegevens over de tandprotheticen ontbreken bij de meeste aspecten. Dat geldt ook voor de verrichtingen van mondhygiënisten. Voor alle drie groepen geldt verder dat de gegevens over de beroepsbeoefenaren beperkt zijn. Een ander knelpunt is dat er weinig bekend is over de vraag naar algemene mondzorg. Het laatste landelijk epidemiologisch onderzoek dateert uit 1986.

Verloskundige zorg en kraamzorg

Binnen de verloskunde bestaan twee registraties (LVR1 en LVR2) die informatie leveren over de zorgtrajecten van zwangeren. Met name de overgang van eerste naar tweede lijn wordt daarin in kaart gebracht. Ook over de beroepsgroep zijn verschillende informatiebronnen beschikbaar die belangrijke informatie voor dit brancherapport opleveren. Er zijn echter maar weinig gegevens te vinden over verloskundig actieve huisartsen. Hun aantal is alleen maar in 2000 vastgesteld via een eenmalige enquête ten behoeve van de huisartsenregistratie van het NIVEL. Over het gebruik van kraamzorg zijn maar beperkte structurele landelijke gegevens beschikbaar. Vooral het aantal vrouwen dat kraamzorg krijgt en het gemiddeld aantal uren is van belang. Ook is er meer informatie nodig over de aanbieders van kraamzorg en hun personeel.

Paramedische zorg

De paragraaf over de paramedische zorg laat zien dat er een verschil is in de informatievoorziening omtrent fysiotherapie en de andere paramedische beroepsgroepen. Verder blijkt dat er wel enige gegevens zijn over het beroepsbeoefenaren (via de RAZW), maar geen geschikte gegevens over het gebruik van paramedische zorgvoorzieningen. Om de vraag naar paramedische zorg beter in kaart te brengen is het van belang dat er meer

epidemiologische informatie komt over ziekte/aandoeningen die het meest door de betreffende paramedische beroepsgroep worden behandeld. Daarbij dient ook te worden nagegaan of er een onderscheid kan worden gemaakt tussen arbeidsgerelateerde aandoeningen en aandoeningen die samenhangen met 'het ouder worden'.

Ambulancezorg en ziekenvervoer

Een algemeen probleem bij deze sector is dat er niet altijd een onderscheid kan worden gemaakt tussen ambulancezorgverlening en ziekenvervoer. Ook zijn de beschikbare gegevens over het personeel zeer minimaal en worden zij slechts incidenteel verzameld. Aangezien het NIVEL recentelijk een incidentele schriftelijke enquête onder alle CPA's en ambulance-diensten heeft uitgevoerd, konden er arbeidsmarktgegevens over 2001 in dit brancherapport worden opgenomen. Er zijn geen gegevens over andere jaren beschikbaar. Informatie over het gebruik of de verleende zorg is beperkt tot het aantal ritten en aantal gereden kilometers. Belangrijke zorginhoudelijke informatie ontbreekt.

In het kader van het project 'Versterking ambulancezorg' wordt een verplichte registratie van gegevens per rit/patiënt ingevoerd. Hieruit kan mogelijk veel relevante informatie worden gegenereerd voor toekomstige brancherapporten.

Medisch-specialistische zorg

Het beleid is erop gericht de medisch-specialistische zorg en de ziekenhuiszorg te integreren in het GMSB (geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf). In het brancherapport Cure is voorlopig gekozen om gegevens over de medisch-specialistische zorg en over de ziekenhuizen, vanwege praktische overwegingen, apart te presenteren. Bij deze keuze is meegenomen dat de beschikbare informatie in de toekomst waarschijnlijk zal veranderen vanwege de ontwikkeling van DBC's (diagnose behandelcombinaties).

Over de medisch-specialistische beroepsgroep zelf zijn basisgegevens beschikbaar, maar detailgegevens die van belang zijn, zijn vaak niet aanwezig. Prismant heeft uitgebreide informatiesystemen waarmee de meeste gegevens uit de 'minimale dataset' konden worden ingevuld. Zij leveren gedetailleerde informatie over het zorggebruik per medisch specialisme. Een knelpunt is wel dat er op dit moment geen informatie beschikbaar is over de productie van extramuraal werkzame medisch specialisten. Dit geldt zowel voor de medisch specialisten in ZBC's (zelfstandig behandelcentra) als voor de medisch specialisten die een privé praktijk voeren. Ook de zorg die in het buitenland aan Nederlandse patiënten wordt geleverd komt niet in de gegevens terug. Een laatste aandachtspunt is dat in het kader van de LMR geen

gegevens worden verzameld over verwijzingen tussen specialismen. Deze gegevens zijn facultatief en bovendien gekoppeld aan de patiënt en niet in eerste instantie aan het specialisme. Het op deze wijze in beeld brengen van patiëntenstromen vereist nader onderzoek.

Ziekenhuiszorg

In aanvulling op de knelpunten die hierboven zijn besproken kan nog worden opgemerkt dat LMR en LAZR de nodige gegevens leveren over het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. Bedrijfsmatige informatie wordt verkregen op basis van enquêtes die Prismant jaarlijks naar de ziekenhuizen verstuurt. Daarin zijn veel gegevens opgenomen die ook in de minimale dataset terug komen. Opvallend is dat er wel informatie is over het aantal ziekenhuisorganisaties, maar niet over het aantal locaties, buitenpoli's en zelfstandige behandelcentra. Een ander punt is dat er meer aandacht in het brancherapport Cure dient te worden besteed aan de verpleging en verzorging die binnen de ziekenhuisorganisatie plaatsvindt.

Revalidatiezorg

De informatie over de revalidatiezorg die in dit brancherapport is te vinden komt uit de databank revalidatiezorg. De meeste gegevens om de minimum dataset in te vullen waren beschikbaar. Een aantal, vooral zorginhoudelijke, kengetallen konden echter niet worden gegenereerd. Ook was er geen concrete informatie beschikbaar over wachttijden. Verder kan de informatie over de personele bezetting worden uitgebreid.

Medische biotechnologie, transfusies en transplantaties

Zoals in de betreffende paragraaf is te lezen was er nog erg weinig geschikte informatie voorhanden over deze onderwerpen. Dit had twee redenen. Het aantal geschikte kengetallen is nog beperkt en er zijn nog onvoldoende bronnen die landelijke gegevens over meerdere jaren kunnen aanleveren. Tijdens de dataverzameling en in gesprekken met experts bleek dat de oorspronkelijk voorgestelde kengetallen te vaag waren gedefinieerd. Ook kwam naar voren dat op deze gebieden momenteel nog veel wetenschappelijk onderzoek wordt verricht dat zich nog niet laat vertalen in eenvoudige en eenduidig interpreteerbare kengetallen die geschikt zijn voor publicatie in een brancherapport. Dit had tot consequentie dat twee van de vier onderwerpen die aanvankelijk waren gekozen, te weten fertiliteitbehandelingen en medische biotechnologie, buiten beschouwing zijn gebleven. Voor de twee andere gekozen onderwerpen, te weten bloedvoorziening en weefsel- en orgaantransplantaties, zijn wel meer kengetallen

gedefinieerd. Hoewel de paragraaf over medische biotechnologie, transfusies en transplantaties zeer beperkt kon worden ingevuld is besloten de paragraaf te handhaven omdat daarmee de knelpunten in de informatievoorziening zichtbaar worden.

AANBEVELINGEN VOOR HET VERVOLGTRAJECT

In algemene termen kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd om de informatievoorziening voor de samenstelling van het brancherapport Cure te verbeteren.

Het eerste dat opvalt bij de bestudering van hoofdstuk 3 is het verschil in beschikbare gegevens per zorgvoorziening. Van sommige voorzieningen, zoals huisartsgeneeskunde zorg, de geneesmiddelenvoorzieningen, medisch-specialistische en ziekenhuiszorg, zijn cijfers over vraag, aanbod en gebruik/productie beschikbaar. Bij andere, zoals een aantal paramedische beroepen, algemene mondzorg en ambulance en ziekenvervoer, ontbreken nog veel basale gegevens. Ook zijn er grote verschillen in de mate van de gedetailleerdheid van de gegevens. Voor een aantal aspecten is het aan te bevelen om na te gaan of uniforme registratiesystemen kunnen worden opgezet. Daarbij zouden bijvoorbeeld afspraken gemaakt kunnen worden over de wijze van registratie, de definities, de periode van registratie en andere methodologische zaken.

Verder komt naar voren dat gegevens vaak gefragmenteerd en geïsoleerd worden verzameld. Een aantal van bovenstaande lacunes kunnen mogelijk worden opgelost door de gegevens die vallen onder verschillende informatiecategorieën in samenhang en geïntegreerd te verzamelen. Een goed voorbeeld daarvan is de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk waarin met behulp van verschillende instrumenten op verschillende niveaus (patiënten, contacten, huisartsen, praktijken) uiteenlopende gegevens worden verzameld. De mogelijkheden om deze gegevens te koppelen levert gedetailleerdere informatie dan wanneer de gegevens in afzonderlijke projecten zouden worden verzameld. Juist de koppeling van gegevens kan beleidsmatig van groot belang zijn. Verder is het belangrijk om te vermelden dat voor enkele paramedische beroepen recentelijk nieuwe registratiesystemen van start gaan of zijn gegaan. Zo is de NVLF in samenwerking met Prismant bezig met de realisatie van de LLR (Landelijke logopedie registratie): een systeem waarin vanuit de logopedische praktijk gegevens verzameld worden over logopedische epidemiologie en het feitelijk handelen van logopedisten. Op basis van deze registratie kan, over enige tijd, een aantal van de voorgestelde kengetallen over het gebruik van zorg worden gegenereerd.

Voor dit doel kunnen ook gegevens uit LIPZ (Landelijke informatievoorziening paramedische zorg) worden gebruikt. In dit samenwerkingsverband van KNGF, NVOM, VBC, CVZ, het ministerie van VWS, KPZ, ZN en NIVEL wordt representatieve, continue, kwantitatieve informatie gegeneerd uit de deelnemende praktijken omtrent door de in Nederland extramuraal werkende fysiotherapeuten, oefen-therapeuten-Cesar en oefen-therapeuten-Mensendieck verleende zorg. Informatie komt beschikbaar over zorg- en preventiebeleid, verzekerings- en financieeringsbeleid en kwaliteitsbeleid. Ook binnen de extramurale ergotherapie is begonnen met de opzet van registratieprojecten. Welke gegevens bruikbaar zijn in het kader van het brancherapport Cure zal in de komende tijd verder moeten worden uitgewerkt. Dat dergelijke registratiesystemen bruikbaar zijn voor de samenstelling van brancherapporten blijkt uit het huidige rapport waarin veelvuldig gebruik is gemaakt van bestaande registratiesystemen. Een ander punt is dat veel gegevens die in het veld beschikbaar zijn niet landelijk worden ontsloten. Dit geldt bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit. Er zijn diverse bronnen te noemen waarin informatie over het kwaliteitsbeleid en de ontwikkelingen op gebied van kwaliteitsinstrumenten voorhanden is zoals kwaliteitsjaarverslagen, professionele verenigingen, instellingen voor certificering en accreditatie, maar er ontbreken landelijke databestanden waarin deze gegevens op een systematische, eenduidige manier worden opgeslagen. Vooral als de gegevens jaarlijks in het brancherapport worden opgenomen lijkt dit van groot belang. Dat geldt overigens ook voor andere gegevens. De opzet van landelijke of overkoepelende databestanden/registratiesysteem zal de uiteindelijk invulling van de minimale dataset ten goede komen. Voor de ontwikkeling van een nationaal register ten aanzien van de kwaliteit van zorg kan worden nagegaan welke kwaliteitscriteria worden gehanteerd bij visitaties en accreditaties, en welke aspecten in kwaliteitsjaarverslagen aan de orde dienen te komen. Op basis daarvan dient consensus tussen de betrokken partijen te worden bereikt over kengetallen van kwaliteit van zorg die landelijk kunnen worden gehanteerd. Op basis van deze kengetallen kan een registratiesysteem nader worden ontwikkeld.

Een volgend algemeen aandachtspunt is dat de gewenste informatie een breed scala aan onderwerpen bevat (van bijvoorbeeld arbeidsmarkt- tot zorginhoudelijke gegevens) en dat voor elk afzonderlijke zorgvoorziening gedetailleerde informatie zeer interessant kan zijn. Een gevaar is echter dat op deze wijze te specifieke informatie wordt gepresenteerd en dat daarmee het brancherapport het geformuleerde doel, te weten informatie aanleveren voor de voorbereiding en verantwoording

van het beleid, voorbij schiet. Het lijkt noodzakelijk om explicieter een keuze te maken voor een aantal wenselijke kengetallen die relevant zijn voor de monitoring en sturing van de zorg. Daarbij moet er rekening mee worden gehouden dat veel gegevens ook in andere overzichtsrapporten worden gepresenteerd. Een voorbeeld zijn de arbeidsmarktgegevens die ieder jaar gedetailleerd in de Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn (RAZW) worden gepubliceerd. De afstemming van het brancherapport en andere publicaties moet in de toekomst worden verduidelijkt. In dezelfde discussie dient ook te worden meegenomen over welke periode in het brancherapport moet of kan worden gerapporteerd. Er bestaat een spanningsveld tussen het tijdstip waarop de meeste gegevens beschikbaar zijn en het moment waarop de gegevens voor het brancherapport moeten worden aangeleverd. Vanzelfsprekend is het streven om de meest recente gegevens op te nemen. Dat is voor de beleidsontwikkeling en -verantwoording van groot belang. Aan de andere kant vergt een verantwoorde dataverzameling, inclusief controle, de nodige tijd. In de regel geldt dat betrouwbare jaarcijfers pas halverwege het volgende jaar beschikbaar zijn. Een ander discussiepunt dat bij de voorbereiding van het brancherapport Cure naar voren kwam, is dat een aantal betrokken partijen niet alleen behoefte had aan informatie op landelijk niveau, maar vooral op regionaal niveau. Er zijn namelijk verschillen tussen regio's en die zijn vooral voor de beleidsontwikkeling van belang. In hoeverre het praktisch uitvoerbaar is om gegevens op regionaal niveau te verzamelen dient in de toekomst te worden onderzocht. De opzet en verbetering van de informatievoorziening in de zorg is een continu proces waarbij steeds aanpassingen noodzakelijk zullen zijn. Dit vergt een zekere flexibiliteit zodat ook de opzet van het brancherapport zelf gezien moet worden als een continu groei- en veranderingsproces. In het brancherapport Cure '98-'01 is een belangrijke stap gezet voor de verdere ontwikkeling. Nu veel tabellen zijn ingevuld, kan beter worden vastgesteld of er echt sprake is van een 'minimum dataset' of dat het aantal kengetallen kan worden beperkt (in aantal of detail). Om de paragrafen over kwaliteit nader in te vullen is het voor alle zorgsectoren van belang om eenduidig te interpreteren indicatoren te ontwikkelen of vast te stellen die het kwaliteitsniveau op een eenvoudige wijze inzichtelijk maken.

Bijlage 2 **Begeleidingscommissie, technische adviescommissie en medewerkers**

Begeleidingscommissie:

mw. I. van Bennekom-Stompedissel (NPCF)
 dhr. C. de Blaey (KNMP)
 mw. J. Boer (Consumentenbond)
 mw. J. van Duren (ZN)
 dhr. A. Eliëns (AVVV)
 dhr. Th. van Uum (VWS-CZ, voorzitter)
 dhr. M. Wesseling (KNMG)
 dhr. R. van der Worp (ZN)

Technische adviescommissie:

dhr. W. Davidse (TNO-PG)
 dhr. R. Gijzen (RIVM)
 dhr. E. de Graag (Pharmo instituut)
 dhr. J. van Hijum (CTG)
 dhr. H. Piepenbrink (CVZ-GIP)
 dhr. T. Rouwens (Prismant)
 dhr. R. Schipper (CTZ)
 mw. C. Smand (CVZ)
 dhr. J. Smit (CBS)
 dhr. L. Tinke (SFK)
 dhr. R. van der Vaart (CVZ-GIP)
 dhr. R. Verheij (LINH)
 dhr. P. Willekens (Vektis)

Coördinatie ministerie van VWS :

dhr. J. Cabooter (VWS-IBE)
 mw. E. Dekkers (VWS-KICK)
 mw. S. van Eck (VWS-CZ)
 mw. P. Jansen (VWS-GMT)
 mw. M. van der Maten (VWS-GMT)

(Koepel)organisaties die zijn geraadpleegd over de inhoud van het brancherapport Cure:

Ambulancezorg en ziekenvervoer: Ambulancezorg Nederland
 Geneesmiddelenvoorziening BG Pharma, BioFarmInd, Bogin, KNMP, LHV, Nefarma, Neprofarm, NVZ en OMS
 Huisartsenzorg LHV
 Paramedische zorg KNGF, NVLF, NVOM, VBC, NVE, NVD, NVM, NvvO, NvpP en NVRL
 Algemene mondzorg NMT en ONT
 Verloskunde en kraamzorg BTN, LVT en KNOV
 Medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg NVZ, OMS, VAZ en VRIN
 Medische (bio)technologie, transfusies en transplantaties CVZ-BOTX, Diagned, FHI, FME Faron, NEFEMED, NVZ, OMS, Sanquin en VAZ.

Medewerking bij aanlevering en verwerking van gegevens:

mw. M. Bosma (NVvP)
 dhr. P. van Boven (RIVM)
 dhr. J. Bruers (NMT)
 mw. S. Bruijns (LVT)
 mw. Dijken (KNMP)
 dhr. F. Elferink (KNMP)
 dhr. E.Engelbrecht (ONT)
 mw. S. Geers-van Gemeren (NVRL)
 mw. H. Giesbers (RIVM)
 dhr. R. Gijzen (RIVM)
 mw. F. Griens (SFK)
 dhr. F. de Groot (CVZ-GIP)
 dhr. J. Haslinger (CBS)
 mw. K. Herschderfer (TNO)
 mw. T. van den Heuvel (KNGF)
 dhr. J. van Hijum (CTG)
 dhr. L. Hingstman (NIVEL)
 mw. I. van der Hoff (KNOV)
 dhr. R. Kenens, (NIVEL)
 mw. M. Ketelaar (VRIN)
 dhr. K. van de Klundert (OMS)
 dhr. R. Kok (Prismant)
 dhr. B. Mauritz (Neprofarm)
 dhr. C van de Poel (Sanquin)
 mw. W. Remijnse (NVD)
 dhr. T. Rouwens (Prismant)
 mw. E. van der Schee (NIVEL)
 mw. M-J Schrasser (NVLF)
 dhr. J. Smit (CBS)
 mw. J. van Sonsbeek (NVOM)
 dhr. R. van der Vaart (CVZ-GIP)
 dhr. R. Verheij (NIVEL-LINH)
 mw. A. Waelput (KNOV)
 dhr. L. Zwakhals (RIVM)

Bijlage 3 Lijst van afkortingen

AGIO	assistent-geneeskundige in opleiding	Fte	fulltime equivalent
AGNIO	assistent-geneeskundige niet in opleiding	FTO	Farmaco therapeutisch overleg
AICD	automatische implanteerbare cardio defibrillatoren	FTTO	Farmaco therapeutisch transmuraal overleg
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur	GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
ATC	anatomical therapeutical chemical	GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
AVVV	Algemene vergadering van verpleegkundigen en verzorgden	GIP	Geneesmiddelen Informatie Project
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	GJG	gemiddelde jaarlijkse groei
		GMSB	geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf
		GMT	directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
BELDO	belangrijke-doodsoorzakenlijst	GVS	Geneesmiddelenvergoedingensysteem
BG Pharma	Bond van Groothandelaren in het Pharmaceutische bedrijf	HACCP	hazard analysis critical control point
BIG	Wet beroepen in de gezondheidszorg	HAGRO	Huisartsengroep
BioFarmInd	stichting Biotechnologisch farmaceutische industrie	HBO	hoger beroepsonderwijs
BKPZ	Bevordering kwaliteit paramedische zorg	HIDHA	Huisarts in dienst van een andere huisarts
BKZ	Budgettair kader zorg	HKZ	stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
Bogin	Bond van de generieke geneesmiddelenindustrie Nederland	IBE	directie Innovatie, beroepen en ethiek
BOL	beroepsopleidende leerweg	IC	Intensive care
BSG	Besluit subsidiëring gezondheidscentra	ICPC	International classification of primary care
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland	IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
		IKPZ	Implementatie kwaliteit paramedische zorg
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen	INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg	IOF	Intercollegiaal overleg fysiotherapie
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	ICT	informatie- en communicatietechnologie
CCKL	Commissie Certificering van Klinische Laboratoria	ICSI	Intra cytoplasmatische sperma-injectie
CCU	Coronary Care Unit	ITV	Intercollegiaal toetsing verloskundigen
CG-raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland	IVF	in-vitrofertilisatie
		IZA	Instituut Zorgverzekeringen voor Ambtenaren
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	IZR	Interprovinciale ziektekostenregeling
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer	JBZ	Jaarbeeld Zorg
CT-scan	Computer Tomograaf scan	KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg	KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen	KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
CVZ	College voor Zorgverzekeringen	KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
CZ	directie Curatieve Zorg	KWIS	Kwaliteitsinformatiesysteem
		LAREB	Landelijke registratie evaluatie bijwerkingen
DBC	diagnose behandelcombinatie	LAZR	Landelijke ambulante zorgregistratie
DGVP	Dienst Geneeskundige Verzorging Politie	LCK	Landelijk Centrum Kraamzorg
DHV	District Huisartsen Vereniging	LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
Diagned	Diagnostica associatie Nederland	LINH	Landelijk informatienetwerk huisartsenzorg
EMEA	European Medicines Evaluation Agency		
EU	Europese Unie		
EVS	elektronisch voorschriftsysteem		
FHI	Federatie van technologiebranches		
FME Faron	Vereniging van ondernemers in de medische technologie		
FONA	faults or near accidents		

LIPZ	Landelijke informatievoorziening paramedische zorg	OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
LIS	Letsel informatiesysteem		
LLR	Landelijke logopedie registratie	POLS	Permanent onderzoek leefsituatie: gezondheid en welzijn
LMR	Landelijke medische registratie		
LTA	Landelijke transmurale afspraak	Prismant	Informatie, onderzoek, advies, opleidingen
LVG	Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra	RAV	Regionale ambulancevoorziening
LVR	Landelijke verloskundige registratie	RAZW	Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg	RB	revalidatiebehandelingen
		RBU	revalidatiebehandeluren
MBO	middelbaar beroepsonderwijs	RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
MIP	Melding incidenten patiëntenzorg		
MMT	Mobiele medische teams	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
MRI	Magnetische resonantie imaging		
MSRC	Medische Specialistische Registratie Commissie	SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
		Sting	beroepsvereniging voor verzorgenden
NAN	Nederlandse apothekenorm		
n.b.	niet beschikbaar	TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk onderzoek
Nefarma	Nederlandse vereniging van de research-georiënteerde farmaceutische industrie		
Nefemed	Nederlandse federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten	UvO	Uitkomst van overleg
Neprofarm	Nederlandse vereniging van de farmaceutische industrie van zelfzorggeneesmiddelen en gezondheidsproducten	VAR	Verpleegkundige en verzorgende adviesraad
		VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap	VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
NIAZ	Nederland Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen	Vektis	Landelijk informatiecentrum van de zorgverzekeraars
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg	VIP	Visitatie instrument praktijkvoering
NMT	Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde	VOKS	Verloskundige onderlinge kwaliteitsspiegel
NPCF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie	VRIN	Vereniging Revalidatie Instellingen Nederland
NS2	Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk	VTV	Volksgezondheids Toekomst Verkenning
NTS	Nederlandse Transplantatie Stichting	WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten	WBMV	Wet op de bijzondere medische verrichtingen
NVE	Nederlandse Vereniging van Ergotherapie	WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie	WGR	Wet gemeenschappelijke regelingen
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	WIBV	Wet inzake bloedvoorziening
NVOM	Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck	WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
NVRL	Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten	WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorgsector
Nvvo	Nederlandse Vereniging van Orthoptisten	WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten	WOK	Werkgroep onderzoek kwaliteit huisartsengeneeskunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
		WTZ	Wet op de toegang ziektekostenverzekeringen
OMS	Orde van Medisch Specialisten (Orde)	ZAN	Ziekenhuis apothekenorm
ONT	Organisatie van Nederlandse Tandprothetici	ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
		ZFW	Ziekenfondswet
		ZGS	Regeling zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden
		ZN	Zorgverzekeraars Nederland
		ZonMw	Zorgonderzoek Nederland-Medische Wetenschappen

Bijlage 4 Reserves instellingen

Deze bijlage gaat in op de ontwikkeling van het niet-vreemd vermogen van de zorginstellingen voor de jaren 1998, 1999 en 2000. De gegevens zijn gebaseerd op de jaarlijkse enquête naar de exploitatieresultaten van de gebudgetteerde zorginstellingen. De enquête is uitgevoerd door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De respons van de enquête over 1998 tot en met 2000 was zo groot dat een betrouwbaar beeld is verkregen.

In de opbouw van het niet-vreemd vermogen, wordt in deze tabel het volgende onderscheid gehanteerd:

- eigen vermogen in enge zin (kapitaal, reserve aanvaardbare kosten (RAK) en overige reserves);
- de reserves instandhouding en inventaris;
- voorzieningen.

De niet-vreemde vermogens per sector variëren in 2000 tussen de 8,8% en 28,6%. Hierbinnen variëren de percentages eigen vermogen in enge zin per sector tussen de 4,7% en 19,7%.

Het gaat om een enquête. Dit betekent dus dat de absolute bedragen die zijn opgenomen niets zeggen over de totale absolute omvang van het niet-vreemd vermogen.

Sinds 1 januari 2000 is de nieuwe Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen (RJZ) van toepassing. De cijfers over 1998 zijn gebaseerd op de oude regeling, de cijfers over 1999 zijn gedeeltelijk aangepast aan de nieuwe richtlijnen en de cijfers over 2000 zijn geheel gebaseerd op de nieuwe Regeling. In de laatste drie kolommen staan de ontwikkelingen in de percentages over de drie jaren, maar deze cijfers zijn onderling moeilijk vergelijkbaar. De relatieve omvang van de post 'voorzieningen' daalt. Dit is te verklaren door de nieuwe RJZ. Hierin is een striktere definitie van het begrip voorzieningen opgenomen.

TABEL B.1

Enquête exploitatieresultaten niet-vreemd vermogen zorginstellingen

in €	2000	1999	1998	verschillen 2000 ten opzichte van 1999	verschillen 1999 ten opzichte van 1998	verschillen 2000 ten opzichte van 1998
ziekenhuizen						
niet vreemd vermogen (respons 84%)	587.044.645	605.022.008	579.558.016			
aanvaardbare kosten (in %)	10,7	11,6	11,7	-0,9	-0,1	-1,0
waarvan:						
- eigen vermogen in enge zin	5,5	5,5	5,5	0,0	-0,1	-0,1
- reserves instandhouding en inventaris	3,4	3,2	3,0	0,2	0,3	0,4
- voorzieningen	1,8	2,9	3,2	-1,1	-0,3	-1,4
- instellingen met een negatief niet-vreemd vermogen	2,0	0,0	1,0			
totaal (in %)	2,0	0,0	1,0			
radiotherapeutische centra						
niet vreemd vermogen (respons 57%)	6.358.303	6.053.507	5.168.008			
aanvaardbare kosten (in %)	28,6	27,5	25,3	1,1	2,2	3,3
waarvan:						
- eigen vermogen in enge zin	19,7	18,5	17,5	1,2	1,0	2,1
- reserves instandhouding en inventaris	3,6	1,8	0,5	1,8	1,3	3,1
- voorzieningen	5,4	7,2	7,3	-1,9	-0,1	-1,9
- instellingen met een negatief niet-vreemd vermogen	0,0	0,0	0,0			
totaal (in %)	0,0	0,0	0,0			
revalidatiecentra						
niet vreemd vermogen (respons 55%)	35.961.944	31.312.375	30.697.705			
aanvaardbare kosten (in %)	17,2	15,8	16,4	1,4	-0,6	0,8
waarvan:						
- eigen vermogen in enge zin	11,5	9,6	9,4	1,9	0,2	2,1
- reserves instandhouding en inventaris	2,6	2,1	2,1	0,5	0,0	0,5
- voorzieningen	3,1	4,1	4,9	-1,0	-0,8	-1,9
- instellingen met een negatief niet-vreemd vermogen	0,0	1,0	1,0			
totaal (in %)	0,0	3,8	3,8			
academische ziekenhuizen						
niet vreemd vermogen (respons 50%)	142.254.652	19.455.509	171.563.863			
aanvaardbare kosten (in %)	17,4	25,4	24,2	-8,0	1,2	-6,8
waarvan:						
- eigen vermogen in enge zin	7,4	7,1	5,3	0,3	1,7	2,0
- reserves instandhouding en inventaris	4,4	4,7	8,2	-0,3	-3,4	-3,7
- voorzieningen	5,6	13,6	10,7	-8,0	2,9	-5,1
- instellingen met een negatief niet-vreemd vermogen	0,0	0,0	0,0			
totaal (in %)	0,0	0,0	0,0			

