

RAPPORTAGE ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR

1998

Deel 1 : Hoofdrapport

Opgesteld door: NIVEL, NZi en OSA

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

RAPPORTAGE
ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR
1998

DEEL 1: HOOFDRAPPORT

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

Augustus 1998

RAPPORTAGE
ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR
1998

DEEL 1: HOOFDRAPPORT

Augustus 1998

NIVEL

*T. Wiegers
L. Hingstman*

NZi

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

OSA

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

'INHOUD

pag.

VERKLARING DER TEKENS	5
VOORWOORD	7
1. INLEIDING	9
2. ONTWIKKELINGEN OP DE ARBEIDSMARKT	11
2.1. Inleiding	11
2.2. Economische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt	11
2.3. Ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorgsector en de Nederlandse economie	12
2.3.1. Aantal banen en arbeidsvolume	12
2.3.2. Werkzame personen en arbeidsvolume naar een aantal kenmerken	13
2.4. Arbeidspotentieel en werkloosheid	15
2.5. Vacatures	18
2.6. Conclusies	19
3. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR	21
3.1. Inleiding	21
3.2. Algemene ontwikkelingen	21
3.2.1. Demografische ontwikkelingen	21
3.2.2. Sociaal culturele ontwikkelingen	24
3.2.3. Beleidsmatige ontwikkelingen	25
3.3. Ontwikkelingen binnen de zorgsectoren	28
3.3.1. Ziekenhuiszorg	28
3.3.2. Geestelijke gezondheidszorg	28
3.3.3. Gehandicaptenzorg	28
3.3.4. Ouderenzorg	28
3.3.5. Thuiszorg	28
3.3.6. Apotheken	29
3.3.7. Ambulancehulpverlening	29
3.4. Gebruik van zorg naar beroepsgroep	30
3.4.1. Medische beroepen	30
3.4.2. Paramedische beroepen	30
3.4.3. Verplegende en verzorgende beroepen	31
4. WERKNEMERS IN DE ZORGSECTOR	35
4.1. Inleiding	35
4.2. Ontwikkelingen in het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen	35
4.3. Ontwikkeling van het arbeidsvolume in relatie tot de produktie	36
4.4. Arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden	37
4.5. De zorgsector en werkgelegenheidsbeleid	38

Vervolg INHOUD

pag.

5. BEROEPEN IN DE ZORGSECTOR	41
5.1. Overzicht zorgberoepen en zorgopleidingen	41
5.1.1. Beroepsbeoefenaren	41
5.1.2. Opleiden	42
5.2. Medische beroepen	44
5.2.1. Aantal werkzame personen	44
5.2.2. Achtergrondkenmerken	45
5.2.3. Opleiding	47
5.2.4. Werkloosheid	47
5.2.5. Medische specialisten	47
5.3. Paramedische beroepen	49
5.3.1. Aantal werkzame personen	49
5.3.2. Achtergrondkenmerken	50
5.3.3. Opleiding	51
5.3.4. Werkloosheid	52
5.4. Verplegende en verzorgende beroepen	53
5.4.1. Aantal werkzame personen	53
5.4.2. Achtergrondkenmerken	55
5.4.3. Opleiding	56
5.4.4. Etniciteit	58
5.4.5. Werkloosheid	59
5.5. Assisterende beroepen	59
5.5.1. Aantal werkzame personen	59
5.5.2. Achtergrondkenmerken	59
5.5.3. Opleiding	60
5.5.4. Werkloosheid	60
6. INFORMATIEVOORZIENING	61
6.1. Beroepen	61
6.2. Voorzieningen	63
6.3. Kanttekening externe dataleveranciers	64
LITERATUUR EN BRONNEN	67
LIJST VAN AFKORTINGEN	73
BIJLAGEN	77

VERKLARING DER TEKENS

.	=	gegevens ontbreken (tenzij anders aangeduid)
-	=	nul
niets (blank)	=	een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
<	=	minder dan, respectievelijk kleiner dan
>	=	meer dan, respectievelijk groter dan
$\leq$	=	minder/kleiner dan of gelijk aan
$\geq$	=	meer/groter dan of gelijk aan
1993-1997	=	1993 tot en met 1997

VOORWOORD

De Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) is een jaarlijkse rapportage waarin de stand van zaken wordt weergegeven betreffende arbeidsmarktontwikkelingen binnen de zorgsector. De hier voor u liggende RAZ 1998 is totstandgekomen in een samenwerkingsverband van een drietal onderzoeksbureaus: het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg); het NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg en de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek).

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

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

- drs. J. Poorter (Ministerie van VWS)
- drs. J. Weiland (Ministerie van VWS)
- drs. J.J.G.M. van den Hoek (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg)
- mw. drs. E.C. Laman-Trip (AWOZ)
- drs. E.R. Smits (CBS)
- dr. P.C. Allaart (OSA, voorzitter)
- mw. A.M. de Voogd-Hamelink (OSA, secretaris)

Het onderzoek is uitgevoerd door de volgende personen:

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

Tilburg/Utrecht, augustus 1998.

1 INLEIDING

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

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

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

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

De RAZ bestaat uit twee delen. Het hier voorliggende deel 1 kan als het hoofdrapport worden beschouwd. Beschrijvenderwijs worden hierin de belangrijkste actuele ontwikkelingen weergegeven. In de tekst en in een bijlage zijn tabellen opgenomen die daarvoor relevant zijn. Hieronder bevinden zich ook enkele algemene overzichtstabellen betreffende de arbeidsmarkt in de zorgsector. Dat zijn met name de tabellen 3 en 4 in bijlage 1.

Het tweede deel is een tabellenrapport, dat afzonderlijk wordt gepubliceerd. Dit tabellenrapport bevat gedetailleerde cijfermatige informatie over de jaren 1993 t/m 1997 betreffende een groot aantal beroepsgroepen en subsectoren van de zorgsector. Er zijn dit jaar extra inspanningen verricht om aanbod en kenmerken van specialisten beter in beeld te brengen.

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

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

Het karakter van de RAZ houdt in dat het een produkt is dat enerzijds een grote mate van continuïteit in de opgenomen gegevens wenselijk maakt en dat anderzijds wordt ingespeeld op actuele ontwikkelingen en beschikbaarheid van nieuwe gegevensbronnen. De opstellers zullen daarom waar mogelijk proberen verdere verbeteringen aan te brengen. Suggesties daartoe van lezers zijn eveneens welkom. De opstellers houden zich tevens aanbevolen voor het aangeven van mogelijkheden om informatielacunes op te vullen.

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

2 ONTWIKKELINGEN OP DE ARBEIDSMARKT

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een globale beschrijving van actuele ontwikkelingen op de Nederlandse arbeidsmarkt en de positie van de zorgsector daarin. Begonnen wordt met de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in het algemeen (2.2). Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkeling en de structuur van de werkgelegenheid in de sector zorg en welzijn, in vergelijking met de Nederlandse economie als geheel (2.3). Het onbenutte arbeidspotentieel en de werkloosheid komen aan de orde in 2.4. Aan de vraagzijde van de markt bieden het aantal openstaande vacatures, alsmede enkele kenmerken daarvan, enig aanvullend inzicht in de arbeidsmarktsituatie in de sector en de economie als geheel (2.5).

2.2 Economische ontwikkelingen en de arbeidsmarkt

De Nederlandse economie blijft zich voorspoedig ontwikkelen. De werkgelegenheid kan daardoor flink toenemen. Volgens de Arbeidsrekeningen van het CBS nam het aantal banen van werknemers in 1995, 1996 en 1997 toe met respectievelijk 111.000, 147.000 en 171.000. In arbeidsjaren uitgedrukt bedroeg de groei respectievelijk 69.000, 86.000 en 131.000. Uit de genoemde aantallen blijkt dat er niet alleen een versnelling is opgetreden in de groei van het aantal banen, maar dat in 1997 een toenemend deel bestond uit voltijdbanen. Sinds 1990 was het aantal voltijdbanen niet meer zo sterk gegroeid. De toename van het aantal deeltijdbanen en flexibele banen was in 1997 juist iets lager dan in 1995 en 1996. De procentuele groei in arbeidsjaren was daardoor bijna even groot als in aantal werkzame personen, zodat de p/a-ratio nauwelijks toenam. Deze stabiliseerde zich min of meer op 122,5.

Door de sterke groei van de werkgelegenheid daalt de werkloosheid sneller dan verwacht. De geregistreerde werkloosheid bedroeg in 1997 gemiddeld 375.000 tegen 440.000 in 1996. Deze daling met 65.000 was groter dan in 1994 en 1995 (beide jaren 24.000). De daling van de werkloosheid heeft zich in een steeds hoger tempo voltrokken en zet zich door in 1998.

Tegenover de versnelde daling van de werkloosheid staat een eveneens versnelde toename van het aantal openstaande vacatures. Van september 1996 tot september 1997 nam dat toe met 21.000 tot een totaal van 82.000. In het daaraan voorafgaande jaar bedroeg de toename 6.000. In maart 1998 was de toename op jaarbasis opgelopen tot ruim 40.000; het totale aantal openstaande vacatures was toen 122.000.

Alles bijeen wijst het voorgaande op een in hoog tempo verkrappende arbeidsmarkt.

Voor 1998 wordt door het Centraal Planbureau (CPB) een economische groei verwacht van ruim 3,5%. De werkgelegenheidsgroei zal opnieuw hoog zijn: naar verwachting zal het aantal werkzame personen met 160.000 toenemen. In 1999 zal de economische groei vermoedelijk iets afzakken tot 3%, maar dat is nog steeds relatief hoog. Bij die groei kan het aantal werkzame personen opnieuw met meer dan 100.000 toenemen.

De groei van het arbeidsaanbod zal ongeveer 70.000 à 80.000 personen per jaar bedragen, zodat de werkloosheid in 1998 fors en in 1999 in een gematigder tempo

verder daalt. De reeds merkbaar wordende verkrapping van de arbeidsmarkt zet dus naar verwachting nog enige tijd door. Knelpunten in de personeelsvoorziening zullen daardoor manifester en algemener worden.

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

2.3.1 Aantal banen en arbeidsvolume

Er zijn diverse bronnen betreffende de werkgelegenheid in de zorgsector, die niet altijd met elkaar sporen. De meest gedetailleerde gegevens kunnen worden ontleend aan de Gezondheidsstatistieken e.d. van het CBS, aan enquêtes en registratiegegevens van het NZi en aan diverse andere registraties. De meeste gegevens in de RAZ hebben hierop betrekking. Deze geven ook de beste aansluiting bij het Jaaroverzicht Zorg (JOZ).

Indien op een geaggregeerder niveau wordt gekeken en de zorgsector in het kader wordt geplaatst van de economie als geheel, zijn CBS-gegevens over arbeid en lonen het meest adequaat. Gezien het karakter van dit hoofdstuk worden daarom vooral de laatstgenoemde gegevens gebruikt, in tegenstelling tot de volgende hoofdstukken. Er wordt aangesloten bij de nieuwe Standaard Bedrijfsindeling (SBI 1993) van het CBS. Daarin wordt onderscheiden de sector N, die benoemd is als Gezondheids- en welzijnszorg. Daarbinnen kan weliswaar een vierdeling worden gemaakt, maar om verwarring te voorkomen wordt die in de RAZ grotendeels achterwege gelaten¹; er is namelijk geen directe koppeling mogelijk met de verdelingen die verder in de RAZ gebruikelijk zijn.

Volgens de Arbeidsrekeningen van het CBS bedroeg het aantal banen in de Gezondheids- en welzijnszorg in 1997 875.000 (exclusief zelfstandigen). Omdat het voorkomt dat een persoon meer dan een baan heeft, was het aantal werkzame personen lager, namelijk 841.000. Deze cijfers betreffen het aantal werknemers, inclusief degenen die minder dan 12 uur per week werken (102.000) en om die reden officieel niet tot de beroepsbevolking worden gerekend. Daarnaast waren er bijna 70.000 zelfstandigen in de sector werkzaam, van wie er ruim 50.000 tenminste 12 uur per week werken.

Van de Arbeidsrekeningen zijn reeksen beschikbaar vanaf 1987. In vorige versies van de RAZ is een overzicht gegeven van de ontwikkeling van het aantal banen en het arbeidsvolume in arbeidsjaren voor de periode 1987-1996. Daarbij werd de sector Gezondheids- en welzijnszorg vergeleken met de Nederlandse economie als geheel.

In dit rapport zal de periode 1994-1997 worden gezien, omdat in de loop van 1994 de arbeidsmarktsituatie is verbeterd en een periode is ingezet van een aanvankelijk nauwelijks merkbare, maar later meer manifeste, verkrapping van de arbeidsmarkt.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van het aantal banen en het arbeidsvolume in arbeidsjaren, beide uitgesplitst naar voltijdbanen enerzijds en deeltijd- en flexibele banen anderzijds.

¹ Een uitzondering hierop is tabel 1 in de bijlage, betreffende vacaturegegevens.

Tabel 2.1: Ontwikkeling van het aantal banen van werknemers in de Nederlandse economie en de sector zorg en welzijn, 1994-1997 (x 1.000)

	Nederlandse economie		Zorg en welzijn	
	absolute toename	% mutaties per jaar	absolute toename	% mutaties per jaar
Totaal aantal banen	+429	+2,3	+62	+2,5
waarvan: - mannen, voltijd	+50	+0,6	0	0
- mannen, deeltijd of flexibel	+128	+6,3	+12	+7,2
- vrouwen voltijd	-2	-0,1	-13	-3,1
- vrouwen, deeltijd of flexibel	+253	+4,8	+63	+3,9
Totaal aantal arbeidsjaren	+286	+2,0	+36	+2,2
waarvan: - mannen, voltijd	+50	+0,6	0	0
- mannen, deeltijd of flexibel	+86	+8,9	+7	+7,0
- vrouwen voltijd	-2	-0,1	-13	-3,1
- vrouwen, deeltijd of flexibel	+153	+6,1	+41	+5,1

Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

Uit de tabel blijkt dat het aantal banen in de Nederlandse economie in drie jaar tijd met 429.000 is toegenomen en het aantal arbeidsjaren met 286.000. In de voorgaande paragraaf is reeds aangegeven dat er in de loop van de tijd een versnelling in de groei is opgetreden. In de Gezondheidszorg- en welzijnssector (SBI N) bedroeg de groei in dezelfde periode 62.000 banen en 36.000 arbeidsjaren. De gemiddelde procentuele groei was zowel voor het aantal banen als voor het aantal arbeidsjaren een fractie hoger dan die van de economie als geheel.

De groei was geconcentreerd in de deeltijdbanen en/of flexibele banen. Alleen bij mannen nam ook het aantal voltijdbanen toe. Opvallend is het beeld bij de voltijdbanen van vrouwen. Als dit in de zorg-en welzijnssector niet zo zou zijn afgenomen, was er voor de economie als geheel een positieve groei geweest. Overigens is ook in de zorg- en welzijnssector in 1997 een kentering opgetreden. Voor het eerst sinds lange tijd vertoonde het aantal vrouwen met een voltijd baan in dat jaar een geringe groei.

Het aandeel van de zorg- en welzijnssector in de werkgelegenheidsgroei was 14,5% in het aantal banen en 12,5% in het aantal arbeidsjaren. Deze aandelen in de groei liggen een fractie boven de aandelen in de bestanden, wat spoort met de reeds geconstateerde fractioneel hogere gemiddelde groei per jaar.

Uit de tabel valt verder af te leiden dat het aandeel van mannen in de sectorale groei ongeveer een vijfde bedraagt. Voor de gehele economie is dat ruim het dubbele, maar zelfs in arbeidsjaren nemen de vrouwen hier meer dan de helft voor hun rekening.

2.3.2 Werkzame personen en arbeidsvolume naar een aantal kenmerken

In de vorige paragraaf stond de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de Gezondheids- en welzijnszorg centraal. In deze paragraaf wordt gekeken naar de samenstelling van zowel de werkzame beroepsbevolking als het arbeidsvolume. De werkzame beroepsbevolking betreft alleen personen die tenminste 12 uur per week werken in loondienst of als zelfstandige. In het arbeidsvolume zijn ook de banen van minder dan 12 uur per week meegenomen, maar die hebben uiteraard maar een geringe invloed op de totale hoeveelheid werk. Volgens de Arbeidsrekeningen van het CBS werken er in de sector Gezondheidszorg en welzijn ruim 100.000 personen minder dan 12 uur per week. Gemiddeld zijn er 6 van deze personen nodig om een arbeidsjaar te vullen: ze leveren 17.000 arbeidsjaren, wat 3% van het totaal is.

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de samenstelling van de werkzame beroepsbevolking naar geslacht, leeftijd en opleiding, en tabel 2.3 van het arbeidsvolume naar een aantal kenmerken.

Tabel 2.2: Samenstelling van de werkzame beroepsbevolking, inclusief zelfstandigen, in de Gezondheids- en welzijnszorg en in de Nederlandse economie (totaal), naar geslacht, leeftijd en opleiding, 1997

	Zorgsector %	Totaal %
Totaal	100	100
Geslacht		
Mannen	23	62
Vrouwen	77	38
Leeftijd		
15-24 jaar	9	12
25-44 jaar	64	59
45-64 jaar	27	29
Opleiding		
Basisonderwijs	4	7
MAVO/LBO	11	21
HAVO/WVO/MBO	50	45
HBO	23	18
WO	12	9

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking, 1997

Het belangrijkste afwijkende kenmerk van de zorgsector is het grote aandeel vrouwen. Bestaat de werkzame beroepsbevolking in totaal voor 38% uit vrouwen, in de zorgsector is dat 77%.

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

Het opleidingsniveau is in de zorgsector hoger dan gemiddeld. Het aandeel laagopgeleiden, dat wil zeggen tot en met MAVO/LBO-niveau, bedraagt 15% tegen in de economie als geheel 28%. Daarentegen is het aandeel met een middelbare opleiding in de zorgsector groter dan gemiddeld. Dat geldt eveneens personen met een hogere beroepsopleiding. Bij het percentage academici moet worden aangetekend dat het hier in de zorgsector veel zelfstandige beroepsbeoefenaren betreft. Indien alleen de werknemers in ogenschouw worden genomen is het aandeel met een wo-opleiding niet veel hoger dan gemiddeld, zo blijkt uit de Arbeidsrekeningen van het CBS.

Tabel 2.3 laat zien dat het aandeel van mannen in het arbeidsvolume groter is dan in het aantal werkzame personen. Dat komt uiteraard doordat mannen minder in deeltijd en dus gemiddeld meer uren per week werken. In de zorgsector bedroeg het aandeel van mannen in het arbeidsvolume in 1997 28%, tegen 68% voor het totaal van de economie.

Tabel 2.3: Arbeidsvolume in arbeidsjaren in de Gezondheids- en welzijnszorg en de Nederlandse economie (totaal), naar een aantal kenmerken, 1997

	Zorgsector %	Totaal %
Totaal	100	100
Geslacht		
Mannen	28	68
Vrouwen	72	32
Positie dienstbetrekking		
Zelfstandig	7	11
Werknemer	93	89
Werknemers		
Waarvan: - voltijd	41	74
- deeltijd	54	19
- flexibel	5	7

Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

Het grote belang van deeltijdarbeid blijkt zonneklaar. Meer dan de helft van al het werk in de Gezondheidszorg en welzijnssector wordt in deeltijd verricht. Gemeten in banen is het aandeel uiteraard nog groter, namelijk 64%. Tevens blijkt uit tabel 2.3 dat het aandeel van werknemers in flexibele banen (voornamelijk tijdelijke contracten van korter dan 1 jaar en oproepkrachten) in het arbeidsvolume in de zorgsector met 5% lager is dan in de economie als geheel (7%). Bij deze cijfers moet worden bedacht dat uitzendkrachten in dienst zijn van de uitzendbureaus en derhalve niet begrepen in de flexibele arbeid in de zorgsector, maar wel in het totaal van de economie.

2.4 Arbeidspotentieel en werkloosheid

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

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

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

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

Tabel 2.4: Totale en vrouwelijke bevolking van 15-64 jaar, naar arbeidsmarktpositie, 1994-1997 (x 1000)

	Totaal			Vrouwen		
	1994	1997	verschil	1994	1997	verschil
Werkzame beroepsbevolking	5.920	6.400	+480	2.172	2.450	+278
Werkloze beroepsbevolking	547	438	-109	280	246	-34
waarvan: Niet-werkend	479	374	-105	228	199	-29
Werkt minder dan 12 uur per week	68	64	-4	52	47	-5
Wil werken, niet zoekend of niet beschikbaar	631	582	-49	429	401	-28
waarvan: Afgelopen 6 maanden gezocht	124	109	-15	78	72	-6
Afgelopen 6 maanden niet gezocht	248	230	-18	170	155	-15
Niet beschikbaar	259	243	-16	181	174	-7
Wil geen betaald werk van min. 12 uur per week	3.375	3.142	-233	2.275	2.114	-161
waarvan: Niet werkend	2.671	2.348	-323	1.786	1.564	-222
Werkt minder dan 12 uur per week	704	794	+90	489	550	+61
Totale bevolking 15-64 jaar	10.473	10.563	+90	5.156	5.209	+53

Bron: CBS, Enquête beroepsbevolking.

In tabel 2.4 wordt een kwantitatieve invulling aan bovenstaande categorisering gegeven. Daarbij zijn naast de kolommen voor de totale bevolking ook kolommen opgenomen voor vrouwen. Voor de zorgsector is immers het arbeidspotentieel van vrouwen speciaal van belang. In deze tabel is dezelfde periode (van een aantrekkelijke arbeidsmarkt) weergegeven als in tabel 2.1.

De omvang van de werkloze beroepsbevolking bedroeg in 1997 438.000 personen. In 1994 waren dat er nog 547.000. Het aandeel vrouwen hierin bedroeg in 1994 al ruim de helft, en is intussen nog wat hoger geworden. In absolute zin nam ook het aantal werkloze vrouwen af, maar het toenemende arbeidsaanbod geeft een voortdurende aanwas van werkzoekenden.

Een ontwikkeling van de laatste jaren is dat het aantal personen dat niet actief werk zoekt, maar wel zegt te willen werken, aan het afnemen is. Dat geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Het aantal personen dat geen betaald werk wil van tenminste 12 uur per week is fors afgenomen. Deze afname betreft voor bijna 70% vrouwen. Bovendien is er van deze categorie een toenemend deel dat wel werkt, maar minder dan 12 uur per week. Van de vrouwen was dat in 1997 26% tegen 21% in 1994.

Uit de tabel blijkt dat de tendens tot een hogere arbeidsparticipatie sterk aanwezig is. Het potentieel niet-actieven dat werk zoekt en/of wil werken wordt kleiner, maar is

overigens nog van behoorlijke omvang. Het was in 1997 zelfs nog iets groter dan in 1992, toen zich een verslechtering van de arbeidsmarktsituatie begon af te tekenen. Voor de zorgsector is van belang dat dit al dan niet sluimerende arbeidspotentieel onder vrouwen enkele honderdduizenden personen betreft. Uit de gegevens kan echter niet worden afgeleid in hoeverre die inzetbaar zijn in de zorgsector. Om hierin enig inzicht te krijgen wordt in het volgende gebruik gemaakt van andere gegevensbronnen.

Tabel 2.5 geeft informatie over het aantal nieuwe WW-uitkeringen in verband met ontslagwerkloosheid. In 1994 bereikte het aantal nieuwe uitkeringen een hoogtepunt, zowel voor het totaal van de uitkeringsinstanties als voor de toenmalige BVG die de uitkeringen voor de gezondheidszorg en welzijnssector grotendeels verzorgt. Vanaf 1995 heeft zich een daling ingezet. In 1997 lag het aantal nieuwe uitkeringen tussen dat van 1992 en 1993. Voor 1998 kan een verdere daling worden verwacht, maar het niveau zal vermoedelijk boven dat van 1990 blijven.

Tabel 2.5: Aantal nieuwe uitkeringen in verband met ontslagwerkloosheid BVG en totaal bedrijfsverenigingen, 1994-1997

	BVG		Totaal	
	x 1000	(1990=100)	x 1000	(1990=100)
1994	64,9	173	611,2	184
1995	61,3	163	579,2	174
1996	58,5	157	560,0	169
1997	51,6	138	486,2	146

Bron: Ctsv/Lisv.

Het aantal nieuwe WW-uitkeringen geeft een indicatie over de ontwikkeling van het aantal uitkeringsgerechtigde werkzoekenden. Over het niveau van het aantal feitelijk werkzoekenden zegt het echter weinig. Er zijn immers ook personen met een bijstands-uitkering en zonder uitkering die werk zoeken.

Een indruk van het aantal personen dat werk zoekt in de zorgsector kan worden verkregen uit de enquête "Hoe zoeken werkzoekenden" die in opdracht van Arbeidsvoorziening wordt uitgevoerd door Research voor Beleid. Daarbij is een onderscheid mogelijk tussen personen die wel of niet staan ingeschreven bij een arbeidsbureau. Tabel 2.6 geeft een overzicht voor de periode 1993-1997, waarbij cijfers voor 1996 ontbreken vanwege een tijdelijke discontinuïteit in de enquête.

Tabel 2.6: Aantal baanzoekers en baanvinders in de zorgsector naar inschrijving bij RBA, 1993-1997 (x 1.000)

	Baanzoekers		Baanvinders	
	totaal	waarvan RBA	totaal	waarvan RBA
1993	36	16	34	11
1994	34	17	23	11
1995	36	15	35	13
1997	33	10	40	8

Bron: Arbeidsvoorziening/Research voor Beleid.

Uit de tabel blijkt dat het aantal werkzoekenden in 1997 slechts weinig lager was dan in de voorgaande jaren. Wel is een relatief grote afname te constateren voor ingeschrevenen bij een arbeidsbureau. Waarschijnlijk is het aandeel werkzoekenden zonder uitkering groter geworden. De tabel bevat eveneens informatie over het aantal baanvinders, waarbij de baanveranderaars zijn meegeteld. Hier is een flinke stijging waar te nemen, waarbij overigens het niveau van 1992 (niet in tabel) nog niet is bereikt. Opvallend is de daling van het aantal personen dat een baan in de zorgsector via het arbeidsbureau heeft gevonden. Gold dat in 1993 nog voor een op de drie, in 1997 was dat niet meer dan een op de vijf.

Concluderend kan worden gesteld dat de afgelopen jaren het aantal voor de zorgsector relevante werklozen met een uitkering is afgenomen, hetgeen spoort met een daling van het aantal dat via een arbeidsbureau naar werk zoekt. Het totaal aantal werkzoekenden neemt echter niet veel af en blijft op een niveau van ruim 30.000.

2.5 Vacatures

Behalve werkloosheidscijfers geven ook vacaturegegevens een indicatie voor de situatie op de arbeidsmarkt. Een voordeel hiervan is dat zij beter direct aan een sector zijn te koppelen. Zowel voor de Nederlandse economie als geheel als voor de sector zorg en welzijn bereikte het aantal openstaande vacatures in 1993 een dieptepunt: in beide gevallen bedroeg het 0,7% van het aantal werkzame personen. Vanaf 1994 is er een herstel opgetreden, zoals tabel 2.7 laat zien. Voor het totaal van de economie is dat herstel relatief krachtiger geweest dan voor de gezondheidszorg en welzijnssector.

Het aandeel moeilijk vervulbare vacatures is over de hele periode in de zorgsector lager geweest dan in de economie als geheel. In de loop van de tijd is dat verschil groter geworden.

Zoals eerder in dit hoofdstuk reeds vermeld wijzen de meest recente vacaturegegevens van het CBS erop dat het aantal openstaande vacatures in een rap tempo toeneemt. Hoewel precieze gegevens ontbreken, mag worden aangenomen dat dit ook in de zorgsector het geval is. De ervaring leert dat ook het aandeel moeilijk vervulbare vacatures zal toenemen.

Tabel 2.7: Totaal aantal en moeilijk vervulbare vacatures in de Gezondheids- en welzijnszorg en de Nederlandse economie, 1993-1997

	Zorgsector		Totaal	
	totaal	m.v.v. (%)	totaal	m.v.v. (%)
1993	5.100	15,7	33.500	18,2
1994	5.700	14,0	39.400	20,1
1995	6.900	13,0	55.200	26,6
1996	7.100	18,3	61.100	28,0
1997	8.700	19,5	82.000	33,8

Bron: CBS, Vacature-enquête, gegevens derde kwartaal.

Een confrontatie tussen het aantal vacatures en het aantal werkzoekenden is voor de totale economie globaal mogelijk. Tegenover 82.000 vacatures stonden in 1997 meer

dan 400.000 werkzoekenden. Voor de zorgsector is een dergelijke vergelijking moeilijker, omdat het aantal voor de sector relevante werkzoekenden niet precies bekend is. Op grond van gegevens uit het onderzoek "Hoe zoeken werkzoekenden" van Arbeidsvoorziening kan ruwweg een aantal worden geschat van ruim 30.000. Daar stonden bijna 9000 vacatures tegenover. De arbeidsmarktsituatie in 1997 was daarmee ongeveer vergelijkbaar met 1991/1992, wat als tamelijk evenwichtig te kenmerken is. Er is wel een behoorlijk onbenut arbeidspotentieel, maar dat sluit kwalitatief blijkbaar niet goed aan bij de vraag naar arbeid.

Voor 1998 kan de arbeidsmarkt, met een verder afnemende werkloosheid en een toenemend aantal vacatures, als duidelijk verkrappend worden getypeerd. Ook in de zorgsector zijn plaatselijk en voor bepaalde beroepsgroepen knelpunten te verwachten.

2.6 Conclusies

De Nederlandse economie vertoont al een aantal jaren een gezonde groei, hetgeen zich weerspiegelt in de arbeidsmarkt. Het aantal werkzame personen neemt vanaf 1995 toe met meer dan 100.000 per jaar. Ook in 1998 en 1999 zal dat het geval zijn. De werkgelegenheid in de zorgsector groeit de laatste jaren evenredig mee.

Vanaf 1995 doet zich een daling voor van de voor de zorgsector relevante werkloosheid. Tevens neemt het aantal vacatures toe, al is die toename relatief minder groot dan in andere sectoren. Per saldo kan de arbeidsmarkt in de zorgsector in 1997 als redelijk evenwichtig worden gekarakteriseerd. Voor 1998 tekent zich echter duidelijk een verkrapping af, die naar het zich laat aanzien in 1999 in scherpte zal winnen.

Voor de zorgsector is van belang dat er in de Nederlandse economie nog steeds een groot onbenut arbeidspotentieel is, dat voor een belangrijk deel uit vrouwen bestaat. Voor belangrijke personeelstekorten hoeft daarom in zijn algemeenheid voorlopig nog geen vrees te bestaan. Voor sommige categorieën met specialistische opleidingen en in bepaalde regio's kunnen echter in toenemende mate knelpunten optreden.

3 ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal ontwikkelingen binnen de zorgsector die direct of indirect van invloed zijn op de arbeidsmarkt voor de zorgberoepen. In de eerste plaats wordt aandacht geschonken aan de ontwikkelingen in de zorgvraag. Daarbij worden demografische, sociaal-culturele en beleidsmatige ontwikkelingen beschreven die, naar verwacht wordt, in de nabije toekomst van invloed zullen zijn op de ontwikkelingen in de zorgsector. Vervolgens worden ontwikkelingen binnen de verschillende sectoren van de zorgsector en binnen verschillende beroepsgroepen besproken.

3.2 Algemene ontwikkelingen

3.2.1 Demografische ontwikkelingen

Op 31 december 1997 telde Nederland 15,650 miljoen inwoners, een toename van 83 duizend ten opzichte van het aantal inwoners op 1 januari 1997 (15,567 miljoen) en een toename van 90 duizend ten opzichte van de prognose van 1996 (15,560 miljoen). De reden dat het werkelijk aantal inwoners hoger is dan de prognose is vooral gelegen in het feit dat in de laatste maanden van 1996 het aantal geboorten hoger was dan verwacht. Er werden in 1996 ruim 4 duizend (2,2%) meer kinderen geboren dan voorspeld. Verder was het migratiesaldo hoger dan verwacht (De Beer, 1998).

In 1997 is, na een daling in de afgelopen jaren, voor het eerst weer een stijging van het aantal geboortes waargenomen: er zijn 1.500 kinderen meer geboren in 1997 dan in het jaar daarvoor. De verklaring hiervoor wordt gezocht in het toenemend vertrouwen in de economie. Uit onderzoek is gebleken dat, als het vertrouwen in de economie toeneemt, het vruchtbaarheidscijfer ongeveer anderhalf jaar later stijgt (De Beer & Prins, 1998). In tegenstelling tot de verwachtingen is in 1997 de gemiddelde leeftijd van vrouwen bij de geboorte van hun eerste kind niet verder gestegen, maar vrijwel gelijk gebleven, namelijk 28 jaar en tien maanden. Het aantal sterfgevallen was in 1997 1.600 lager dan in 1996, de immigratie is in 1997 licht toegenomen ten opzichte van 1996, terwijl de emigratie voor het eerst sinds jaren is afgenomen (De Beer & Prins, 1998).

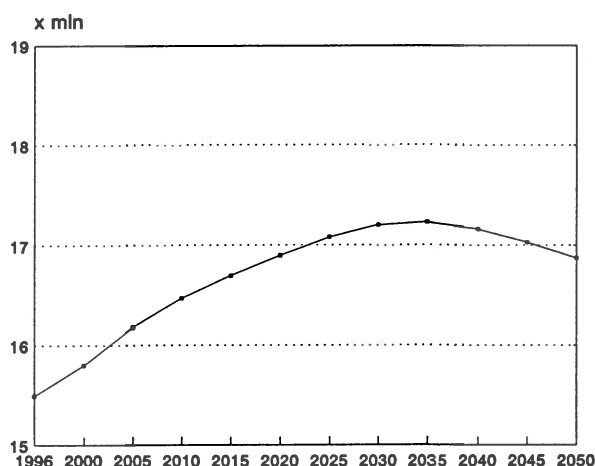
De nieuwe CBS-bevolkingsprognose voor de korte termijn (1997-2003) verschilt in zoverre van de prognose van vorig jaar, dat is uitgegaan van een hoger aantal geboorten. Volgens de nieuwe prognose is het aantal 0-6-jarigen in 2003 3% hoger dan in de vorige prognose. Dit is ten dele het gevolg van het feit dat het werkelijk aantal geboorten in 1996 hoger was dan voorspeld, waardoor het aantal 0-jarigen in 1997, het aantal 1-jarigen in 1998, het aantal 2-jarigen in 1999, enzovoort, hoger uitkomt dan in de eerdere prognose.

In de bevolkingsprognose 1996 was de veronderstelling over het gemiddelde kindertal naar beneden bijgesteld, omdat de voorspelde stijging van de vruchtbaarheid in achtereenvolgende prognoses zich niet bleek voor te doen. In de nieuwe prognose wordt nog steeds uitgegaan van de veronderstelling dat het geboortecijfer zal toenemen, als de 'uitgestelde' kinderen alsnog worden geboren. In de prognose van vorig jaar werd voor

1997 een aantal van 186 duizend geboorten voorspeld. In de nieuwe raming voor 1997 wordt een aantal van 195 duizend voorspeld, bijna 10 duizend meer dan in de vorige prognose (De Beer, 1998). De bijstelling van het geraamde geboortecijfer is niet beperkt tot 1997, vanwege de samenhang met de gunstige economische ontwikkeling. Op grond hiervan kan worden verwacht dat het vruchtbaarheidscijfer ook in 1998 hoog zal zijn.

De lange-termijnprognose wordt voortaan nog maar eens in de twee jaar geactualiseerd, evenals de huishoudings- en allochtonenprognose. De prognose van 1996 wordt daarom hier herhaald.

Figuur 3.1: Inwonersaantal 1996-2050. Bevolkingsprognose CBS 1996, middenvariant

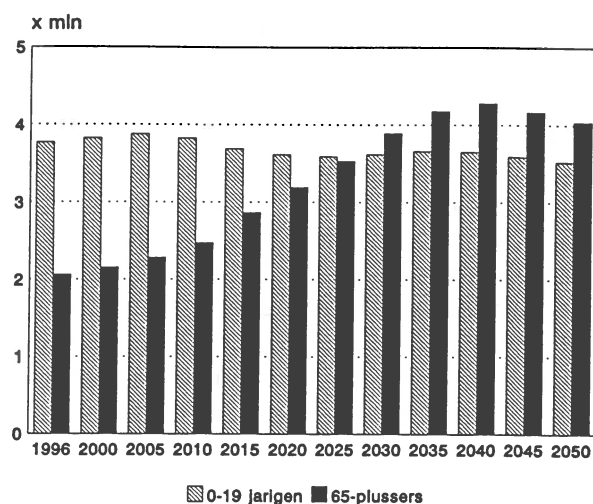


De komende tien jaar zal de bevolking met zo'n 70.000 personen per jaar toenemen. Door de hogere levensverwachting zal het aantal ouderen volgens de nieuwe prognose hoger zijn dan volgens de vorige prognoses.

De groep 0-19 jarigen neemt de komende tien jaar in absolute aantallen nog toe, maar blijft als percentage vrijwel stabiel op 24%. De daarop volgende 20 jaar (tot ± 2025) vermindert het aandeel van 0-19 jarigen in de totale bevolking geleidelijk tot 21%.

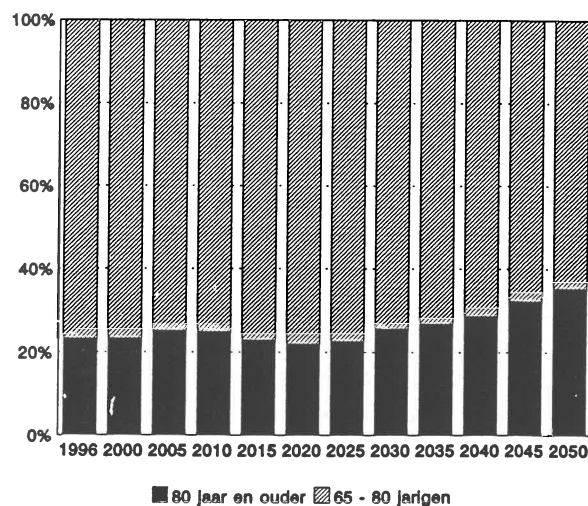
Volgens de nieuwe prognose zal het percentage 65-plussers toenemen tot een maximum van 25% rond 2040. Op dit moment is 13% van de bevolking 65 jaar of ouder. Het percentage 65-plussers zal de komende halve eeuw dus vrijwel verdubbelen (figuur 3.2).

Figuur 3.2: Absoluut aantal 0-19 jarigen en 65-plussers vanaf 1996 tot 2050. Bevolkingsprognose CBS 1996, middenvariant



Voor de gezondheidszorg is vooral het aantal hoogbejaarden belangrijk. Met 'dubbele vergrijzing' wordt bedoeld op de ontwikkeling die ertoe leidt dat binnen de groep ouderen de hoogbejaarden het sterkst toenemen. Op dit moment is een kwart van de 65-plussers 80 jaar of ouder. In 2050 zal dat een derde zijn (de Beer, 1997).

Figuur 3.3: Prognose voor het relatieve aandeel 80-plussers binnen de groep 65-plussers in de periode 1996 tot 2050. Bevolkingsprognose CBS 1996, middenvariant



Het relatieve aandeel van de groep van 80 jaar en ouder binnen de groep 65-plussers is op dit moment 23,3%. Over 10 jaar zal dat 25,2% zijn, waarna het weer zal dalen tot 22,1% in 2020. Daarna zal het aandeel van de groep van 80 jaar en ouder echter snel toenemen tot 35,5% van de 65-plussers in 2050 (figuur 3.3).

In de huishoudensprognose 1996 werd een toename van het aantal alleenstaanden verondersteld, veroorzaakt door een afname van de geneigdheid om te trouwen die niet wordt gecompenseerd door een toename van het ongehuwd samenwonen. Deze toename van het percentage alleenstaanden geldt in het bijzonder voor de middelbare leeftijdsgroepen. Onder jongeren (<20 jaar) en ouderen wordt de komende 25 jaar geen sterke verandering van het aandeel alleenstaanden verwacht. Verder wordt verwacht dat het percentage eenoudergezinnen licht zal dalen, terwijl de institutionele bevolking (mensen in inrichtingen, instellingen en tehuizen) niet in omvang zal veranderen, maar wel een kleiner aandeel van de bevolking zal gaan vormen (De Jong, 1997).

De Rijksplanologische Dienst (RPD) vervaardigt, op basis van de bevolkingsprognose van het CBS, regionale bevolkingsprognoses op het niveau van COROP-regio's. De COROP-indeling onderscheidt veertig regio's, die zowel functionele als bestuurlijke kenmerken hebben (Eichperger & Filius, 1998). Gekeken is naar de regionale verschillen in geboorte en sterfte en naar binnen- en buitenlandse migratie. Ook zijn er veronderstellingen geformuleerd voor toekomstige regionale ontwikkelingen. Het vruchtbaarheidscijfer vertoont duidelijke regionale verschillen, met een hoger dan gemiddeld vruchtbaarheidscijfer in een zone van gebieden, die ruwweg loopt van Zeeland via de riviergebieden, de Veluwe en Noordwest-Overijssel naar Zuidwest-Friesland. Ook in Flevoland is het vruchtbaarheidscijfer hoger dan gemiddeld. Een lager dan gemiddeld vruchtbaarheidscijfer is te vinden in het westen van het land, in een strook die van de Zaanstreek tot aan de regio Groot-Rijnmond loopt, en verder in Midden- en Zuid-Limburg, de regio Arnhem/Nijmegen en in Groningen. Deze verschillen blijken door de jaren heen te blijven bestaan, al neemt de grootte van de verschillen wel af. Ook de regionale sterfteverschillen laten door de jaren heen een grote mate van stabiliteit zien.

De RPD heeft een aantal veronderstellingen geformuleerd over de toekomstige ontwikkeling in regionale geboorte, sterfte en migratie voor de periode tot 2030. Wat betreft de vruchtbaarheid wordt verondersteld dat regionale verschillen zullen blijven bestaan, zij het in afgezwakte vorm. Ook wordt verondersteld dat de regionale sterfteverschillen in de prognoseperiode niet zullen veranderen. Voor binnenlandse en buitenlandse migratie zijn rekenmodellen opgesteld die zijn gebaseerd op waargenomen ontwikkelingen, waarbij recente trends voor de eerste prognosejaren zwaarder wegen dan voor latere prognosejaren. De conclusie is dat in de periode tot 2030 de bevolking het snelst zal groeien in de centraal gelegen gebieden, met name in de COROP-regio's die tot de noordvleugel van de Randstad behoren. De gebieden met relatief weinig toename (en in een enkel geval afname) hebben alle een min of meer perifere ligging (Eichperger & Filius, 1998).

3.2.2 Sociaal culturele ontwikkelingen

Volgens de allochtonenprognose 1996-2015 van het CBS zal de allochtone bevolking tot 2015 blijven groeien (Manting & Butzelaar, 1997). Het CBS hanteert twee verschillende definities voor het omschrijven van de allochtone bevolking, een ruime definitie en een beperkte definitie. Beide definities zijn gebaseerd op dezelfde criteria: het ge-

boorteland van de persoon zelf, het geboorteland van de moeder en het geboorteland van de vader. De ruime definitie telt iedereen als allochtoon indien één van deze drie personen niet in Nederland geboren is. De beperkte definitie rekent iemand tot de allochtone bevolking indien twee van de drie personen in het buitenland geboren zijn (Manting & Butzelaar, 1997). Volgens de beperkte definitie maakte in 1996 de tweede generatie een kwart uit van de allochtone bevolking. In 2015 zal dat bijna een derde zijn. In de eerste generatie vormen op dit moment de twintigers en dertigers de grootste leeftijdsgroepen, in 2015 zullen dat de dertigers en veertigers zijn. De allochtone bevolking zal in de komende jaren gekenmerkt blijven door een relatief jonge leeftijdsopbouw omdat er gedurende de prognoseperiode een continue toestroom is van jonge immigranten. Er zal in dezelfde periode echter ook sprake zijn van een relatief sterke groei van de 65-plussers. Nu bedraagt het aandeel van deze groep slechts een paar procent, maar in 2015 zal het aandeel 65-plussers voor de meeste allochtone groepen variëren tussen 4% en 13%. Ter vergelijking: voor Nederland als geheel zal het aandeel van 65-plussers in 2015 ongeveer 15% bedragen.

Van binnenlandse migratie is sprake als het verhuizingen betreft die de gemeentegrenzen overschrijden. Door regionale verschillen in binnenlandse migratie zijn er regio's met een vestigingsoverschot en regio's met een vertrekoverschot. Vooral in het midden, oosten en zuiden van ons land is sprake van positieve migratiesaldi (vestigingsoverschot), terwijl de provincie Groningen, delen van de provincie Friesland, de Kop van Noord-Holland en Zeeuws-Vlaanderen zich kenmerken door een vertrekoverschot. De buitenlandse migratie (immigratie en emigratie) is voortdurend aan verandering onderhevig. Zowel de vestiging als het vertrek van migranten heeft regio-specifieke kenmerken. De COROP-regio's Groot Amsterdam, Agglomeratie Den Haag en Groot Rijnmond blijken het meest aantrekkelijk voor immigranten; Amsterdam met name voor Marokkaanse, Den Haag voor Turkse immigranten, Rotterdam voor immigranten uit de Nederlandse Antillen en alle drie deze regio's voor Surinaamse immigranten. Allochtonen vormen een typische stedelijke bevolkingscategorie. Ze zijn voor 44% woonachtig in de vier grote steden en voor nog eens 17% in de overige gemeenten met meer dan 100 duizend inwoners. Ter vergelijking: van de totale bevolking in Nederland woont slechts 13% in een van de vier grote steden (Eichperger & Filius, 1998).

3.2.3 Beleidsmatige ontwikkelingen

In de voorgaande jaren zijn enkele ingrijpende wettelijke veranderingen doorgevoerd. Hieronder wordt een kort overzicht daarvan gegeven. Daarbij is gebruik gemaakt van een uitgave van de ABVAKABO: Jaarboek Werknemers in de zorg 1998, onder eindredactie van L. Geradts.

Op 1 april 1995 is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in werking getreden. Het doel van de wet is de rechtspositie van de patiënt te verduidelijken en te versterken, waardoor de mondigheid en de zelfstandigheid van de patiënt wordt bevorderd, rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener voor zijn handelen. De volgende zaken worden in de wet geregeld:

- . het recht op informatie, het recht op inzage en op afschrift van gegevens;
- . het toestemmingsvereiste;
- . het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, inclusief het recht op vernietiging van gegevens;
- . de rechten van minderjarigen;
- . de centrale aansprakelijkheid van instellingen.

Op 1 april 1996 is de Kwaliteitswet Zorginstellingen in werking getreden. Het is een kaderwet die zeer summier van opzet is en waarin de concrete uitwerking wordt over-

gelaten aan de zorgaanbieders zelf. Het doel van de wet is dat gewaarborgd wordt dat instellingen in de zorgsector kwalitatief goede zorg verlenen. De wet stelt vier kwaliteitseisen:

1. het aanbieden van verantwoorde zorg;
2. de organisatie van werkzaamheden op een zodanige manier dat dit (redelijkerwijs) leidt tot verantwoorde zorg;
3. systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg;
4. verantwoording over het gevoerde kwaliteitsbeleid.

In de wet is een evaluatiebepaling opgenomen, die inhoudt dat de minister binnen vijf jaar na het in werking treden ervan verslag moet doen over de doeltreffendheid en de effecten van de wet in de praktijk.

Sinds 1 juni 1996 is de Wet medezeggenschap cliënten zorgsectoren (WMCZ) van kracht. De wet bepaalt dat zorgaanbieders (besturen van instellingen) verplicht zijn voor elke instelling een cliëntenraad in te stellen.

Per 1 december 1997 is de Wet uitoefening geneeskunst ingetrokken en is de Wet BIG volledig in werking getreden. Vanaf deze datum is ook de 'bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen' van kracht geworden. 'Voorbehouden handelingen' zijn handelingen die alleen mogen worden uitgevoerd door daartoe zelfstandig bevoegde personen (artsen, tandartsen, verloskundigen). Wie niet zelfstandig bevoegd is, mag alleen in opdracht en onder bepaalde voorwaarden een bepaalde voorbehouden handeling uitvoeren. Degene die de voorbehouden handeling in opdracht uitvoert, moet daartoe wel bekwaam zijn, want onbekwaam is onbevoegd en dus strafbaar.

De Wet BIG omschrijft een systeem van registratie en titelbescherming voor de volgende beroepsgroepen: artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidspsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen.

Registratie in het kader van de wet BIG is mogelijk vanaf 1 december 1997 voor artsen en gezondheidspsychologen, vanaf 1 februari 1998 voor tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten en psychotherapeuten. Tuchtrect voor deze beroepsgroepen zal in de loop van 1998 ingaan. De registratie van verpleegkundigen in het kader van de wet BIG loopt al vanaf 1995, voor hen is het tuchtrect per 1 december 1997 ingegaan. Voorheen wettelijk erkende aantekeningen (specialisaties) zijn bij de registratie komen te vervallen en zullen niet automatisch wettelijk erkende specialismen worden. Beroepsgroepen moeten daar zelf een regeling voor ontwikkelen en in stand houden.

Er is nog geen beslissing genomen over de termijn waarvoor de registratie geldig is.

Medische zorg

De afgelopen tijd is er opnieuw bezorgdheid ontstaan over een eventueel dreigend tekort aan huisartsen, als de huidige opleidingscapaciteit gehandhaafd blijft. In 1997 is, op verzoek van de LHV, door het NIVEL een behoefteaming huisartsen uitgevoerd, waaruit naar voren kwam dat, wanneer rekening gehouden werd met de verwachte demografische ontwikkelingen en de wens tot korter werken, de instroom in de huisartsenopleiding met 200 per jaar verhoogd zou moeten worden om in 2010 te kunnen voldoen aan de vraag naar huisartsenzorg. Naar aanleiding van kamervragen hierover heeft de minister gesteld dat er vooralsnog geen redenen zijn om de opleidingscapaciteit uit te breiden.

Met betrekking tot de beoogde nauwere samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgvoorzieningen en met name de plannen voor een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, zijn de afgelopen periode belangrijke vorderingen gemaakt. In

september 1997 is door de NVZ vereniging van ziekenhuizen, zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Orde van Medisch Specialisten een Convenant medisch-specialistische zorg afgesloten, waarin afspraken zijn gemaakt over de integratie van de medisch-specialistische zorg in de ziekenhuiszorg, vooruitlopend op de behandeling van het voorstel van Wet integratie medisch-specialistische zorg in de Tweede Kamer op 21 januari 1998. In het convenant is overeengekomen dat patiënten in de toekomst een geïntegreerde nota van specialisten en ziekenhuis gezamenlijk zullen ontvangen. Daarbij zal op de nota wel herkenbaar blijven welk deel betrekking heeft op de werkzaamheden van de te onderscheiden en gespecificeerde specialisten. Gehoopt werd dat genoemde wet in de loop van 1998 in werking zou kunnen treden, maar de behandeling in de Tweede Kamer is uitgesteld tot na de vorming van een nieuw kabinet, zodat invoering niet voor 1999 zal gebeuren.

Paramedische zorg

De ontwikkelingen binnen de paramedische sector die van invloed kunnen zijn op de arbeidsmarkt voor paramedici betreffen de WTZ (Wet Toegang Ziektekostenverzekering) en de beperkingen die daarin zijn gesteld aan de vergoeding van extramurale fysiotherapie en oefentherapie-Cesar/Mensendieck. De beperking houdt in dat elke verzekerde, daartoe geïndiceerd en na verwijzing van een arts, recht heeft op 9 zittingen fysiotherapie of oefentherapie per indicatie per jaar. Verwacht werd dat hierdoor de kosten voor fysio/oefentherapie beperkt zouden worden. Of de verwachte effecten ook optreden is nog niet bekend, wel lijkt er een samenhang te zijn met de geconstateerde kleine terugloop in het aantal werkzame fysiotherapeuten het eerste jaar na invoering van de maatregel. Op dit moment is een onderzoek gaande, uitgevoerd door het NIVEL en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI), naar de effecten van de beperkende maatregel op het gebruik van fysiotherapie en oefentherapie-Cesar/Mensendieck en daarmee samenhangende werkgelegenheidsaspecten voor deze beroepsgroepen. Voor ergotherapie geldt dat vanaf 1998 de enkelvoudige ergotherapie als zelfstandige verstrekking in het wettelijk verzekeringspakket wordt opgenomen. Dit kan gevolgen hebben voor het aantal ergotherapeuten dat zelfstandig een praktijk uitoefent. De kans is groot dat deze groep ergotherapeuten snel zal toenemen, zeker ook gezien de groeiende behoefte aan ergotherapeutische zorg.

Verpleging en verzorging

In de zorgsector zijn op dit moment nog niet alle CAO's die afliepen afgesloten. Uit de afgesloten en lopende CAO onderhandelingen komen de volgende zaken naar voren. Naast aandacht voor de primaire arbeidsvoorwaarden is er ook aandacht voor maatregelen om als sector in andere opzichten een aantrekkelijke werkgever te zijn. Aandacht voor kinderopvang, buitenschoolse opvang en recht op scholing zijn hier een uitdrukking van. Daarnaast is er in sommige sectoren met name aandacht voor de arbeidsomstandigheden en wordt onderzoek naar werkdruk en ziekteverzuim afgesproken. Voorts wordt aandacht besteed aan het versterken van regionale structuren omdat men van mening is dat in de regio's het concrete arbeidsmarktbeleid zijn beslag moet krijgen.

3.3 Ontwikkelingen binnen de zorgsectoren

3.3.1 Ziekenhuiszorg

Een belangwekkende ontwikkeling is de verdere organisatorische integratie van ziekenhuis en medisch specialistische hulp. De modernisering vond een stimulans in het rapport van de commissie Biesheuvel en vindt nu zijn vervolg in lokale initiatieven waarbij naast een verandering van de honoreringsstructuur ook verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid wordt nagestreefd (Brancherapport curatieve zorg, 1996). De algemene ziekenhuizen kennen verder vaak veranderingen in hun interne organisatiestructuur: er wordt steeds vaker overgegaan tot meer zelfstandige cluster- of divisiestructuren. Men spreekt in dit verband ook wel van het "kantelen" van de organisatie.

3.3.2 Geestelijke gezondheidszorg

Op grote schaal wordt er in de geestelijke gezondheidszorg in regionaal verband meer samengewerkt. In veel gevallen leidt dit tot fusies tussen allerlei vormen van geestelijke gezondheidszorg. Zo veranderen de algemene psychiatrische ziekenhuizen door fusies met RIBW's en RIAGG's in GGZ-conglomeraten waarbij een sterke extramuralisering optreedt. Deze ontwikkelingen zullen wellicht ook leiden tot grotere mobiliteit binnen de groter wordende organisatie en een behoefte aan bijscholing van zittend personeel. De grotere nadruk op extramuralisering vergt immers de nodige veranderingen om te komen tot het gewenste aanbod aan diensten door het juiste personeel.

3.3.3 Gehandicaptenzorg

Evenals in de geestelijke gezondheidszorg komen ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten fusies voor tussen intra- en semimurale partners. Tegelijkertijd wordt er gestreefd naar het kleinschaliger vormgeven van de woonvoorzieningen, vaak in combinatie met maatschappelijke integratie: er doet zich een trend voor waarbij 'bedden het terrein afdaan'.

Ook hier geldt dat de extramuralisering veranderingen in het personeelsbestand vergen. Er treedt immers een geleidelijke verschuiving op: het accent komt wat minder op verzorgen en wat meer op begeleiden te liggen.

3.3.4 Ouderenzorg

De grenzen tussen sectoren in de ouderenzorg hebben steeds verder de neiging te vervagen. Opmerkelijk in dit verband is het toenemende aantal fusies tussen verpleeg- en verzorgingshuizen. Verder zal in de toekomst 20% van de verpleeghuiscapaciteit haar beslag moeten krijgen in zogenaamde 'verpleegunits' in verzorgingshuizen. Verdere uitbreiding van de verpleeghuissector wordt niet voorzien, wel bevordering van substitutie van intramurale verpleeghuiszorg in extramurale zorg en het inzetten van uitbreidingscapaciteit zo veel mogelijk in extramurale vorm. Ook de verzorgingshuizen slaan hun vleugels verder uit naar vormen van extramurale zorgverlening.

Zowel de verpleeghuizen als de verzorgingshuizen hebben overigens in huis te maken met steeds meer zorgbehoevende bewoners/patiënten en een toenemende zorgzwaarte. Dit geldt ook voor de derde sector die overwegend met ouderen te maken heeft: de thuiszorg.

3.3.5 Thuiszorg

Ook in de thuiszorg is veel in beweging (Nota Thuiszorg en zorg thuis, 1997). De meeste fusies tussen voormalige kruiswerk en instellingen voor gezinszorg hebben inmiddels hun beslag gekregen.

De vraag naar thuiszorg neemt sterk toe. Het Sociaal Planbureau berekende een jaarlijkse groei van 2,2% op grond van demografie, substitutie en toename zorgzwaarte. Bestuurlijk wordt de toenemende vraag naar thuiszorg ook financieel erkend. Een en ander betekent een extra vraag naar personeel op arbeidsmarkt. In de nota Thuiszorg en zorg thuis wordt mede daarom extra aandacht gevraagd voor scholing en beheersing van het ziekteverzuim.

3.3.6 Apotheken

De ontwikkelingen binnen het farmaceutisch werkveld die samenhangen met de arbeidsmarkt doen zich vooral voor op het gebied van samenwerking en schaalvergroting. Van oudsher zijn (openbare) apothekers zelfstandige ondernemers, die één, soms meer dan één, apotheek in eigendom hebben en voor het merendeel van de apothekers is dat nog steeds zo. Maar in toenemende mate zoeken apothekers een vorm van samenwerking, bijvoorbeeld door meerdere apotheken onder te brengen in een stichting die apothekers in loondienst aanstelt. Een voorbeeld daarvan is de stichting EVA (Eerstelijns Voorzieningen Almere) die eigenaar is van 13 van de 16 apotheken in Almere en waarbij de apothekers in loondienst zijn. Ook ketenvorming op basis van gezamenlijk eigendom, een overkoepelend service-instituut of overeenkomsten met groothandels neemt de laatste jaren sterk toe.

3.3.7 Ambulancezorg

De ambulancezorg is de afgelopen jaren sterk in beweging. Ingrijpende veranderingen op het gebied van regelgeving, financiering en ontwikkelingen in de markt stellen zodanige eisen aan het product ambulancezorg, dat er regionaal sterkere samenwerkingsverbanden ontstaan. Verder heeft er een verschuiving plaats gevonden van 'sec' vervoer naar meer verpleegkundige en medische zorg. De schaalvergroting in de ambulancesector die al enige tijd gaande is, heeft verder doorgezet. Het aantal ambulancediensten is verder verminderd, terwijl het aantal locaties gelijk is gebleven en het aantal ambulances licht is gestegen. Het aantal ritten en met name het aantal kilometers is echter flink toegenomen.

Tabel 3.1: Algemene gegevens over ambulance hulpverlening

	1992	1993	1994	1995	1996
CPA's*	-	-	40	38	35
Ambulancediensten	168	150	142	130	122
Ambulancelocaties	222	217	220	213	213
Ambulances	647	642	641	637	655
Aantal ritten (x 1.000)	605	622	628	649	671
- index (1992 = 100)	100	103	104	107	111
Aantal kilometers (x 1.000)	18.807	20.061	21.014	22.471	23.863
- index (1992 = 100)	100	107	112	119	127

* Geen gegevens beschikbaar van vóór 1994.
Bron: CBS.

3.4 Gebruik van zorg naar beroepsgroep

Dit overzicht van het gebruik van zorg is gebaseerd op CBS-gegevens. Het CBS verzamelt jaarlijks gegevens over verschillende vormen van medische consumptie via de gezondheidsenquête (GE) en publiceert daar jaarlijks over. Deze gegevens betreffen de niet-institutionele bevolking van Nederland en zijn representatief. Met ingang van 1997 is de gezondheidsenquête gecombineerd met het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS). Voor onderstaande twee paragrafen is gebruikgemaakt van de meest recente, maar nog niet gepubliceerde, en dus voorlopige gegevens uit de gecombineerde GE-POLS-rapportage.

3.4.1 Medische beroepen

In 1997 heeft 75,5% van de Nederlandse bevolking tenminste één keer contact met de huisarts gehad. Sinds 1993 blijft dit percentage redelijk stabiel. Wat betreft het gemiddeld aantal huisartscontacten per persoon is er in 1997 een lichte stijging opgetreden, van 3,7 naar 4,1.

Ook bij de specialisten is er sprake van een lichte stijging van het gemiddelde aantal contacten per persoon; van 1,7 in 1996 naar 1,8 in 1997. In totaal heeft 37,4% van de Nederlandse bevolking in 1997 minimaal 1 contact met de specialist gehad. Dit percentage is wat lager dan in de afgelopen vijf jaar.

Het aantal Nederlanders dat jaarlijks minimaal 1 keer naar de tandarts gaat stijgt nog steeds; van 74% in 1993 tot 76% in 1997. Een opvallend gegeven is dat er wel enige verschillen bestaan tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden. Nadat ieder jaar sprake was van een toenemend percentage personen dat de tandarts bezocht, is wat betreft de ziekenfondsverzekerden in 1993 de toename blijven staan op 71,8%. Voor de particulier verzekerden is 1993 geen omslagpunt en neemt het percentage ieder jaar nog toe. In 1997 is ook bij ziekenfondsverzekerden weer een toename opgetreden, van 71,3% in 1996 naar 73,3% in 1997. Voor particulier verzekerden is het percentage personen met tenminste één tandartscontact in 1997 80,8%.

Tabel 3.2.: Enkele produktiegegevens van een aantal medische beroepen vanaf 1992

	1993	1994	1995	1996	1997
Huisartsen					
- aantal contacten per persoon	3,9	3,8	3,8	3,7	4,1
Specialisten					
- aantal contacten per persoon	1,8	1,9	1,9	1,7	1,8
Tandartsen					
- aantal contacten per persoon	1,9	2,3	2,1	2,0	2,2

Bron: CBS.

3.4.2 Paramedische Beroepen

Voor wat betreft de fysiotherapeut kan worden geconstateerd dat vóór 1990 het percentage personen, dat binnen één jaar één of meer malen contact heeft gehad met

een fysiotherapeut, gemiddeld jaarlijks met 0,8% toename. Na 1990 is sprake van een redelijk stabiele situatie, rond 13,5%, in 1996 was er sprake van een lichte daling, in 1997 is weer een stijging geconstateerd, van 13,3% in 1996 tot 15,2% in 1997. Ten aanzien van het aantal zittingen moet worden geconstateerd dat, na een drietal jaren van afname en een lichte toename in 1995, het aantal in 1996 opnieuw is afgenomen. Per 1.000 ziekenfondsverzekerden is sprake van een afname van 27,2% ten opzichte van 1995. Ook voor oefen therapie-Mensendieck en oefen therapie-Cesar is in 1996 een afname geconstateerd, respectievelijk van 13,4% en 15,7%. Alleen bij logopedie is weinig veranderd ten opzichte van het voorgaande jaar: een toename van 0,3%.

Tabel 3.3.: Enkele productiegegevens van een aantal paramedische beroepsgroepen vanaf 1993

	1993	1994	1995	1996	1997
Fysiotherapeuten					
- percentage personen met contact met fysiotherapeut in 1 jaar	13,7	13,7	13,6	13,2	15,2
- totaal aantal zittingen	21.202.006	20.804.093	21.255.838	15.601.776	
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	2.252,1	2.172,9	2.192,6	1.596,8	
Logopedisten					
- totaal aantal verrichtingen	1.311.816	1.297.114	1.365.901	1.380.445	
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	139,3	135,5	140,9	141,3	
Oefen therapeuten-Cesar					
- totaal aantal verrichtingen	781.668	792.991	804.927	683.630	
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	83,0	82,8	83,0	70,0	
Oefen therapeuten-Mensendieck					
- totaal aantal verrichtingen	743.579	745.166	772.491	674.504	
- aantal zittingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden	79,0	77,8	79,7	69,0	

Bron: CBS, ZFR.

3.4.3 Verplegende en verzorgende beroepen

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

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

Bij de verpleging in psychiatrische ziekenhuizen is van 1992 tot 1996 het aantal gerealiseerde verpleegdagen licht gedaald (-3,3%). De werklust is evenwel toch toegenomen, bijvoorbeeld vanwege de kortere verblijfsduur van patiënten, ook wel draaideur-effect genoemd.

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

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

Het aantal ingeschreven cliënten in de thuiszorg bedroeg per 31-12-95 bijna 550.000. Driekwart van hen is ouder dan 64 jaar; voor de gezinszorg is dat zelfs viervijfde.

In de wijkverpleging is het aantal uren wijkverpleging tussen 1994 en 1995 licht toegenomen. Het aantal uren dat door verpleegkundigen voor hun rekening werd genomen daalde iets. De groei kwam vooral voor rekening van de wijkziekenverzorgenden.

Uit tabel 3.4 kan worden afgeleid dat bij de gezinsverzorging het aantal verstrekte uren tussen 1993 en 1995 licht is toegenomen. Dit is een gevolg van een daling van het aantal uren traditionele hulpverlening en een stijging van het aantal uren alpha-hulpverlening.

Tabel 3.4: Enkele ontwikkelingen in de verpleging en verzorging vanaf 1992

	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuiszorg					
Verpleegdagen (x1.000)	16.679	16.416	16.141	15.803	15.562
Gemiddelde ligduur	10,7	10,4	10,1	9,9	9,8
Aandeel 65-plussers	44,8	45,4	45,3	.	.
Psychiatrische zorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	8.553	8.537	8.538	8.371	8.272
Gehandicaptenzorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	11.811	11.974	12.266	12.428	12.562
Verpleeghuiszorg					
Verpleegdagen (x 1.000)	18.860	19.176	19.425	19.838	20.106
Hulpindex somatische patiënten	8.46	8.55	8.15	8.19	8.20
Hulpindex psycho-geriatrische patiënten	8.43	8.45	8.23	8.15	8.10
Wijkverpleging¹					
- aantal uren wijkverpleging (x1.000)	.	3.533	3.546	3402	.
- aantal uren wijkziekenverzorging (x1.000)	.	1.794	1.936	2055	.
Totaal	.	5.327	5.428	5457	.
Gezinszorg					
- aantal uren traditionele hulpverlening (x1.000)	.	39.894	39.335	39525	.
- aantal uren alpha hulpverlening (x1.000)	.	8.153	9.309	9759	.
Totaal		48.048	48.644	49284	.
Kraamzorg (x 1.000)		.	6860	7129	.

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

Voor de gehele thuiszorg lijkt te gelden dat men duurder door goedkoper personeel vervangt. Financiële motieven zullen hierbij een rol spelen. De huidige zeer lage in-

stroom in het leerlingwezen zal er de komende jaren voor zorgen dat in de gezinszorg het aanbod van duurder, namelijk gekwalificeerd, personeel afneemt.

4 WERKNEMERS IN DE ZORGSECTOR

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de werkgelegenheidsaspecten van de arbeidsmarkt in de zorgsector centraal. Allereerst wordt aandacht besteed aan de vraag welke ontwikkelingen zich voordoen in het aantal werkenden en de werkgelegenheid in de verschillende sectoren (paragraaf 4.2). Daarna komt de vraag aan de orde betreffende de ontwikkeling van het arbeidsvolume in relatie tot het gebruik van voorzieningen. In dit verband zou ook gesproken kunnen worden van de 'prestatie' die door werkende wordt geleverd (paragraaf 4.3). In paragraaf 4.4 wordt aandacht besteed aan enkele facetten van de arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden, zoals die tot uiting komen in de cijfers betreffende het ziekteverzuim. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk (paragraaf 4.5) wordt aandacht besteed aan het werkgelegenheidsbeleid met betrekking tot de zorgsector.

4.2 Ontwikkelingen in het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen

In deze paragraaf wordt de ontwikkeling van het aantal werkenden en het aantal arbeidsplaatsen in de gezondheidszorg in beeld gebracht (zie bijlage 1, tabel 3 en 4).

Tabel 4.1.: De ontwikkeling van het aantal werknemers en de gemiddelde mutatie per jaar vanaf 1993

	1993	1994	1995	1996	1997 ¹	Gem. mutatie per jaar
Ziekenhuizen	189.265	189.924	193.368	196.950	200.653	1,5%
Specialisten (vrijgevestigd)	7.948	7.924	7.921	7.920	8.000	0,2%
Geestelijke gezondheidszorg	51.297	51.969	53.654	55.784	56.983	2,7%
Gehandicaptenzorg	83.552	88.527	94.324	97.827	101.095	4,9%
Ouderenzorg	177.328	179.064	183.135	187.467	193.424	2,2%
Thuiszorg	145.144	149.228	154.332	155.697	156.000	1,8%
Extramuraal	55.139	56.276	57.289	58.066	58.598	1,5%
Farmaceutische hulp	11.922	12.413	12.665	13.015	13.466	3,1%
Totaal	721.596	735.326	756.688	772.762	788.219	2,2%

¹ Schatting.

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

Het aantal werkenden in de gezondheidszorg blijft jaarlijks toenemen, waarbij de sterkste stijging zich, evenals vorig jaar, heeft voorgedaan bij de gehandicaptenzorg. Het aantal vrijgevestigde specialisten blijkt, op basis van een nieuwe schatting voor 1997, het afgelopen jaar verhoudingsgewijs sterk toegenomen te zijn, met 11%, terwijl de stijging over vijf jaar berekend, niet hoger is dan 2% per jaar. In alle sectoren is over

een periode van vijf jaar een jaarlijkse toename van het aantal werkenden te zien, maar in de ziekenhuizen in die toename het geringst.

Tabel 4.2.: De ontwikkeling van het aantal arbeidsplaatsen en de gemiddelde mutatie per jaar vanaf 1993

	1993	1994	1995	1996	1997 ¹	Gem. mutatie per jaar
Ziekenhuizen	141.159	138.640	139.312	141.061	143.419	0,4%
Specialisten (vrijgevestigd)	6.827	6.854	6.852	6.851	7.000	0,6%
Geestelijke gezondheidszorg	39.066	39.499	40.402	41.560	42.503	2,1%
Gehandicaptenzorg	54.970	56.250	58.832	60.819	63.758	3,8%
Ouderenzorg	117.043	116.633	118.565	121.445	124.774	1,6%
Thuiszorg	58.758	58.062	57.342	57.671	58.000	-0,3%
Extramuraal	42.470	43.340	44.120	44.890	45.120	1,5%
Farmaceutische hulp	8.713	9.072	9.256	9.600	9.830	3,1%
Totaal	469.006	468.349	474.680	483.897	494.404	1,3%

¹ Schatting.

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

Net als het aantal werkenden is ook het aantal arbeidsplaatsen gestegen, maar die stijging is minder uitgesproken. Ook hier is de toename in de gehandicaptenzorg het grootst.

4.3 Ontwikkeling van het arbeidsvolume in relatie tot de productie

Het aangeven van de ontwikkeling van het totaal aan activiteiten en de productie is, zeker in een sector als de zorgsector, een moeilijke zaak. Allerlei deel-activiteiten kunnen goed aangegeven worden. Men kan hierbij denken aan gerealiseerde verpleegdagen, operaties, behandelingen, de zwaarte van de geholpen patiënten etc. Er is hier van afgezien om dit soort indicatoren per sector weer te geven. In ander onderzoek zijn er de nodige pogingen gedaan om dat wat er in een sector in totaliteit 'gepresteerd' wordt van maat en getal te voorzien en zo vergelijkingen te kunnen maken tussen de prestatie en de middelen die daartoe ter beschikking staan, waaronder het personeel. Daarbij is een aantal veronderstellingen gemaakt die de uiteindelijke cijfers beïnvloeden. Andere studies gaan soms uit van andere veronderstellingen en komen op basis daarvan tot iets afwijkende uitkomsten. Hier is uitgegaan van het rapport Gezondheidszorg in tel-5 van de commissie De Vries. In dat rapport zijn alle zorgsectoren op een vergelijkbare wijze in kaart gebracht.

Tabel 4.3: De ontwikkeling van de activiteiten en het personeel gedurende 1990-1996 (in jaarlijkse mutaties)

	Mutatie activiteiten	Mutatie personeel	Mutatie arbeids- productiviteit
Algemene ziekenhuizen	1,7	0,3	1,5
Academische ziekenhuizen	2,5	1,6	0,9
Revalidatiecentra	4,4	1,1	3,3
Specialisten	1,8	0,7	1,1
Huisartsen	3	1,1	1,9
Verpleeghuiszorg	1,9	1,9	0
Verzorgingshuizen	-1	-0,4	-0,6
Intramurale gehandicaptenzorg	3,1	2,7	0,4
Semimurale gehandicaptenzorg	4	4	0
Psychiatrische ziekenhuizen	1,4	2	-0,6
Ambulante geestelijke gez.zorg	3,5	2,1	1,4
Thuiszorg	0,3	0	0,3
Totaal	1,6	1,0	0,6

Bron: Gezondheidszorg in Tel-5.

Tabel 4.3 laat zien dat in de meeste sectoren sprake is van een sterkere groei van de activiteiten dan de absolute omvang van het personeel. Men zou kunnen zeggen dat er sprake is van arbeidsproductiviteitswinst: met hetzelfde aantal mensen wordt meer tot stand gebracht. Een en ander is alleen te realiseren wanneer er voldoende middelen en kapitaal beschikbaar zijn om veranderingen tot stand te brengen.

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

In de Gezondheidszorg in Tel-projecten wordt getracht de productie in de zorginstellingen steeds zo goed mogelijk in kaart te brengen. In de ene sector gaat dat makkelijker dan in de andere. Met gevoeligheidsanalyses, waar niet verder op zal worden ingaan, kan de nodige nuancering worden aangebracht.

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de cure-sector ruimere mogelijkheden biedt, wat betreft de ontwikkeling in de arbeidsproductiviteit, dan de care-sector die gekenmerkt wordt door een grote arbeidsintensiteit: de verzorging van mensen blijft mensenwerk.

4.4 Arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden

Ziekteverzuim

Door alle veranderingen in de wetgeving rond ziekte en ziekteverzuim zijn de bronnen die tot voor kort gehanteerd werden om tot een sectorbreed overzicht van het ziekteverzuim te komen niet goed meer bruikbaar. Sinds eind 1995 heeft het CBS haar lopende statistiek over verzuim uitgebreid. Daardoor is het mogelijk om de gezondheidszorg in een drietal onderdelen uit te splitsen en met landelijke gegevens te vergelijken (tabel 4.4).

Tabel 4.4: Ziekteverzuimpercentage 1996 en 1997 (exclusief overheid)

	Inclusief zwangerschapsverlof		Exclusief zwangerschapsverlof	
	1996	1997	1996	1997
Landelijk	5,1	5,1	4,6	4,6
Zorgsector	8,0	8,2	6,7	6,9
. ziekenhuizen	7,7	7,9	6,3	6,4
. verpleeg- en bejaardenhuizen	8,5	8,8	7,0	7,3
. overig gezondheidszorg en welzijn	7,7	7,9	6,5	6,7
Bedrijven met 100 of meer werknemers	6,6	6,7	5,8	6,0

Bron: CBS.

De zorgsector laat een hoger ziekteverzuim zien dan het landelijk gemiddelde. In 1997 bedraagt het ziekteverzuimpercentage van de zorgsector 8,2% tegen landelijk 5,1%. Een deel van het grote verschil wordt verklaard door het veelvuldiger voorkomen van zwangerschaps- en bevallingsverlof. Indien hiermee rekening wordt gehouden dan bedraagt exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof het verzuim landelijk 4,6%, terwijl de zorgsector in 1997 laat 6,9% zien. Binnen de zorgsector zijn er wel verschillen. Zo kennen de ziekenhuizen een percentage van 6,4% tegen verpleeg- en bejaardenhuizen 7,3%.

Het grote verschil tussen de zorgsector en het landelijk gemiddelde is voor een deel wel te verklaren. Zorginstellingen zijn bijna zonder uitzondering qua aantallen werknemers grote bedrijven. Het ziekteverzuim is voor deze categorie landelijk ook hoger, 6,0% tegen 4,6% landelijk. Een andere verklaring wordt gevormd door het feit dat in de zorginstellingen veel vrouwen werkzaam zijn. Voor de intramurale gezondheidszorg geldt dat vrouwen een ziekteverzuimpercentage (exclusief) van 7,4% kennen tegen mannen 4,8%. Zou de zorgsector een qua geslacht gelijke samenstelling hebben als de totale beroepsbevolking dan zou dit in een ziekteverzuimpercentage van 0,7% lager resulteren.

Ondanks dat een deel van het verschil verklaarbaar is, blijft uiteraard onverlet dat het ziekteverzuimpercentage in de zorgsector relatief hoog is en bovendien ten opzichte van 1996 in 1997 een lichte stijging laat zien.

4.5 De zorgsector en werkgelegenheidsbeleid

Binnen de zorgsector zijn de afgelopen jaren een groot aantal maatregelen ontwikkeld in het kader van het werkgelegenheidsbeleid. Eén van de belangrijkste is wel het streven om 40.000 extra zorgbanen (zogenaamde 'Melkert-banen') in de zorgsector te creëren. Deze banen zijn gericht op een doelgroep van laaggeschoolde langdurig werklozen en zijn vanaf 1995 uitgezet bij de onder meer de intramurale gezondheidszorg, thuiszorg, verzorgingshuizen, dagverblijven/tehuizen, maatschappelijke opvang, jeugdhulpverlening en MKD'en. Uitvoering van de regeling vindt plaats door het COTG, de Ziekenfondsraad, en de sectorfondsen AWOB en AWO. Zowel het COTG als de

sectorfondsen verzorgen kwartaalrapportages met betrekking tot realisering van toegewezen plaatsen. Sinds de start van de regeling in 1995 is de bezettingsgraad van het aantal toegewezen plaatsen jaarlijks gestegen. Door een redelijk groot verloop van personen en het niet meteen kunnen herplaatsen van toegewezen plaatsen valt het sectoren zwaar om 95% realisatie te behalen. Werknemers met een Melkert-baan hebben een gemiddelde leeftijd van rond de 35 jaar, circa 67% van de arbeidsplaatsen wordt bezet door vrouwen en het merendeel (70%) is werkzaam in een patiëntgebonden functie (39%) of hotelfunctie (31%).

In 1997 is het aantal instellingen dat gebruikmaakte van de Stimuleringsregeling Indienstneming van Doelgroepen (STIPUD) ten opzichte van 1996 licht gestegen, van 340 naar 367. Deze groei is voornamelijk toe te schrijven aan de RIAGG's en de RIBW's, die voor het eerst gebruik konden maken van de regeling. Was er in 1996 sprake van gemiddeld 10 aanvragen per instelling, in 1997 zijn dat er 8,7.

Doel van de STIPUD-regeling is de arbeidsdeelname van langdurig werklozen, etnische minderheden en (herintredende) vrouwen in de zorgsector te vergroten. Het aantal mensen uit een doelgroep dat met behulp van een STIPUD-premie in de zorg is ingestroomd in 1997 (2.779), is minder dan in 1996 (3.473), maar iets meer dan in 1995 (2.737). De uitschieter in 1996 is vooral het resultaat van het werkgelegenheidsplan van sociale partners en van de introductie van Melkert-banen.

Het aantal premie-aanvragen voor allochtonen die in de twee voorafgaande jaren met een STIPUD-premie zijn ingestroomd, en nog steeds in dienst zijn van de instelling, is in 1997 verdubbeld ten opzichte van 1996. Het aandeel allochtonen dat in dienst blijft van de instellingen blijkt over de jaren eveneens licht te stijgen. Vooral de verpleeghuizen scoren in dit opzicht goed: 59% van de aanvragen die in 1997 in het kader van de behoudpremie zijn gedaan, zijn uit deze sector afkomstig (Bron: AWOZ).

De Wet BEA (Bevordering Evenredige Arbeidsdeelname) moet invullen welke stappen gezet moeten worden om een arbeidsaanbod te creëren met een meer multicultureel karakter. Instellingen spelen hierbij een belangrijke rol. Men kan proberen extra inspanningen te leveren om mensen uit doelgroepen een intensief voortraject (voortgezet scholingstraject) en vervolgens een baan aan te bieden. Voor behoud en doorstroom van allochtonen is een systematisch mobiliteitsbeleid en beleid in de zorginstellingen met betrekking tot 'intercultureel management' nodig.

Het op 1 januari 1998 afgesloten project TOPAZ (Tijdelijk OndersteuningsPunt Allochtonen in de Zorgsector) heeft ertoe geleid dat de arbeidsdeelname onder allochtonen aanzienlijk is toegenomen. Doel van de TOPAZ was het bieden van een kader voor een multicultureel personeelsbeleid om de deskundigheid bij zorginstellingen op het gebied van werving, selectie, scholing en begeleiding van allochtoon personeel en intercultureel management te vergroten.

Het aantal allochtonen in Nederland groeit sneller dan het aantal autochtonen. De toenemende verscheidenheid in etnische en culturele achtergronden van patiënten, cliënten en bewoners vraagt om een kwaliteitsbeleid waarin diversiteit in zorgverlening en bejegening een centraal onderdeel uitmaakt (JOZ).

Tabel 4.5 geeft een overzicht van de toepassing van enkele arbeidsvoorzieningsmaatregelen vanaf 1993. Bij de Melkert-banen dient te worden opgemerkt dat de daadwerkelijke instroom in Melkert-functies vaak lager is dan het vermelde aantal toege-

wezen plaatsen. Veel sectoren kunnen geen 95%-realisatie behalen vanwege onder meer het verloop en het niet direct kunnen opvullen van opengevallen plaatsen.

Tabel 4.5: De toepassing van enkele arbeidsvoorzieningsmaatregelen vanaf 1993

	1993	1994	1995	1996	1997
Melkert in:					
- intramurale zorg	.	.	1.673	4.072	4.849
- thuiszorg	.	.	553	867	1.652
- verzorgingshuizen	.	.	522	816	.
- dagverblijven/tehuizen	.	.	-	774	1.208
- overig	.	.	.	161	.
Toepassing STIPUD					
- aantal instellingen	324	368	330	.	.
- langdurig werklozen	1.089	1.415	2.099	2.928	1.723
- in dienst nemen van WEP-pers	115	132	67	4	.
- in dienst nemen van JWG-ers	.	40	70	68	47
- in dienst nemen van banenpoolers	.	9	41	31	24
- herintredende vrouwen	361	335	461	424	410
- allochtonen	392	361	739	944	783
- ZV-ers in deeltijd	352	289	138	137	117
- Melkert-banen	.	.	.	.	847
Aantal personen¹	2.013	1.960	2.822	3.397	2.775

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

Bron: NZi, COTG, AWO.

5 BEROEPEN IN DE ZORGSECTOR

5.1 Overzicht zorgberoepen en zorgopleidingen

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de ontwikkelingen die zich bij beroepen in de zorgsector voordoen. Daarbij komen aspecten als leeftijdsopbouw, de mate waarin men in deeltijd werkt enz. aan de orde. Verder wordt aandacht besteed aan de instroom van nieuwe beroepsbeoefenaren, d.w.z. aan de opleidingen en aan de aansluiting van opleiding en arbeidsmarkt.

Allereerst zal een totaal-overzicht gepresenteerd worden welke is gebaseerd op gegevens over de totale arbeidsmarkt, waarbinnen de zorgberoepen en -opleidingen t.o.v. het totaal kunnen worden gerelateerd. Vervolgens worden specifieke ontwikkelingen van de zorgberoepen in een aantal clusters van zorgberoepen geschetst: de medische, paramedische beroepen, verpleging en verzorging en de assisterende beroepen komen achtereenvolgens aan de orde.

5.1.1 Beroepsbeoefenaren

Een indruk van de omvang van het aantal werkzamen in de verschillende specifieke beroepen in de zorgsector kan worden ontleend aan het ROA (1996). Voordeel van deze bron is dat er geen dubbeltellingen in voorkomen: op één databron met algemene gegevens (de Enquête BeroepsBevolking van het CBS) is één indeling van beroepen toegepast, waarmee de totale beroepsbevolking in ons land gekarakteriseerd is. Een nadeel is dat sommige door het ROA gehanteerde indelingen vrij grof zijn en daarmee onvoldoende recht doen aan de beroepenstructuur van de zorgsector. Een en ander is op steekproefonderzoek gebaseerd en derhalve zijn vergaande verfijningen uitgesloten.

Als indelingscriterium is uitgegaan van de door het NIZW ontworpen beroepenstructuur (NIZW, 1992). De door hen onderscheiden beroependomeinen kunnen worden gezien als clusters van beroepen en functies met soortgelijk beroepsmatig handelen. In de sector Zorg en Welzijn wordt er een vijftal beroependomeinen onderscheiden. Wordt een soortgelijke systematiek toegepast op de gezondheidszorg dan kunnen acht beroependomeinen worden onderscheiden (tabel 5.1). De voor de gezondheidszorg gehanteerde indeling is er één die veel publicaties terugkomt (Nota's Beroepskrachtenplanning van WVC, eerdere Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, Wegwijzer Gezondheidszorgberoepen en opleidingen).

Tabel 5.1: Een raming van het aantal beroepsbeoefenaren per domein (1994/95)

	Absoluut	%
Medisch werk	44.500	7,4
Paramedisch werk	56.500	9,4
Assisterenden in de gezondheidszorg	68.000	11,3
Verpleegkundigen	112.500	18,7
Verzorgenden	250.000	41,5
Sociaal pedagogisch werk		
Maatschappelijk werk	71.000	11,8
Sociaal cultureel werk		
Totaal	602.500	100,0

Bron: Bewerking gegevens ROA (1996)

De gegevens stammen uit de periode 1994-95. Er zijn wel recentere gegevens door het ROA gepubliceerd. Deze zijn gebaseerd op een nieuwe indeling van het CBS van de beroepen. Deze Standaardberoepsclassificatie van 1992 laat echter geen verdeling naar de door ons gewenste beroependomeinen toe. In tabel 7 van de bijlage worden ook gegevens over beroepen gepresenteerd. Daar is een iets andere indeling gehanteerd. In een volgend RAZ zal een en ander verder geharmoniseerd worden. Daarbij zal ook gebruik gemaakt worden van activiteiten die het Platform Kwalificatiebeleid en het CBS op dit punt ontwikkelen.

Om en nabij 600.000 beroepsbeoefenaren (personen) in de zorg- en (welzijns)sector kunnen als sectorspecifiek worden omschreven¹. Volgens het CBS waren er in 1995 rond de 809.000 personen werkzaam in de gezondheids- en welzijnszorg. Men kan dus stellen dat circa driekwart van het personeel in deze sectoren een sectorspecifiek beroep uitoefent.

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

De omvang en diepte van de informatie per beroependomein varieert zelfs volgens de zeer globale CBS-systematiek enorm. Zo is alleen van de laatste drie beroependomeinen gezamenlijk bekend om hoeveel beroepsbeoefenaren het gaat. Verpleging en verzorging vormen, wat het aantal beroepsbeoefenaren betreft, de grootste beroependomeinen. Samen vormen deze twee domeinen een ruime meerderheid onder het sectorspecifieke personeel.

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

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

5.1.2 Opgeleiden

Een andere invalshoek is die van de opleidingen. Tabel 5.2 geeft een beeld van het aantal werkenden met een voor de zorg- en welzijnssector relevante vooropleiding. Gezien het grote aantal personen van 831.500 zal duidelijk zijn dat een gedeelte van hen nu buiten de zorg- en welzijnssector werkzaam is. In een aantal gevallen zal de opleiding ook mede gericht zijn op werkzaamheden buiten de zorg- en welzijnssector.

¹ Wanneer het gaat om inservice-opleidingen of het leerlingensysteem zijn de leerlingen in deze aantallen opgenomen.

Hoe groot het potentieel aan beroepsbeoefenaren is, wordt duidelijk wanneer de werkzaamheden worden vergeleken met het totaal aantal mensen in de bevolking van 15-65 jaar met een dergelijke opleiding als hoogste opleiding. Het aandeel werkzaam op dit totaal wordt de *participatiegraad* genoemd. Degenen die niet participeren, dus niet werken kunnen werkloos zijn of er voor gekozen hebben niet op de arbeidsmarkt actief te zijn. Personen met een gezondheidszorg opleiding (in totaliteit) kennen een minder hoge participatiegraad dan welke voor alle opleidingen geldt. Zo is slechts 52% van degenen die een zorgopleiding volgden actief tegen voor alle opleidingen 66%. Worden de VBO-opgeleiden verzorging buiten beschouwing gelaten, dan scoren degenen die een gezondheidszorg opleiding volgden gemiddeld en een aantal opleidingen zelfs goed. Hoe hoger het niveau van de opleiding, hoe hoger de participatiegraad. Opvallend is dat bij verzorgenden er nog zo'n groot potentieel aan niet participerende is, zowel op VBO- als MBO-niveau.

Tabel 5.2: *Het aantal werkende per opleidingstype, totaal aantal opgeleiden en participatiegraad*

		Totaal x 1.000	w.v. werkend x 1.000	% participatie
VBO	verzorging	575	184	32
MBO	dokters-, tandartsassistent	35	25	65
	apothekersassistent	25	16	64
	verpleging	198	124	63
	gezondheidstechniek	7	6	86
	sociaal-cultureel	80	58	73
	verzorging	366	194	53
HBO	verpleegkundig	62	51	83
	(fysio)therapie	45	36	81
	voeding	6	5	75
	radiologie	9	6	71
	maatschappelijk werk en hulpverlening	96	76	78
WO	(dier)geneeskunde	48	43	90
	tandheelkunde	7	6	92
	farmacie	7	6	85
Zorgberoepen	totaal	1.562	832	53
Landelijk	totaal	9.262	6.115	66
Zorgberoepen	excl verzorgenden VBO	987	648	66

Bron: ROA, 1997.

Het percentage vrouwen bij degenen die een gezondheidszorgopleiding volgden is over het algemeen hoog (tabel 5.3). Hoe lager de opleiding, hoe hoger het aandeel jongeren. Ouderen (50-64 jaar) zijn oververtegenwoordigd bij degenen die een verzorgingsopleiding op VBO-niveau achter de rug hebben en bij de medici. Het percentage deeltijders, personen die minstens 12 en hoogstens 32 uur werkzaam zijn, vertoont een sterke samenhang met het aandeel vrouwen in een opleidingstype. Hetzelfde geldt voor het gemiddeld aantal uren dat men werkzaam is.

De aansluiting opleiding arbeidsmarkt voor recente afgestudeerden is bij de zorgopleidingen over het algemeen goed te noemen. De meeste opleidingen scoren wat betreft werkloosheid lager dan het landelijk gemiddelde van 7,5%. Er is echter wel een grote variatie. Zo sluit de opleiding VBO-verzorging gezien het werkloosheidspercentage onder schoolverlaters van 17% niet goed aan. Ook bij de opleidingen sociaal-cultureel

werk, maatschappelijk werk en hulpverlening en fysiotherapie bedraagt het werkloosheidspercentage onder schoolverlaters meer dan het landelijk gemiddelde.

Landelijk komt gemiddeld 70-75% van de schoolverlaters in een functie in de eigen vakrichting (een functie waarvoor de eigen of een verwante opleidingsrichting vereist is). De meeste zorgopleidingen scoren boven gemiddeld. Wederom vormt de opleiding VBO-verzorging een uitzondering. Slechts een kwart van hen komt in een beroep dat aansluit bij de opleiding.

Tabel 5.3: Een aantal achtergronden per opleidingstype

		% vrouw	% jong 15-29	% oud 50-64	% deel- tijd	gemiddeld werkzame uren	schoolverlaters % functie in eigen vak	% werkloos- heid onder schoolverlaters
VBO	verzorging	94	26	21	67	28	25	17
MBO	dokters-, tandarts- assistent	95	45	-	59	30	86	6
	apothekers- assistent	98	32		59	30	88	6
	verpleging	86	22	11	64	29	81	6
	sociaal-cultureel	69	37	11	47	32	72	10
	verzorging	94	34	6	67	28	50	5
HBO	verpleegkundig	74	23	8	45	33	98	2
	(fysio)therapie	70	23	8	54	33	91	11
	voeding	94	-	-	53	32	75	3
	radiologie	78	-	-	51	31	93	3
	maatschappelijk werk en hulpverlening	62	16	12	50	33	82	9
WO	(dier)genees- kunde	31	9	18	18	44	.	.
	tandheelkunde	-	-	-	-	42	.	.
	farmacie	47	-	-	-	42	.	.
Land- elijk	totaal	37	29	15	27	37	.	.

Bron: ROA (1997).

5.2 Medische beroepen

5.2.1 Aantal werkzame personen

Naar schatting zijn er in 1997 ruim 31.000 artsen werkzaam in Nederland, het grootste deel daarvan (ruim 80%) is werkzaam in de curatieve sector. Als de groei van het aantal huisartsen en medisch specialisten wordt vergeleken met die van enkele andere medische beroepen, dan blijkt, net als vorig jaar, de beroepsgroep van verloskundigen het sterkst gegroeid te zijn, gevolgd door de beroepsgroep van apothekers.

Tabel 5.4: Aantal werkzame personen in medische beroepen

	1993	1997	Index (1993 = 100)
Huisartsen ¹	6.649	6.998	105
Medisch specialisten	13.694	14.000 ²	102
Tandartsen	7.258	7.465 ²	103
Apothekers	2.222	2.444	110
Verloskundigen	1.234	1.423	115

¹ Dit betreft het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen.

² Schatting.

5.2.2 Achtergrond kenmerken

Geslacht

Het percentage vrouwen in de verschillende medische beroepen loopt sterk uiteen. Binnen de beroepsgroep huisartsen is op dit moment 19% van de zelfstandig gevestigde huisartsen vrouw (inclusief assistent-huisartsen bedraagt dit aandeel 23%). Dat het aandeel van vrouwen in de beroepsgroep huisartsen in de nabije toekomst verder zal toenemen, blijkt wel uit het feit dat van alle huisartsen, die in 1997 in opleiding zijn, 56% vrouw is.

Het aandeel vrouwen binnen de groep medisch specialisten bedraagt net als bij de huisartsen 19%. Aangezien van alle specialisten die in 1997 in opleiding zijn 41% vrouw is, zal ook het aandeel vrouwelijke specialisten in de toekomst verder toenemen. De verschillen tussen de verschillende medische specialismen zijn overigens erg groot. Bij de specialismen urologie en orthopedie zijn nauwelijks vrouwen werkzaam (1% respectievelijk 2%), terwijl bij de klinische genetica (55%) en bij de klinische geriatrie (45%) het aandeel vrouwen aanzienlijk hoger ligt. Dit soort verschillen zijn eveneens zichtbaar bij specialisten in opleiding.

Binnen de groep sociaal-geneeskundigen ligt het percentage vrouwen (31%) hoger dan bij huisartsen en medisch specialisten, terwijl bij de sociaal-geneeskundigen in opleiding het percentage vrouwen (41%) lager is dan bij huisartsen en gelijk aan dat bij specialisten in opleiding.

Bij de verpleeghuisartsen is het percentage vrouwen het grootst, zowel bij de ingeschrevenen in het register (46%) als bij de verpleeghuisartsen in opleiding (72%).

Bij de overige artsen (AGGZ, GAK, bedrijfsgezondheidsdiensten, GGD'en, kruisorganisaties, trombosediensten en bloedbanken) varieert het aandeel vrouwen van 29% bij bedrijfsgezondheidsdiensten tot 91% bij thuiszorgorganisaties.

Bij de tandartsen is het aandeel van vrouwen de afgelopen jaren redelijk stabiel gebleven, op 18%, maar ook daar lijkt in de toekomst verandering in te komen, want bij de tandartsen in opleiding is 44% vrouw. Van de beroepsgroep tandartsen zijn geen gegevens over 1997 ontvangen.

Bij de apothekers is de laatste jaren sprake van een toename van het aandeel van vrouwen; van 33% in 1993 naar 37% in 1997. Gezien het feit dat al enkele jaren na elkaar het aandeel vrouwen bij de apothekers in opleiding 55% is zal het percentage vrouwelijke apothekers in de toekomst zeker verder toenemen.

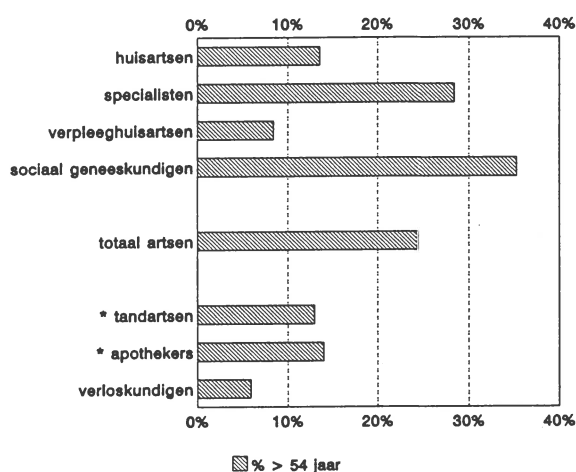
Bij de verloskundigen is het aandeel vrouwen onveranderd met 97% van de werkzame verloskundigen en 99% van de verloskundigen in opleiding.

Leeftijd

Met betrekking tot de leeftijdsverdeling van de medische beroepsbeoefenaren moet worden geconstateerd dat vooral de sociaal geneeskundigen en de specialisten gekenmerkt worden door een relatief oudere leeftijdsopbouw. Van de sociaal geneeskundigen is 35% ouder dan 54 jaar, van de medisch specialisten is dat 28%. Bij verpleeghuisartsen en verloskundigen zijn relatief de minste beroepsbeoefenaren van boven de 54 jaar, namelijk 6% en 8% respectievelijk.

Het percentage beroepsbeoefenaren ouder dan 54 jaar bij huisartsen, tandartsen en apothekers ontloopt elkaar niet veel, met respectievelijk 14%, 13% en 14% (zie figuur 5.1)

Figuur 5.1: Percentage medische beroepsbeoefenaren ouder dan 54 jaar, uitgesplitst naar beroep, per 31 december 1997



* Schatting op basis van gegevens uit eerdere jaren

Deeltijd

In 1996 is, in opdracht van het ministerie van VWS en de KNMG, door het NIVEL onderzoek verricht naar deeltijd werken onder artsen. Aan dit onderzoek hebben acht specialismen deelgenomen: huisartsgeneeskunde, anaesthesiologie, inwendige geneeskunde, oogheelkunde, orthopedische chirurgie, psychiatrie, arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in het aantal artsen dat in deeltijd werkt binnen de verschillende specialismen en om te achterhalen welke factoren het in deeltijd werken binnen de onderzochte beroepsgroepen bemoeilijken. Ook zijn in de afgelopen periode voor verschillende specialistenverenigingen door het NIVEL beroepskrachtenplanningen uitgevoerd, waarin eveneens aandacht besteed is aan de mate van deeltijd werken binnen die beroepsgroep.

Bij huisartsen blijkt 29% van de zelfstandig gevestigde huisartsen in deeltijd te werken. Bij de klinisch specialisten blijkt gemiddeld 26% in deeltijd te werken, waarbij oogartsen met 46% en psychiaters met 40% het hoogst scoren. Bij anaesthesiologen (16%), internisten (12%) en orthopedisch chirurgen (8%) is het percentage deeltijd werkers veel kleiner. Bij de sociaal-geneeskundigen blijkt 50% in deeltijd te werken, wat vooral bepaald wordt door de jeugdartsen, van wie 83% in deeltijd werkt.

5.2.3 Opleiding

Het aantal aanmeldingen bij de medische opleidingen is traditioneel veel groter dan het aantal beschikbare plaatsen. Voor de initiële opleiding geneeskunde is daarom nog steeds een numerus fixus van kracht, die in 1994 verhoogd werd van 1.485 naar 1.686 en in 1996 naar 1.750. Voor 1997 is dat aantal gelijk gebleven, voor 1998 wordt het verhoogd naar 1.813.

Om het aantal beschikbare plaatsen zo eerlijk mogelijk te verdelen wordt gebruik gemaakt van het systeem van gewogen loting. Dat houdt in dat iedere aanmelder die gerechtigd is om de studie te volgen een lotingsnummer krijgt. De kans om ingeloot te worden is deels afhankelijk van de eindexamenresultaten: gegadigden met betere resultaten hebben weliswaar een grotere kans om ingeloot te worden, maar geen garantie daarop.

Met betrekking tot de tandheelkunde geldt een numerus fixus die in 1995 verhoogd is van 180 naar 210. Volgens de NMT zal er met de huidige opleidingscapaciteit op termijn een tekort aan tandartsen gaan ontstaan (Bruers en Bronkhorst, 1997). Bij een ongewijzigd beleid zouden er omstreeks 2010 circa 1.000 tandartsen te weinig zijn om aan de vraag naar tandheelkundige zorg te kunnen voldoen. Voor 1998 is de numerus fixus voor tandheelkunde verhoogd naar 225.

5.2.4 Werkloosheid

Over het aantal werkloze medici zijn op landelijke schaal weinig gegevens bekend. Een uitzondering hierop zijn de huisartsen. Uit de NIVEL-registratie van pas-afgestudeerde huisartsen worden sinds 1974 jaarlijks gegevens gepresenteerd over het aantal praktijkzoekenden. Hieruit blijkt dat van de 300 huisartsen die in 1994 hun opleiding hebben voltooid er op 1 januari 1997 nog 99 (33%) praktijkzoekend zijn (NIVEL, 1997). Op 31 december 1997 zijn er van deze groep van 300 huisartsen nog 60 praktijkzoekend (zie tabel 1.1.4.2 in het tabellenrapport RAZ 1998), dat is 20%. Van de huisartsen die in 1995 hun opleiding hebben voltooid, is op 31 december 1997 nog 25% praktijkzoekend, van hen die in 1996 de opleiding hebben voltooid is op 31 december 1997 nog 36% praktijkzoekend. Het is niet bekend hoeveel van de praktijkzoekende huisartsen daadwerkelijk werkloos zijn.

Over werkloosheid onder medisch specialisten zijn slechts beperkt gegevens voorhanden. Uit verschillende behoefteramingen die bij het NIVEL zijn uitgevoerd, komt een beeld naar voren van een arbeidsreserve (specialisten die op het moment van onderzoek niet als zodanig werkzaam zijn, maar wel op korte termijn zouden willen werken) van 2 à 3%.

Uit de NIVEL-registratie van pas-afgestudeerde verloskundigen blijkt 3 jaar na afstuderen 15% en 4 jaar na afstuderen 9% nog niet werkzaam te zijn. Tot deze groep worden ook de wisselende waarneemsters gerekend.

5.2.5 Medische specialisten

De enige bron die tot op heden een volledig overzicht van alle erkende specialisten met een werkkring in Nederland omvat is het specialistenbestand van de Specialisten Registratie Commissie (SRC). In 1991 is door de SRC een kwantitatieve herregistratie ingesteld en van start gegaan. Deze herregistratie heeft ertoe geleid dat eind 1997 een eerste vijfjaarsregistratie van 16.000 medische specialisten kon worden gerealiseerd. Op basis van deze herregistratie kan nauwkeuriger worden vastgesteld of een specialist als werkend kan worden aangemerkt (vrijgevestigd dan wel in dienstverband) en kunnen achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, nationaliteit) worden geverifieerd. Daarnaast houdt de SRC inschrijvingen en overschrijvingen bij.

Tabel 1.2.1.3 in het Tabellenboek geeft voor de periode 1993-1997 het aantal in het Specialistenregister ingeschreven medische specialisten aan. De aantallen fluctueren echter sterk in deze periode, mede veroorzaakt door bovengenoemde inspanningen van de SRC om de bestanden op te schonen. Eind 1997 staan 14.362 specialisten geregistreerd. De toename van het aantal ingeschreven specialisten bedraagt gemiddeld ruim één procent per jaar. Dit aantal ingeschreven specialisten is exclusief de specialisten die een geclausuleerde verlenging van inschrijving hebben ontvangen².

Het NZi beschikt vanuit haar Enquêtes Personeelssterkte en Jaarcijfers Ziekenhuizen over gegevens van de intramuraal werkzame medische specialisten. Intramuraal werkzame specialisten zijn werkzaam in algemene, academische- en categorale ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en verpleeghuizen. Tot en met het jaar 1996 is bekend het totaal aantal arbeidsplaatsen specialisten die werkzaam zijn ten behoeve van de intramurale zorg (exclusief verzorgingshuizen). Het gaat hierbij om werknemers, dus het betreft uitsluitend personeel in **loondienst** van een instelling.

Op basis van deze statistieken blijkt dat ziekenhuizen over 4.076 medische specialisten als werknemer (in loondienst) beschikken. Deze vervullen gezamenlijk 3.324 arbeidsplaatsen (deeltijdfactor 82%). Binnen uitsluitend de algemene ziekenhuizen ligt het aandeel specialisten in loondienst aanzienlijk lager (11%), een geringe toename van ruim één procent over de afgelopen vijf jaar.

Voor algemene, academische- en categorale ziekenhuizen is, naast het aantal specialisten in dienstverband, ook het aantal specialisten bekend die in vrij beroep werkzaam zijn (Jaarcijfers Ziekenhuizen). Tabel 1.2.1.5 in het Tabellenrapport is het totaal aantal arbeidsplaatsen specialisten in ziekenhuizen weergegeven. Hoewel in de periode 1992-1996 het aantal totaal aantal arbeidsplaatsen in absolute zin slechts gering toeneemt (1,3%), zijn de verschillen bij enkele specialismen relatief groot.

Op basis van KNMG-gegevens en NZi-cijfers is het mogelijk een *indicatie* te geven van het totaal aantal in Nederland werkzame medische specialisten in 1996:

- werkzaam in ziekenhuizen	10.500 (75%)
- werkzaam overig intramuraal	2.000 (14%)
werkzaam extramuraal	1.500 (11%)
<i>Schatting totaal</i>	<i>14.000</i>

Bij bovenstaande schatting is uitgegaan van 14.362 definitief ingeschreven medisch specialisten (leden) bij de KNMG, en ook als zodanig werkzaam zijn. Hierbij moet worden aangetekend dat na (her)registratie bij de SRC gedurende vijf jaar geen controle op de juistheid van gegevens plaatsvindt.

Een tweede probleem die zich bij de interpretatie van de NZi-cijfers voordoet is het gegeven dat een specialist in meerdere ziekenhuizen werkzaam kan zijn. Vergelijking met gegevens van o.a. het NIVEL (behoefteramingsstudies) toont echter aan dat dit slechts sporadisch voorkomt. Het betreft dan vooral specialisten die zowel in een aca-

² Specialisten die het specialisme waarvoor zij zijn geregistreerd niet meer daadwerkelijk uitoefenen, doch werkzaam zijn in een bestuurlijke, management- of andere administratieve functie waarin zij op grond van hun registratie zijn benoemd dan wel uitsluitend wetenschappelijk onderzoek verrichten of expertises, kunnen voor een geclausuleerde verlenging in aanmerking komen.

demisch als in een algemeen ziekenhuis werkzaam zijn. Bij de bepaling van het totaal aantal arbeidsplaatsen (tabel 1.2.1.5 Tabellenrapport) zijn de dubbele werkplekken wel verdisconteerd.

Tenslotte kunnen nog enkele achtergrondkenmerken van de specialisten, werkzaam in ziekenhuizen, worden vermeld:

- In 1997 zijn naar schatting circa 8.000 specialisten als vrijgevestigde werkzaam;
- 19% van de werkzame specialisten is een vrouw;
- van de mannelijke specialisten is 59% jonger dan 55 jaar, bij de vrouwelijke specialisten ligt dit aandeel op 83%;
- 40% van de specialisten in opleiding (AGIO's) is een vrouw;
- de relatieve verdeling van het aantal arbeidsplaatsen van specialisten in ziekenhuizen is als volgt:

algemene ziekenhuizen	69%
academische ziekenhuizen	27%
categorale ziekenhuizen	4%
- 100 volledig bezette arbeidsplaatsen (Fte's) worden ingevuld door 116 specialisten (ofwel het deeltijdpercentage is 86%).

Deze achtergrondkenmerken zijn in paragraaf 1.2 van het Tabellenrapport verder naar specialisme uitgewerkt.

5.3 Paramedische beroepen

5.3.1 Aantal werkzame personen

In totaal zijn er in 1997 in Nederland naar schatting ruim 33.000 paramedische beroepsbeoefenaren werkzaam. Hiervan zijn er naar schatting ruim 17.000 werkzaam in de extramurale gezondheidszorg. Het totaal aantal werkzame paramedici is tussen 1993 en 1997 met bijna 8% toegenomen, terwijl de toename van het aantal extramuraal werkende paramedici in die zelfde periode 3% bedraagt. Er zijn duidelijk verschillen wat betreft de groei van het aantal werkzame personen tussen de verschillende beroepsgroepen. De (relatieve) toename is bij de podotherapeuten het grootst. Ook de ergotherapeuten en de mondhygiënisten laten een duidelijke groei zien, op de voet gevolgd door de radiologisch laboranten en de logopedisten. Bij de orthoptisten is de groei nog beperkt, maar wel iets toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Bij fysiotherapeuten en oefentherapeuten-Cesar is nauwelijks van groei sprake en bij diëtisten en oefentherapeuten Mensendieck is sprake van een teruggang van het aantal werkzame personen.

Tabel 5.5: Aantal werkzame personen in paramedische beroepen in 1993 en 1997, per 31 december

	1993	1997	Index (1993 = 100)
Fysiotherapeuten ¹	11.550	11.902	102
Ergotherapeuten	1.509	1.750	116
Logopedisten	3.471	3.900	112
Diëtisten	2.306	2.133	92
Mondhygiënisten	1.278	1.427	116
Oefentherapeuten-Cesar	795	808	102
Oefentherapeuten-Mensendieck	860	895	96
Orthoptisten	269	287	107
Podotherapeuten	200	314	157
Radiologisch laboranten ²	8.662	9.841	114

¹ Schatting op basis van voorgaande jaren.

² Aantal bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg geregistreerde radiologisch laboranten.

5.3.2 Achtergrond kenmerken

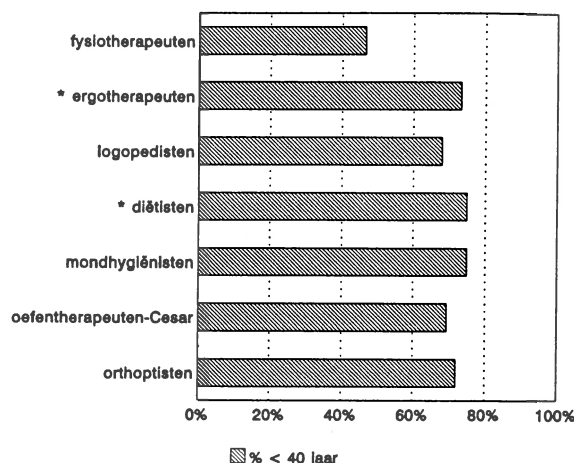
Geslacht

Paramedische beroepen worden overwegend door vrouwen uitgeoefend. Gemiddeld zijn twee op de drie (66%) paramedici vrouw. Voor de meeste beroepen geldt zelfs dat meer dan 90% vrouw is. Alleen bij de fysiotherapeuten ligt het percentage vrouwen aanzienlijk lager: 49% bij de extramuraal werkende fysiotherapeuten en 57% bij de in het Inspectie-register ingeschreven fysiotherapeuten.

Leeftijd

De paramedische beroepsgroepen kenmerken zich door hun jonge leeftijdsopbouw (zie figuur 5.2). Van de fysiotherapeuten is 47% jonger dan 40 jaar, van de diëtisten en van de mondhygiënisten zelfs 75%. Van de ergotherapeuten is 73% jonger dan 40 jaar, van de logopedisten 68%, van de orthoptisten 72% en van de oefentherapeuten Cesar 70%. Van de overige paramedische beroepen zijn geen gegevens over de leeftijdsverdeling voorhanden.

Figuur 5.2: Percentage paramedische beroepsbeoefenaren jonger dan 40 jaar, uitgesplitst naar beroep, per 31 december 1997



* schatting op basis van gegevens uit voorgaande jaren

Deeltijd

In de paramedische beroepen wordt relatief veel in deeltijd gewerkt, maar er zijn grote onderlinge verschillen. Van de (extramuraal werkende) fysiotherapeuten werkt net iets meer dan de helft (52,5%) 32 uur per week of minder. De fysiotherapeuten die een eigen praktijk of maatschap hebben werken naar verhouding minder in deeltijd, van hen werkt 43% 32 uur per week of minder. Van de fysiotherapeuten in loondienst werkt echter 77% in deeltijd, ofwel 32 uur per week of minder. Van de ergotherapeuten en de logopedisten werkt ongeveer 72% in deeltijd (32 uur per week of minder). Van de oefentherapeuten Mensendieck werkt 93% 30 uur per week of minder. Van het radiotherapeutisch personeel werkt ongeveer de helft in deeltijd. Van de overige paramedische beroepsgroepen zijn geen gegevens bekend over de verdeling voltijd/deeltijd werken.

5.3.3 Opleiding

Voor een aantal paramedische opleidingen geldt een numerus fixus. Dit houdt in dat het aantal studenten dat jaarlijks tot de opleiding wordt toegelaten aan een maximum gebonden is. Er is sprake van een arbeidsmarktfixus, vastgesteld door de minister, als het aanbod van afgestudeerden van een bepaalde opleiding gedurende langere tijd de vraag op de arbeidsmarkt overtreft of dreigt te overtreffen. Er is sprake van een capaciteitsfixus wanneer de gezamenlijke capaciteit van alle instellingen, die de betreffende opleiding verzorgen, onvoldoende is om alle studenten die dat wensen in te schrijven. De laatste jaren heeft de overheid geen arbeidsmarktfixus meer opgelegd aan de paramedische opleidingen, maar wordt in overleg met de opleidingen zelf jaarlijks de maximale opleidingscapaciteit vastgesteld. Wanneer de bestaande opleidingscapaciteit voldoende is om aan de vraag naar opleidingsplaatsen te voldoen is een fixus niet van toepassing.

Tabel 5.6 laat de ontwikkeling zien over de periode 1992-1998. Hieruit blijkt dat het aantal opleidingsplaatsen voor fysiotherapie sinds 1994 en voor ergotherapie sinds 1997 ongewijzigd is. De numerus fixus voor logopedie is voor het studiejaar 1998-1999 met zes plaatsen verminderd, terwijl die voor mondhygiëne met 34 plaatsen is uitge-

breid. De orthoptie-opleiding heeft in 1998 zes extra plaatsen en voor de beide oefen-therapie-opleidingen en voor podotherapie is voor dat jaar geen fixus vastgesteld.

Tabel 5.6.: Arbeidsmarktfixus en capaciteitsfixus in de periode 1992-1998

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Fysiotherapie	1.000	1.151	1.054	1.054	1.054	1.054	1.054
Ergotherapie	140	175	330	390	390	360	360
Logopedie	283	293	293	293	293	293	287
Mondhygiëne	120	144	144	174	183	185	219
Oefentherapie-Cesar	75	75	75	75	nvt	100	nvt
Oefentherapie-Mensendieck	75	75	75	75	nvt	nvt	nvt
Orthoptie	25	25	25	25	25	25	31
Podotherapie	35	35	35	35	50	50	nvt

Bron: VWS, HBO-Raad.

5.3.4 Werkloosheid

In tabel 5.7 is voor een viertal beroepen, voor alle HGZO-opleidingen tezamen en voor het hele HBO op twee verschillende manieren een beeld gegeven van de werkloosheid. De intredewerkloosheid geeft het percentage studenten aan dat een maand na het voltooien van de opleiding nog geen werk heeft gevonden. Uit de cijfers blijkt dat voor fysiotherapeuten de intredewerkloosheid, na een daling in 1996, weer terug is op het eerdere niveau van rond de 50%, terwijl deze voor ergotherapeuten, in vergelijking met voorgaande jaren, flink gedaald is. Bij logopedisten en diëtisten is de intredewerkloosheid gestegen, in vergelijking met de twee voorgaande jaren. Het in de tabel gepresenteerde werkloosheidscijfer geeft het percentage afgestudeerden aan dat één à anderhalf jaar na afronding van de studie nog steeds geen werk heeft. Hieruit blijkt dat de cijfers voor fysiotherapeuten en diëtisten ten opzichte van het voorgaande jaar iets verslechterd zijn, terwijl die voor logopedisten en voor het HBO in totaal verbeterd zijn.

Tabel 5.7.: Arbeidsmarktpositie afgestudeerden paramedische HBO-richtingen één tot anderhalf jaar na afstuderen vanaf 1993

	Intredewerkloosheid ¹					Werkloos ²				
	1993	1994	1995	1996	1997	1993	1994	1995	1996	1997
Fysiotherapie	47%	51%	50%	41%	48%	18%	13%	7%	10%	12%
Ergotherapie	37%	39%	39%	.	24%	1%	-	-	.	-
Logopedie	65%	56%	48%	44%	51%	9%	6%	-	6%	4%
Diëtetiek	51%	47%	36%	41%	46%	7%	10%	10%	2%	7%
Totaal HGZO ³	35%	32%	25%	21%	24%	7%	4%	2%	4%	4%
Totaal HBO	41%	40%	38%	32%	32%	12%	9%	6%	7%	4%

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

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

³ Hoger Gezondheidszorgonderwijs.

Bron: HBO-Monitor.

5.4 Verplegende en verzorgende beroepen

5.4.1 Werkzame personen

In ons land waren in 1996 376.700 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Het gaat hierbij om degenen die werkzaam zijn in een reguliere instelling voor gezondheidszorg. Het aantal werkzamen in de particuliere sfeer is niet bekend. Evenmin is bij dit aantal met uitzendkrachten rekening gehouden.

In 1990 bedroeg het aantal werkzamen volgens dezelfde definitie 329.300. In zes jaar tijd nam het aantal werkenden in verpleging en verzorging met 47.400 toe ofwel met 14,4%. Deze groei wijkt nauwelijks af van de toename van het totaal aantal werkzamen in de zorgsector.

In de zorgsector is een combinatie van leren en werken bij veel beroepen gebruikelijk. Ook de verpleging en verzorging kent het inservice-onderwijs en maakt gebruik van het leerlingwezen. In de voorafgaande tabellen zijn de gegevens van deze leerlingen meegerekend. Het aantal inservice-leerlingen in alle sectoren is tussen 1992 en 1996 drastisch afgenomen. Vooral in de sector ziekenhuizen is de afname groot (38%). In het navolgende zullen de inservice-leerlingen verder niet meegenomen worden.

In de periode '92-'96 is het aantal werknemers in de zorg met ruim 10% gestegen. De hoeveelheid arbeidsplaatsen nam in deze periode met 4% toe. Er zijn derhalve meer parttimers bijgekomen. Zonder de deels meewerkende leerlingen mee te rekenen is het aantal beroepsbeoefenaren in de periode 1990-1996 sterker gestegen, namelijk met 19,6%. Het aantal leerlingen is in genoemde periode zowel in de verpleging, als met name in de verzorging sterk teruggelopen.

Alle onderscheiden hoofdsectoren laten tussen 1990 en 1996 een groei van het aantal werkzame verplegenden en verzorgenden zien. Het tempo en de omvang van de groei is echter per hoofdsector verschillend.

De ouderenzorg kende een groei van bijna 18.000 werknemers (zie tabel 5.8). De thuiszorg groeide in dezelfde tijd met 13.000 werkzamen; de ziekenhuiszorg met ruim 12.500. De gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn evenwel relatief gezien sterker groeiende sectoren. Dit blijkt wanneer de groei wordt geïndexeerd (1990=100). Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging nam in de gehandicaptenzorg in zes jaar tijd met bijna 43% toe; in de geestelijke gezondheidszorg met bijna 31%.

Tabel 5.8: Het aantal werkzame personen in verplegende en verzorgende beroepen in een aantal sectoren in de zorg in 1990 en 1996 (jaargemiddelde)

	1990	1996	Index (1990=100)
Ziekenhuiszorg	58.300	70.709	121.4
Geestelijke gezondheidszorg	17.047	22.296	130.8
Gehandicaptenzorg	22.670	32.289	142.4
Ouderenzorg	80.823	98.651	122.1
Thuiszorg	117.032	130.763	111.7
Totaal ¹	298.253	356.577	119.6

¹ Inclusief overig.

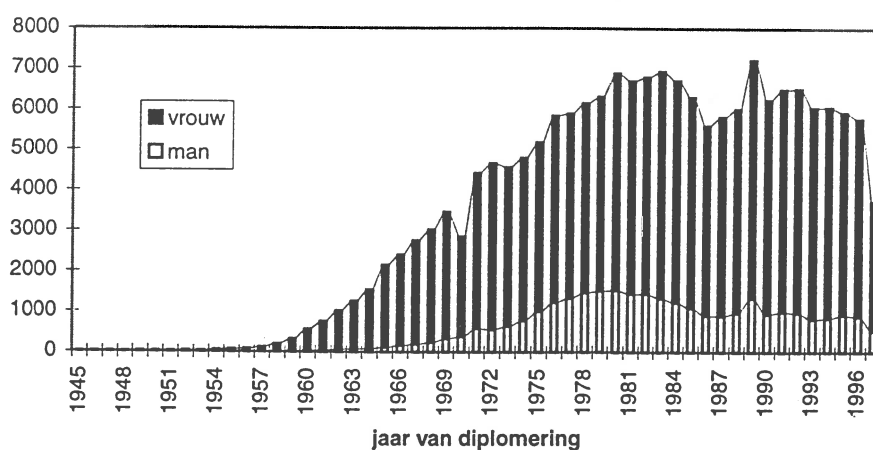
Bron: v.d. Windt e.a., 1998.

Kwalificaties

Over specialisaties binnen verpleging en verzorging bestaat momenteel nog weinig systematische informatie, althans in kwantitatief opzicht. Met de komst van de Wet BIG en de registratie die daarmee gepaard ging, is wel bekend hoeveel geregistreerde verpleegkundigen er zijn. Eind 1997 hebben ruim 182.000 verpleegkundigen zich laten registreren. Van degenen die vanaf 1960 het diploma behaalden heeft naar schatting 68% van de mannen en 79% van de vrouwen zich laten registreren. Ongeveer zeven op de tien geregistreerden oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

Een overzicht van jaren wanneer men het diploma behaalde geeft figuur 5.3. Van de geregistreerden behaalde 50% het diploma na 1982. Uit deze figuur wordt tevens duidelijk waarom de gemiddelde leeftijd van mannen onder geregistreerden hoger is dan van de vrouwen. Een groot deel van de mannen behaalde eind jaren zeventig het diploma.

Figuur 5.3: BIG-geregistreerden naar jaar van diplomering en geslacht



Bron: V.d. Windt e.a. (1998).

5.4.2 Achtergrondkenmerken

Leeftijd en geslacht

Het aandeel vrouwen in de beroepsgroep verplegenden en verzorgenden is groot. In 1996 was 90% vrouw. Het aandeel loopt uiteen van twee-derde in de psychiatrische ziekenhuizen tot 98% in de gezinszorg.

De leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel is sterk in beweging en gaat meer op die van andere beroepsgroepen en sectoren lijken. Er is de laatste jaren sprake van een aanzienlijke vergrijzing van het personeelsbestand in de verpleging en verzorging (zie tabel 5.9).

Tabel 5.9: De gemiddelde leeftijd per sector in 1991, 1994 en 1996 in jaren

	1991	1994	1996
Ziekenhuis	30,8	32,3	33,7
Psych. Instellingen	32,6	34,0	35,3
Inst. verst. geh.zorg	29,2	31,1	32,4
Verpleeghuizen	30,7	32,1	33,7
Verzorgingshuizen	32,1	33,4	34,3
Thuiszorg	38,1	38,8	39,3
Overig	33,0	33,6	34,2
Totaal	33,5	34,2	35,1

Bron: V.d. Windt e.a. (1998).

Dit vergrijzingsproces is voor de meeste sectoren nog lang niet ten einde. Zo is de verwachting dat de gemiddelde leeftijd voor de intramurale gezondheidszorg de komende 10 jaar nog met 7 jaar toeneemt. Het aandeel 50+-ers in de verplegende en verzorgende beroepen neemt dan toe van 4,6% nu tot 19% in 2007 (v.d. Windt, e.a.1998). Hierbij is verondersteld dat de leeftijdspecifieke in- en uitstroom cijfers de komende jaren niet veranderen.

Als gevolg van de daling van zowel het verloop als de instroom is het aantal jaren dat verplegenden en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever toegenomen. In de intramurale gezondheidszorg nam tussen 1992 en 1995 het gemiddeld aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever toe: van 6,2 jaar tot 7,7 jaar. In 1996 loopt de duur van het gemiddelde dienstverband uiteen van 6,7 jaar in verpleeghuizen tot 8,8 jaar in ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn overigens stabiel in de tijd.

Deeltijd

In de zorgsector werken veel mensen parttime, met name vrouwen. Dit betekent dat er veel meer mensen nodig zijn dan het aantal volledige banen dat beschikbaar is. De verhouding tussen aantal personeelsleden en volledige arbeidsplaatsen wordt de P/A-ratio genoemd. Deze, de reciproque van de gemiddelde werkweek, ligt in de zorgsector op een hoog niveau en stijgt nog steeds (zie tabel 5.10).

Tabel 5.10: De P/A-ratio in verpleging en verzorging naar hoofdsector

	1990	1996
Ziekenhuiszorg	131	142
Geestelijke gezondheidszorg	126	135
Gehandicaptenzorg	131	146
Ouderenzorg	143	155
Thuiszorg	234	274
Totaal	162	177

Bron: v.d. Windt e.a. (1998).

Waren in 1990 162 personen voldoende om 100 arbeidsplaatsen te bemensen, in 1996 bedraagt dit al 177. Tussen de sectoren doen zich grote verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfa-hulpverleners die per definitie een in omvang beperkte werkweek hebben doen hier hun invloed gelden.

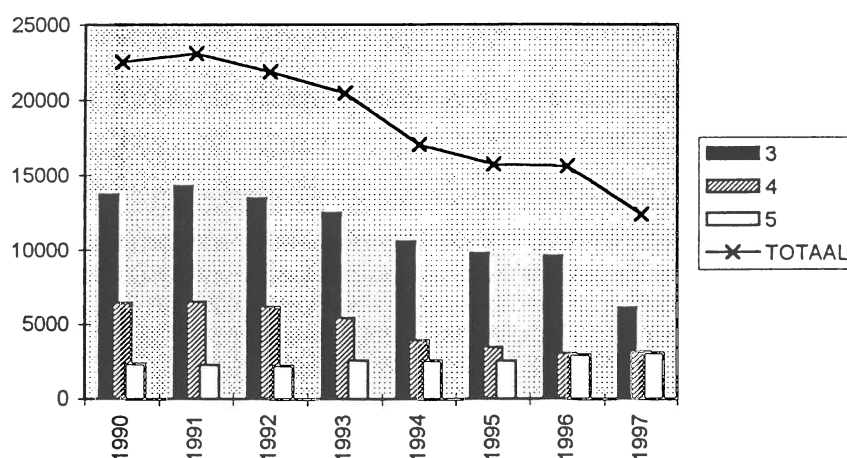
5.4.3 Opleiding

In 1997 zijn volgens opgave van het Ministerie van OC&W ruim 12.300 mensen begonnen aan een opleiding in het nieuwe stelsel voor verplegend en verzorgend onderwijs. Dat is minder dan de bijna 15.600 uit 1996 die in het oude stelsel aan hun opleiding begonnen. Het betreft alleen gegevens over de niveaus 3, 4 en 5. Gegevens over niveau 2 ontbreken nog.

Hoewel de opleidingen uit het nieuwe stelsel niet direct vergelijkbaar zijn met het oude stelsel, - er is niet voor niets het nodige veranderd -, is toch een poging gedaan beiden naast elkaar te zetten. Voor de toedeling naar niveau zie tekst onder tabel 5.11.

De dalende tendens die in 1991 een aanvang nam, zet zich voort. De lichte stabilisatie in 1996 wordt in 1997 weer te niet gedaan (figuur 5.4).

Figuur 5.4: Instroom in het V&V-onderwijs in 1990-1997



Interessanter nog dan de daling van 20%, die uit het oogpunt van de dreigende tekorten overigens bedenkelijk is, is de vraag welke verschuivingen zich achter deze totaal aantallen hebben voorgedaan.

Tabel 5.11: De instroom in het verplegend en verzorgend onderwijs 1996-1997

Niveau	Leerweg	1996	1997	% verandering
5 Verpleging		2.944	3.077	+4,5
	bol	2.744	2.777	
	bbl	200	300	
4 Verpleging		3.048	3.175	+4,2
	bol		1.899	
	bbl	3.048	1.276	
3 Verzorging		9.605	6.110	-36,4
	bol	5.401	4.414	
	bbl	4.204	1.696	
Niveau 3,4,5		15.597	12.362	-20,7

Bron: Gegevens 1997 Ministerie van OC&W, 1996 NZi.

Toelichting:

bbl = beroepsbegeleidende leerweg, voorheen inservice-onderwijs

bol = beroepsopleidende leerweg, voorheen dagonderwijs

Voor 1996 is de volgende toedeling gehanteerd:

4 bbl = inservice A,B,Z

3 bbl = ziekenverzorgenden+bejaarden- en gezinsverzorgenden OVDB

3 bol = MDGO-VP en MDGO-VZ lang

niveau 5 bbl is een raming.

Enkele opvallende zaken uit de tabel zijn:

- de instroom in het verpleegkundig onderwijs, niveau 4 en 5, is ondanks sombere berichten licht gestegen;
- de instroom in het verzorgend onderwijs is fors, met meer dan 36%, afgenomen;
- het aandeel van het "inservice onderwijs"/de bbl in het totaal nam maar liefst af van 47 tot 26%;
- de geheel nieuwe dagopleiding op niveau 4 mag zich in een grote belangstelling verheugen; overigens lijkt er een "upgrading" van de MDGO-VP aan de orde; deze opleiding uit het "oude" systeem is daar als niveau 3 betiteld en lijkt nu in de praktijk van het nieuwe stelsel als niveau 4 bol terug te komen;
- deze opleiding vindt echter vanwege de licentieverlening door OC&W bij slechts 19 Regionale Opleidingscentra (ROC's) plaats, terwijl de bbl op hetzelfde niveau bij 31 ROC's zijn beslag krijgt;
- vanwege deze concentratie van de bol zijn er straks problemen te verwachten in het vinden van voldoende stageplaatsen op niet al te grote afstand van de school;
- de terugval in aantallen bij de niveau 3 verzorging leerweg bbl is des te meer opmerkelijk daar het niet alleen de oorspronkelijke opleiding tot bejaardenverzorgende betreft, maar ook die tot ziekenverzorgende.

Regionaal zijn er aanmerkelijke verschillen in de verandering van de instroom. In tabel 5.12 worden de regio's (RBA-gebieden) weergegeven in volgorde van de mate van verandering. De regio's Groningen en Drenthe en Midden IJssel en Veluwe zijn samengevoegd. De opgave van het Ministerie van OC&W is gebaseerd op ROC's. In deze vier regio's leidde dit tot vertekende uitkomsten wanneer zij afzonderlijk gepresenteerd worden. Ook voor andere regio's kan gelden dat een ROC een groter gebied bestrijkt

dat het RBA-gebied waarin het gelegen is. Bij de interpretatie van de uitkomsten moet hier rekening mee gehouden worden.

In een aantal regio's is de terugval in de instroom beperkt gebleven. Hieronder bevinden zich ook de RBA's van grootstedelijke regio's als Utrecht en Den Haag. Een groot aantal regio's laat een beeld rond het gemiddelde zien. De terugval in de regio's Amsterdam en Rijnstreek is daarentegen zeer aanzienlijk, ook in absolute omvang.

Tabel 5.12: De instroom in de V&V opleidingen niveau 3, 4, 5 (totaal)

rba-gebied	1995	1996	1997	% stijging/daling 1996/1997
Friesland	677	733	734	0
Noord- en Midden-Limburg	397	412	397	-4
Zuid-Oost Brabant	866	888	827	-7
Twente	775	625	581	-7
Utrecht	1.106	1.019	905	-11
IJssel-Vecht	420	467	412	-12
Haaglanden	966	1.030	908	-12
Groningen	1.302	1.220	1.066	-13
Noord-Holland Noord	695	673	568	-16
Midden-Brabant	399	357	292	-18
West-Brabant	506	532	424	-20
Zeeland	419	431	342	-21
Midden-IJssel	923	1017	805	-21
Rijnmond	1.123	1.279	1.001	-22
Kennemer-/Amstel- en Meerlanden	359	322	246	-24
Noord-Oost Brabant	409	402	302	-25
Nijmegen/Rivierenland	844	883	627	-29
Arnhem/Oost-Gelderland	420	427	290	-32
Zuid-Limburg	727	728	489	-33
Drechtsteden	279	292	180	-38
Rijnstreek	699	546	277	-49
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	1.052	1.143	567	-50
Flevoland	66	59	28	-53
Het Gooi en Vechtstreek	227	219	67	-69
Nederland	15.656	15.704	12.335	-21

Bron: NZi.

Tenslotte moet er nog op gewezen worden dat er met name in de thuiszorg een tendens is om scholing buiten het reguliere onderwijs te laten plaatsvinden. Hiervoor wordt het contractonderwijs benut, waarin naast afgeronde opleidingen steeds vaker modulaire onderdelen gegeven worden.

5.4.4 Etniciteit

Het aantal allochtonen in een verplegend en verzorgend beroep neemt heel geleidelijk toe (zie tabel 8 uit bijlage 1). Verhoudingsgewijs, als gekeken wordt naar het aandeel allochtonen in het totaal, blijven de verplegende en verzorgende beroepen nog iets achter wanneer een vergelijking wordt gemaakt met alle in ons land werkzamen. In de vorige RAZ werd al opgemerkt dat het scholingsniveau in de zorg hierbij waarschijnlijk een rol speelt.

5.4.5 Werkloosheid

De arbeidsmarktperspectieven van afgestudeerden aan verpleegkundige en verzorgende MBO- en HBO-opleidingen zijn de laatste jaren gunstiger dan van afgestudeerden van het HBO als geheel (zie tabel 5.13). Slechts 14% van de HBO-V-afgestudeerden in 1997 heeft na een maand nog geen werk, in tegenstelling tot 32% van alle HBO-afgestudeerden en ook de werkloosheid na één tot anderhalf jaar na afstuderen is onder HBO-V-ers lager dan onder alle HBO-afgestudeerden.

Tabel 5.13.: Arbeidsmarktgegevens gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende MBO- en HBO-opleidingen één tot anderhalf jaar na afstuderen vanaf 1993

	Intredewerkloosheid ¹					Werkloos ²				
	1993	1994	1995	1996	1997	1993	1994	1995	1996	1997
MDGO-verpleegkunde	25%	37%	35%	.	.	2%	5%	1%	2%	.
MDGO-verzorging	25%	30%	26%	.	.	2%	5%	3%	2%	.
MBO-Nederland totaal	30%	31%	26%	.	.	4%	8%	7%	7%	.
HBO-verpleegkunde voltijd	33%	40%	29%	18%	14%	6%	4%	2%	2%	1%
HBO-verpleegkunde deeltijd	16%	19%	6%	10%	14%	2%	4%	-	1%	3%
HBO-maatschappelijke gezondheidszorg	26%	23%	16%	9%	18%	2%	2%	-	4%	5%
HBO-Nederland totaal	41%	40%	38%	32%	32%	12%	9%	6%	7%	4%

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

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

Bron: ROA; HBO-Monitor.

5.5 Assisterende beroepen

5.5.1 Aantal werkzame personen

Volgens de Enquête Beroepsbevolking van het CBS zijn er in 1997, evenals in de voorgaande jaren, circa 37.000 personen werkzaam in de assisterende beroepen. Dit is een toename van 12% ten opzichte van 1993, die hoofdzakelijk tussen 1993 en 1995 heeft plaatsgevonden. Sinds 1995 is dit aantal vrijwel onveranderd gebleven. Ruim een derde hiervan (38%) bestaat uit apothekersassistenten en een even groot deel uit doktersassistenten. Tandartsassistenten maken een kwart van het totaal uit. Medisch analisten (ruim 9.000) en operatie-assistenten (ruim 7.000) zijn niet in dit cijfer inbegrepen.

5.5.2 Achtergrond kenmerken

Geslacht

Assisterende beroepen worden vrijwel uitsluitend door vrouwen uitgeoefend: 1,5% van de apothekersassistenten is man, van de praktijkassistenten huisartsen en van de tandartsassistenten is dat niet meer dan 1%. Een uitzondering hierop vormen de (kleine) beroepsgroepen van klinisch perfusionisten en ziekenhuishygiënisten met respectievelijk 69% en 77% mannen.

Leeftijd

Werkzamen in assisterende beroepen zijn relatief jong. Van de praktijkassistenten huisartsen was in 1996 58% jonger dan 35 jaar, van de apothekersassistenten was in 1994 zelfs 65% 35 jaar of jonger (Van Smoorenburg & V.d.Velden, 1996). Van de

medisch analisten was in 1995 47% jonger dan 35 jaar, van de klinisch perfusionisten was dat 34%. Ziekenhuishygiënistenvormen hier een uitzondering op: van hen is slechts 6% jonger dan 36 jaar.

Deeltijd

Volgens de Enquête Beroepsbevolking van het CBS werkt 62% van alle werkenden in assisterende beroepen in deeltijd, dat wil zeggen 34 uur per week of minder. Van de apothekersassistenten in de openbare apotheek werkt 55% in deeltijd (minder dan 36 uur per week), van de tandartsassistenten werkt 60% minder dan 33 uur per week. De gemiddelde werkduur van zowel de apothekersassistenten als de tandartsassistenten is 28 uur per week. Praktijkassistenten huisartsen werken gemiddeld 29 uur per week.

5.5.3 Opleiding

Opleidingsgegevens voor werkenden in assisterende beroepen zijn slechts ten dele voorhanden. Van apothekersassistenten is bekend dat het merendeel (ruim 85%) is opgeleid via het MDGO, maar precieze cijfers over 1996 en 1997 ontbreken. Van praktijkassistenten huisartsen weten we dat in 1996 45% via het MDGO was opgeleid, terwijl 32% het diploma via een particulier instituut heeft behaald. Niet meer dan een kwart tot een derde van de tandartsassistenten is via het MDGO opgeleid, meer dan de helft van hen (56%) heeft het vak in de praktijk geleerd. Ook voor deze twee beroepen geldt dat er geen gegevens over 1997 voorhanden zijn. Medisch analisten kunnen zowel op HBO-niveau als op MBO-niveau zijn opgeleid. De instroom in zowel HLO als MLO is de laatste vijf jaar toegenomen, met respectievelijk 79% en 30%, terwijl ook de uitstroom is toegenomen.

5.5.4 Werkloosheid

Over werkgelegenheid en werkloosheid met betrekking tot de assisterende beroepen is weinig bekend. In 1997 was 5% van de apothekersassistenten werkloos, terwijl 7% werkzoekend was. In 1996 waren er 202 vacatures op operatie-afdelingen, wat gelijk staat aan 3,7% van het totale personeelsbestand aldaar. Van de overige assisterende beroepen zijn geen gegevens bekend over werkgelegenheid en werkloosheid. Wel is er enige informatie over de groep MDGO-opgeleiden, richting assisterende (zonder verdere differentiatie). Daaruit blijkt de intredewerkloosheid in de afgelopen jaren te zijn toegenomen: in 1993 had 23% van de afgestudeerden na een maand nog geen werk, in 1995 was dat 41%. Ook het werkloosheidspercentage anderhalf jaar na het behalen van het diploma is door de jaren heen licht gestegen.

6 INFORMATIEVOORZIENING

6.1 Beroepen

De informatievoorziening omtrent het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt gekenmerkt door grote verschillen in zowel de kwantiteit als de kwaliteit van de gegevens die beschikbaar zijn. Evenals voorgaande jaren zijn voor een beperkt aantal beroepsgroepen continue aanbodregistraties beschikbaar (huisartsen, verloskundigen, extramuraal werkende fysiotherapeuten en ergotherapeuten). Op basis van deze registraties is het mogelijk om overzichten te presenteren over uiteenlopende aanbodgegevens, zoals aantallen beroepsbeoefenaren en kenmerken en spreiding van de beroepsgroep. Voor andere beroepen is in de meeste gevallen de ledenadministratie van de beroepsvereniging de enige informatiebron. Soms kan geput worden uit recent onderzoek, als daarin gegevens over omvang en samenstelling van de beroepsgroep zijn verzameld. Om precieze aanbodgegevens te verzamelen, zijn deze bronnen echter niet optimaal, omdat bijvoorbeeld niet alle beroepsbeoefenaren lid zijn van hun beroepsvereniging en niet alle leden van de beroepsvereniging nog in hun beroep werkzaam zijn. Een en ander houdt in dat voor vele beroepsgroepen niet exact kan worden aangegeven hoeveel personen er werkzaam zijn en wat enkele achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, etc.) zijn.

Medische beroepen

Voor huisartsen, medisch specialisten, tandartsen en verloskundigen is gebruik gemaakt van de registraties die zijn bijgehouden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In die registraties werd het aantal *gekwalficeerde beroepsbeoefenaren* bijgehouden, ongeacht of ze praktiserend zijn of niet. Bij het in werking treden van de Wet BIG zijn deze registraties op een andere leest geschoeid. Registratie gebeurt niet meer automatisch bij het verkrijgen van het vereiste diploma, maar beroepsbeoefenaren die genoemd worden in artikel 3 van de Wet BIG (artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidspsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen) dienen zich zelf aan te melden voor registratie. Hiertoe worden nieuwe registraties opgezet. Registratie in het kader van de Wet BIG is vanaf 1 december 1997 mogelijk voor artsen en gezondheidspsychologen, vanaf 1 februari 1998 voor tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten en psychotherapeuten. De registratie van verpleegkundigen is al in 1995 gestart. Deze verandering heeft tot gevolg dat in- en uitschrijvingen in de bestaande registers bij de IGZ voor artsen na 1-1-1997 niet meer zijn verwerkt. Verwacht kan worden dat op 31-12-1998 de nieuwe (BIG-)registers voor artsen, tandartsen, apothekers en verloskundigen een beeld kunnen geven van de aantallen *geregistreerde beroepsbeoefenaren*. In hoeverre geregistreerde beroepsbeoefenaren ook werkzame beroepsbeoefenaren zijn, is afhankelijk van de afspraken die gemaakt zullen worden over herregistratie-eisen en herregistrateterminen, omdat ook niet-werkzame beroepsbeoefenaren zich kunnen laten registreren zolang ze voldoen aan de bekwaamheidseisen.

Voor huisartsen en verloskundigen is vervolgens opnieuw gebruik gemaakt van aanbodregistraties die het NIVEL reeds jaren over deze twee beroepsgroepen bijhoudt. Voor apothekers is gebruik gemaakt van gegevens uit de administratie van de KNMP. Deze organisatie beschikt over gegevens van zowel leden als niet-leden van de be-

roepsvereniging. Voor tandartsen en tandartsspecialisten ontbreken de meest recente gegevens omdat de NMT niet meer bereid was om belangeloos gegevens beschikbaar te stellen.

Voor het in beeld brengen van de groep medisch specialisten is gebruik gemaakt van gegevens van de KNMG, de SRC (Specialisten Registratie Commissie) en het NZi, waardoor per specialisme inzicht verkregen kon worden in aantallen, man-vrouw-verdeling en leeftijdsopbouw van de beroepsgroep.

Voor huisartsen, verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen is eveneens gebruik gemaakt van gegevens uit de voor die beroepsgroep geldende registratie commissies, de HVRC (Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie) en de SGRC (Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie).

Een laatste groep artsen waar moeilijk gegevens over te verkrijgen zijn, is de groep AGNIO's (assistent geneeskundigen niet-in-opleiding). De gegevens van de SRC over deze groep betreffen alleen de AGNIO's in opleidingsziekenhuizen. Het is niet bekend hoeveel AGNIO's (of basisartsen) in andere ziekenhuizen of overige gezondheidszorg-instellingen werkzaam zijn.

Paramedische beroepen

Gegevens over de paramedische beroepen zijn enerzijds afkomstig uit de registraties die zijn bijgehouden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en anderzijds afkomstig uit de ledenadministraties van de beroepsverenigingen en NIVEL-registraties. Bij het in werking treden van de Wet BIG per 1-12-1997 zijn echter de inspectie-registers van de beroepen die niet in artikel 3 van de Wet BIG genoemd zijn vervallen en vanaf die datum ook niet meer bijgehouden.

Gegevens van extramuraal werkende fysiotherapeuten en van ergotherapeuten zijn afkomstig uit de tweejaarlijks gehouden aanbodregistraties van het NIVEL. Alle fysiotherapiepraktijken in Nederland worden sinds 1985 om de twee jaar geënkquêteerd, zodat over de groep extramuraal werkzame fysiotherapeuten voldoende gegevens voorhanden zijn. De groep intramuraal werkende fysiotherapeuten is echter moeilijker in beeld te brengen, omdat daar alleen incidentele gegevens van bekend zijn. Sinds 1996 wordt ook de beroepsgroep van ergotherapeuten tweejaarlijks geënkquêteerd, ongeacht of men intramuraal of extramuraal werkzaam is.

Verplegende en verzorgende beroepen

Gegevens over verplegende en verzorgende beroepen zijn in hoofdzaak afkomstig van de instellingen waar zij werkzaam zijn. Per sector is de beschikbare informatie echter verschillend. Onderscheid in categorieën van verplegenden en verzorgenden is alleen mogelijk in de thuiszorg en de verzorgingshuizen, in de overige intramurale gezondheidszorg ontbreekt die mogelijkheid. Wel is het mogelijk om in alle sectoren onderscheid te maken in aantallen werkzame personen en aantallen arbeidsplaatsen (fte's). Wat ontbreekt zijn gegevens over verplegenden en verzorgenden die niet in reguliere instellingen voor gezondheidszorg maar bijvoorbeeld bij een particulier bureau werkzaam zijn.

De opleidingsgegevens zijn tot op heden relatief goed geweest, maar de overgang naar het nieuwe onderwijsstelsel zorgt voor enige onduidelijkheid, omdat nog niet over alle niveaus gegevens voorhanden zijn.

Assisterende beroepen

Gegevens over assisterende beroepen zijn helaas nog steeds maar beperkt voorhanden. Van apothekersassistenten is een (BIG-)register aanwezig bij de inspectie, waardoor van die beroepsgroep in ieder geval gegevens aanwezig zijn over aantallen en (belangrijkste) werkvelden. Daarnaast publiceert de KNMP jaarlijks gegevens over aantallen werkzame apothekersassistenten, alsmede enige kenmerken van de beroepsgroep. Er zijn geen gegevens over de omvang van de beroepsgroep van doktersassistenten, waarvan een deel extramuraal werkzaam is als praktijkassistenten bij huisartsen en een deel intramuraal als doktersassistenten bij specialisten. Over praktijkassistenten bij huisartsen zijn alleen steekproefgegevens uit 1996 van het NIVEL bekend, over doktersassistenten in de intramurale gezondheidszorg zijn geen gegevens bekend. Over tandartsassistenten zijn alleen incidenteel gegevens bekend. Alleen over operatie-assistenten en medisch analisten worden structureel gegevens verzameld door het NZi. Eens per twee jaar worden aanbodgegevens over operatie-assistenten verzameld en eens per drie jaar over medisch analisten. Deze inventarisaties richten zich vooral op kenmerken van de functie, minder op kenmerken van de beroepsgroep.

6.2 Voorzieningen

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

Instellingen die tot de intramurale gezondheidszorg behoren hebben een wettelijke verplichting tot het vastleggen van gegevens (ex artikel 22 WZV). Over deze instellingen zijn daarom relatief veel gegevens beschikbaar, die goed voldoen voor een sectorwijze benadering. Het is echter niet mogelijk om een onderverdeling te maken naar specifieke beroepsgroepen. Verpleeghuizen maken deel uit van de intramurale gezondheidszorg en daarover zijn dus ook de nodige gegevens beschikbaar. Gegevens over bejaardenoorden worden jaarlijks gepubliceerd door het CBS. Maar omdat bejaardenoorden, die vanaf 1 januari 1997 verzorgingshuizen heten, steeds vaker fuseren of gaan samenwerken met verpleeghuizen, zal het steeds minder mogelijk worden om gescheiden statistieken te produceren.

Gegevens over thuiszorginstellingen worden sinds 1993 verzameld door het NZi. De ontwikkelingen op het gebied van particuliere thuiszorginstellingen worden hierbij echter niet meegenomen, zodat informatie daarover geheel ontbreekt. Gegevens over gezondheidscentra zijn afkomstig uit de jaarlijkse NIVEL-registratie, waarbij onder een gezondheidscentrum wordt verstaan: 'een samenwerkingsverband met gemeenschappelijke huisvesting van tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende'. Gegevens over apotheken zijn afkomstig van de KNMP. Daarbij valt op dat er geen gedetailleerde informatie beschikbaar is over werkzame personen (apothekersassistenten) in ziekenhuisapotheken.

Over de ambulancesector publiceert het CBS jaarlijks enkele gegevens, maar er is lange tijd nauwelijks inzicht geweest in de omvang en samenstelling van het personeelsbestand. In 1995 heeft de sector voor het eerst zichzelf in kaart gebracht, door bij alle ambulancediensten en Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's) te inventariseren hoe het personeelsbestand er uit ziet. De bedoeling was om een dergelijke inventarisatie om de twee jaar te herhalen maar dat bleek niet haalbaar. In plaats daarvan is het NIVEL verzocht om in 1998 een 'arbeidsmarktverkenning ambulancepersoneel' uit te voeren.

6.3 Kanttekening externe dataleveranciers

Tot en met 1996 betroffen de gegevens van de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geregistreerde beroepsbeoefenaren 'werkzaam' en 'verblijvend in Nederland'. Wat geregistreerd werd waren de diploma's. Iemand met meer dan één diploma kon dan ook meerdere keren geregistreerd staan. Bovendien leidde uittreden uit het beroep door pensionering of overlijden niet automatisch tot uitschrijving uit het register. De afgelopen jaren is de Inspectie bezig geweest met het opschonen van de gegevensbestanden door koppeling met gegevens uit het bevolkingsregister. Als gevolg daarvan zijn voor een aantal paramedische beroepsgroepen en de specialisten de cijfers over 1995 fors lager uitgevallen. Bij de medische beroepen lijkt dit te leiden tot een blijvend lager cijfer, terwijl bij de paramedische beroepen de cijfers over 1996 eerder in lijn zijn met die van 1994 dan met die van 1995. Het is mogelijk dat de cijfers over 1995 met betrekking tot de paramedische beroepen niet een telling zijn van het aantal registraties, maar van de respons op de enquête die gehouden is in het kader van het opschonen van de bestanden. Vanwege het in werking treden van de Wet BIG zal voor de artikel 3 beroepen een nieuwe registratie opgezet worden, die niet langer gekoppeld is aan het behalen van een diploma. Beroepsbeoefenaren dienen zich zelf aan te melden voor registratie. Als ze voldoen aan de in de wet gestelde bekwaamheidseisen kunnen ze opgenomen worden in het register en zijn ze bevoegd tot het voeren van de daarvoor bestemde beroepstitel. Verpleegkundigen kunnen zich al vanaf 1995 laten registreren, voor artsen en gezondheidspsychologen is registratie mogelijk vanaf 1 december 1997, voor tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten en psychotherapeuten is registratie mogelijk vanaf 1 februari 1998. Dit heeft er toe geleid dat bestaande registers bij de inspectie in de loop van 1997 niet meer zijn bijgewerkt. In de registers voor huisartsen en specialisten zijn in- en uitschrijvingen na 1-1-1997 niet meer verwerkt. De registers voor paramedische beroepen en ziekenverzorgeren zijn met het in werking treden van de Wet BIG (1-12-1997) vervallen en vanaf die datum ook niet meer gemuteerd.

Opleidingsgegevens van academische en hogere beroepsopleidingen worden verstrekt door het CBS en soms door de opleidingen zelf. De gegevens komen echter niet altijd met elkaar overeen. Voor een deel komt deze discrepantie voort uit een verschil in teldatum: de teldatum kan samenvallen met de afsluiting van het studiejaar, bijvoorbeeld 1 oktober of de teldatum kan samenvallen met de afsluiting van het kalenderjaar. Iemand die bijvoorbeeld in december nog afstudeert, zal in het ene geval niet en in het andere geval wel bij de afgestudeerden van dat jaar gerekend worden. Een andere bron van misverstanden is het verschil tussen het aantal studenten in de zogenaamde 'propedeutische fase' en het aantal eerstejaars studenten. Dit verschil wordt veroorzaakt door het volgende. In het wetenschappelijk onderwijs kan een student maar één keer eerstejaars zijn, namelijk het jaar dat hij of zij voor het eerst gaat studeren aan een universiteit. Een student die na een jaar of twee jaar overstapt naar een andere studie en daar in het eerste studiejaar begint, zit wel in de propedeutische fase maar is geen eerstejaars meer. Dit kan verklaren dat er bij de artsen-, tandartsen- en apothekersopleidingen meer studenten in de propedeutische fase zitten, dan er eerstejaars zijn.

Bij het hoger beroepsonderwijs leveren deze termen weer andere interpretatieproblemen op, vanwege het niet overal gehanteerde gebruik van de termen 'propedeutische fase' en 'hoofdfase' voor de indeling van het studiecursus. De term 'propedeutische fase' kan worden gehanteerd voor de beginfase van de studie of opleiding maar dat

hoeft niet. Terwijl bij het wetenschappelijk onderwijs de instroom in de opleiding het best wordt weergegeven met het aantal studenten in de propedeutische fase, is dat bij het HBO dus niet zo.

LITERATUUR EN BRONNEN

ABVA/KABO: **Jaarboek Werknemers in de zorg 1998** (eindredactie: L. Geradts). Samsom, 1998.

Arbeidsvoorziening: **Enquête 'Hoe zoeken werkzoekenden'**, 1997.

Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (BVG).

- **WW-registratie**, diverse jaren.
- **Ziekteverzuimcijfers**, diverse jaren.

Beer J. de. **Bevolkingsprognose 1996: minder bevolkingsgroei, meer vergrijzing**. Maandstatistiek bevolking 97/1, p.6-12. CBS, 1997.

Beer J. de. **Bevolkingsprognose 1997-2003: meer geboorten**. Maandstatistiek Bevolking 98/01, p.17-19. CBS, 1998.

Beer J. de, C.J.M. Prins. **Bevolkingsontwikkeling in 1996: toename immigratie**. Maandstatistiek bevolking 97/3, p.6-10. CBS, 1997.

Beer J. de, C.J.M. Prins. **Bevolkingsontwikkeling in 1997: stijging bevolkingsgroei**. Maandstatistiek bevolking 98/03, p.8-13. CBS, 1998.

Bruers J.J.M., E.M. Bronkhorst. **Op weg naar een 'tandartsentekort'**. NT 52, 11, 1997, p.584-591.

Centraal Bureau voor de Statistiek CBS.

- **Statistiek van de verdiende lonen**, diverse jaren
- **Arbeidsrekeningen**, diverse jaren
- **Enquête Beroepsbevolking (EBB)**, diverse jaren
- **Vacature enquête**, diverse jaren
- **Gezondheidsenquête**, diverse jaren
- **Statistiek van de thuiszorg**, diverse jaren
- **Onderwijsstatistieken**, diverse jaren
- **Statistiek van de bejaardenoorden**, diverse jaren
- **Maandbericht gezondheidsstatistiek**, diverse jaren, diverse onderwerpen
- **Statistisch Jaarboek**, diverse jaren
- **Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS)**, 1997

Centraal Planbureau (CPB). **Centraal Economisch Plan**, 1998.

Ctsv/Lisv. **Kroniek van de sociale verzekeringen**, diverse jaren.

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

Eichperger L., F. Filius. **Regionale verschillen in bevolking**. Maandstatistiek bevolking 98/03, p.14-25. CBS, 1998.

Evers P.W., W. van der Windt. **Regiomarge. Anno 1997 - de arbeidsmarkt verkend**. Utrecht, NZi, 1997.

GAK Nederland BV. **Administratiegegevens**. Amsterdam, diverse jaren.

GGZ Nederland (Landelijke Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg)

- **Registratiegegevens**, diverse jaren
- **Jaarboek GGZ, geestelijke gezondheidszorg in getallen**. Trimbos Instituut/NZi, diverse jaren
- **Ledenadministratie RIAGG's in cijfers**. Utrecht, diverse jaren
- **Personeel in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg**. Utrecht, diverse jaren

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

HBO-Monitor. **De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden van het hoger beroeps-onderwijs**. Den Haag, Voorlichtingsdienst HBO-Raad, diverse jaren.

HBO-Raad. Numerus fixus 1997-1998. **Hogeschoolbericht**, nr. 211 (juni 1997).

HBO-Raad. Numerus fixus 1998-1999. **Hogeschoolbericht**, nr. 219 (mei 1998).

Heiligers Ph.J.M., L. Hingstman, J.T.C. Marrée. **Inventarisatie deeltijd werken onder artsen**. Utrecht, NIVEL, 1997.

Hoving, P.G., A.M. Janssen: **Adresboek Ambulancehulpverlening 1995**. Grave, HHS Uitgeverij, 1994

Hoving, P.G., A.M. Janssen: **Adresboek Ambulancehulpverlening 1997**. Grave, HHS Uitgeverij, 1996

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)

- **Jaarverslagen**, diverse jaren

IGZ. **Aantallen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg**. diverse jaren.

Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I.SZW): **CAO's in Nederland**. Den Haag, I.SZW, 1997.

Jong A.H. de. **Nationale Huishoudensprognose 1996: steeds minder paren zijn gehuwd**. Maandstatistiek bevolking 97/5, p.18-27. CBS, 1997.

Kersten J.W.E.T., J. van der Zee, H.P.H. Abrahamse, H.J.M. Sixma. **Fysiotherapeuten kijken vooruit!, deel 1: Beroep en beroepsuitoefening**. Ned. Tijdschrift voor Fysiotherapie 1997 (107): 82-88.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). **Registratiegegevens**, diverse jaren.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie (KNMP)

- **Pharmaceutisch Weekblad**, diverse jaren
- **Registratiegegevens**, diverse jaren

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

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)

- **Databank Thuiszorg** (LVT/NZi), diverse jaren.

LVT/NZi. **Jaarboek Thuiszorg**, diverse jaren.

Manting D., E. Butzelaar. **Allochtonenprognose 1996-2015**. Maandstatistiek bevolking 97/3, p.30-46. CBS, 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

- **Zorg voor werk**. Den Haag, 1995.
- **Financieel Overzicht Zorg**, diverse jaren. Den Haag
- **Advies arbeidsmarktfixus geneeskunde**, juni 1997
- **Jaaroverzicht Zorg**. Den Haag, diverse jaren
- **Onderwijsstatistieken**, diverse jaren
- **Nota Thuiszorg en Zorg Thuis**, 1997

Ministerie van SoZaWe: **Bestrijding langdurige werkloosheid**. Brief van 26 maart 1997, Den Haag.

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

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. **Beroepskrachtenvoorziening artsen, advies over de instroomcapaciteit voor de studie geneeskunde**. Zoetermeer, 1994.

Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren

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

- **Aanbodgegevens apothekersassistenten**, 1990-1994

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren

Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren
- **Vacaturegegevens**, diverse jaren

Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck (NVOM)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren

Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren

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

NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)

- **Steekproefonderzoek inventarisatie praktijkassistenten huisartsen**, 1996
- **Registratie van werkzame en pas-afgestudeerde huisartsen**, diverse jaren
- **Registratie van werkzame en pas-afgestudeerde verloskundigen**, diverse jaren
- **Registratie van extramuraal werkzame fysiotherapeuten**, diverse jaren
- **Registratie van gezondheidscentra**, diverse jaren
- **Registratie van ergotherapeuten**, diverse jaren

NIVEL/SOSA/SOVAM. **Arbeidsmarktverkenning ambulancepersoneel**, 1998.

NIVEL/NZi. **Brancherapport curatieve somatische zorg**. Utrecht, 1996.

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

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

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

NVZ, Vereniging van Ziekenhuizen

- **Opereren is vooruitzien**. Utrecht, 1995.
- **Een precair evenwicht**, 1997a.
- **Medisch lab en opleiding in balans?**, 1997b.
- **Capaciteit in perspectief**. Opleidingscapaciteit ziekenhuishygiënist, 1998
- **Perfusionisten hard/t nodig**, 1998
- **Registratie klinisch perfusionisten**
- **Registratie ziekenhuishygiënist**

NZi/NZF (Nederlandse Zorgfederatie)

- **Gezondheidszorg in tel-2. Overbrugging van de zorgkloof: handreiking van een ondernemende sector**. Utrecht, 1994
- **Gezondheidszorg in tel-3**. Utrecht, 1995
- **Gezondheidszorg in tel-4**. Utrecht, 1996.
- **Gezondheidszorg in tel-5**. Utrecht, 1997.

NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg

- **Statistiek Personeelssterkte (alle intramurale sectoren)**, diverse jaren
- **Financiële Statistiek (alle intramurale sectoren)**, diverse jaren
- **Databank Thuiszorg (LVT/NZi)**, diverse jaren
- **Evaluatie STIPUD-Regeling**, diverse jaren
- **Loonkosten Gegevensbestand (LKG)**, diverse jaren

OC&W. **Onderwijssatistieken**, diverse jaren.

OSA. **Arbeid in de zorgsector**. Integrerend OSA-rapport 1997.

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

Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1995 (RAZ). **Deel 1: Hoofdrapport. Deel 2: Tabellenrapport**. NIVEL/NZi/OSA, 1995.

Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1996 (RAZ). **Deel 1: Hoofdrapport. Deel 2: Tabellenrapport**. NIVEL/NZi/OSA, 1996.

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

ROA (Research Centrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt)

- **Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 1995**. Maastricht, 1996
- **Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 1996**. Maastricht, 1997
- **De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2000**. Maastricht, 1996

Smooenburg M.S.M. van, R.K.W. van der Velden. **Apothekersassistenten. Risico's van een geprofessionaliseerde vakdeelmarkt**. OSA-publicatie D3, juni 1996.

Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC). **Register sociaal-geneeskundigen**, diverse jaren.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts (SBOH)

- **Opleidingsgegevens huisartsen**, diverse jaren

Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC)

- **Ledenadministratie**, diverse jaren

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

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

Windt W. van der, H. Calsbeek, L. Hingstman. **Verplegenden en verzorgenden in kaart gebracht**. Tijdstroom/LCVV, 1997.

Windt W. van der, H. Calsbeek, L. Hingstman. **Verplegenden en verzorgenden in kaart gebracht**. Tijdstroom/LCVV, 1998.

Ziekenfondsraad (ZFR). **Financieel Jaarverslagen**. Amstelveen, diverse jaren.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
ARBO(-wet)	Arbidsomstandigheden(wet)
AWO	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Sector Zorg en Welzijn
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenornden
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds ziekenhuizen
BAZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BIG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen
BVL-Component	Beroepsvoorbereidende Leerperiode
CAD	Consultatiebureau voor alcohol en drugs
CBA	Centraal Bureau Arbeidsmarktvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COLP	Cluster Overleg Laboratorium en Procesindustrie Hogescholen
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CPB	Centraal Plan Bureau
CTSV	College van Toezicht Sociale Verzekeringen
FIAD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FTE('s)	Full-time equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GAK	Gemeenschappelijk Administratie Kantoor
GGD	Gemeentelijk Geneeskundige Dienst
GGZ-Nederland	Landelijke Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
3 IG	Niveau 3 Individuele Gezondheidszorg
IGZ	Inspetie voor de Gezondheidszorg
I.SZW	Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid
IVA	Instituut voor Arbeidsmarktvraagstukken
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
JWG	jeugd Werk Garantieplan
JWL	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
KNV	Koninklijk Nederlands Vervoer
KRA	Kaderregeling Arbeidsinpassing
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LKG	Loonkosten-gegevensbestand (NZi).

LOPHR	Landelijk Overleg Paramedische Hoofden Radiotherapie
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVGGD	Landelijke Vereniging van GGD'en
LVSG	Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
LWW	Leerlingwezen
MBRT	HBO-Opleiding voor Medische Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken
MLZA	Managementopleiding leidinggevende ziekenhuisapotheken
NAP	Nederlands Ambulance Platvorm
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NIV	Nederlandsche Internisten Vereeniging
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktstandigheden
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NIPG	Nederlands Instituut voor Preventie en Gezondheid (momenteel TNO Preventie en Gezondheid)
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NOV	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
NOVON	Nederlandse onafhankelijke vakbond voor de overheids- en non-profit sector
NPi	Nederlands Paramedisch instituut
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (opgegaan in GGZ-Nederland)
NVBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen (opgegaan in GGZ-Nederland)
NVD	Nederlandse Vereniging van Diëtisten
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVE	Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
NVGGz	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (opgegaan in GGZ-Nederland)
NVH	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
NVOM	Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck
NVVA	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthoptisten
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZF	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek

OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
RBRL	Stichting Raad Beroepsopleiding Radiologisch Laboranten
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling van Beschermd Woonvormen (opgegaan in GGZ-Nederland)
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RPD	Rijksplanologische Dienst
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
RvB	Research voor Beleid BV
SBA	Stichting Bedrijfsfonds Apotheken
SBI	Standaard Bedrijfs Indeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SGRC	Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie
SIG	SIG-Zorginformatie, Utrecht
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten
SOSA	Stichting Opleidingen en Scholing ten behoeve van Ambulancevervoer
SOVAM	Stichting Ontwikkeling Vakopleiding Ambulance Hulpverlening
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
SPMA	Stichting Pensioenfonds Medewerkers Apotheken
SPW	Sociaal Pedagogisch Werk
SRC	Specialisten Registratie Commissie
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
STOAS	Bureau Arbeidsmarktonderzoek STOAS
SWG	Stichting Werkgelegenheid Geneeskundigen
SOVAM	Stichting Vakopleiding Ambulancehulpverlening
SOZAW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TOPAZ	Tijdelijk Ondersteuningspunt Allochtonen in de Zorgsector
VBC	Vereniging Bewegingsleer Cesar
VBO	Vorbereidend Beroepsonderwijs
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VU	Vrije Universiteit Amsterdam
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBEA	Wet Bevordering Evenredige Arbeidsdeelname
WBIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WEP	Werkervaringsplaatsen
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsectoren
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektenverzekeringen
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

BIJLAGE 1

In deze bijlage worden de tabellen gepresenteerd die de basis vormen voor de geschreven hoofdstukken in het hoofdrapport en een aantal grafische presentaties. Voor een volledig overzicht van alle gegevens in tabelvorm kan verwezen worden naar deel 2 (tabellenrapport) van deze RAZ 1998.

Tabel 1.: Aantal vacatures en vacaturegraad¹ naar sector vanaf 1993

	1993	1994	1995	1996	1997
Ziekenhuizen					
Aantal vacatures	.	.	1.400	1.700	2.400
Vacaturegraad	.	.	0,6%	0,7%	1,0%
Waarvan moeilijk vervulbaar	.	.	0,1%	0,1%	0,2%
Overige gezondheidszorg					
Aantal vacatures	.	.	1.100	800	1.100
Vacaturegraad	.	.	0,7%	0,6%	0,8%
Waarvan moeilijk vervulbaar	.	.	0,1%	0,2%	0,2%
Verpleeg- en bejaardentehuizen					
Aantal vacatures	.	.	2.500	2.500	2.800
Vacaturegraad	.	.	1,0%	1,0%	1,0%
Waarvan moeilijk vervulbaar	.	.	0,1%	0,2%	0,2%
Overige welzijnszorg					
Aantal vacatures	.	.	1.900	2.100	2.400
Vacaturegraad	.	.	1,2%	1,1%	1,2%
Waarvan moeilijk vervulbaar	.	.	0,1%	0,2%	0,2%
Totaal gezondheids- en welzijnszorg					
Aantal vacatures	5.100	5.700	6.900	7.100	8.700
Vacaturegraad	0,7%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%
Waarvan moeilijk vervulbaar	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
Nederland²					
Aantal vacatures	33.500	39.400	55.200	61.100	82.000
Vacaturegraad	0,7%	0,8%	1,1%	1,2%	1,3%
Waarvan moeilijk vervulbaar	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%

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

² Exclusief overheid en onderwijs.
Bron: CBS.

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

	1992	1993	1994	1995	1996*
Ziekenhuizen	5.5	5.8	5.3	5.9	5.5
Psychiatrische ziekenhuizen	6.2	6.6	6.0	6.6	5.3
Zwakzinnigen-inrichtingen	6.1	6.4	6.0	6.9	6.6
Verpleeghuizen	7.3	7.5	6.7	7.6	7.2
Intramuraal	6.2	6.5	5.9	6.6	6.2
Artsenpraktijken	5.0	3.1	2.4	2.8	1.7
Tandartspraktijken	6.1	3.7	2.8	3.6	2.7
Verloskundigen en zelfst. verpl.k.	5.1	4.4	2.5	3.7	.
Ov. medische dienstverl. inst	5.9	5.9	5.0	5.7	.
Fysiotherapeuten	5.0	3.2	2.4	3.2	.
Apotheken	5.2	3.8	3.2	3.1	1.5
Overige gezondheidszorg	5.6	4.5	3.5	4.0	.
Wijkverpleging en kruisverenigingen	5.7	6.9	5.8	6.7	.
Bejaardenoorden	7.3	6.6	5.7	6.5	6.4
Teh. en dagverbl. voor gehandicapten	6.2	6.7	5.8	6.9	6.6
Soc. med. psych. en pedag. diensten	5.8	6.0	5.6	6.4	.
Maatschappelijke organisaties	7.4	7.6	6.9	8.1	7.0
Gezinsverzorging en bejaardenhulp	9.8	9.9	8.5	9.5	.
Consumentenvoorlichting en gezinsdiensten	4.9	4.8	4.5	5.6	.
Maatschappelijke dienstverlening	7.1	7.3	6.3	7.3	7.0
Totaal zorgsector	6.4	6.4	5.6	6.4	5.9

* Vanwege een andere indeling is het voor 1996 niet mogelijk om voor alle sectoren een verzuimpercentage te geven.

Bron: BVG.

Tabel 3.: Aantal werkzame personen naar zorgsector vanaf 1993, jaargemiddelde

	1993	1994	1995	1996	1997
Ziekenhuizen					
- algemeen (1)	141.006	141.162	142.263	145.353	148.219 ³
- categoriaal ¹ (2)	11.940	11.570	12.598	12.592	12.012 ³
- academisch (3)	36.319	37.192	38.507	39.005	40.422 ³
<i>Subtotaal ziekenhuizen</i>	<i>189.265</i>	<i>189.924</i>	<i>193.368</i>	<i>196.950</i>	<i>200.653³</i>
Specialisten (vrijgevestigd) (4)	7.948	7.924	7.921	7.920	8.000
Geestelijke gezondheidszorg					
- psychiatrische ziekenhuizen (5)	39.958	40.150	41.361	42.925	43.483 ³
- instellingen amb. geest. (6)	8.472	8.700	8.879	9.146	9.500 ³
- RIBW/herstellingssoorten (7)	2.867	3.119	3.414	3.713	4.000 ³
<i>Subtotaal geestelijke gezondheidszorg</i>	<i>51.297</i>	<i>51.969</i>	<i>53.654</i>	<i>55.784</i>	<i>56.983³</i>
Gehandicaptenzorg					
- instellingen verstandelijk gehandicapten (8)	48.865	51.010	53.756	55.966	59.237 ³
- instellingen zintuiglijk gehandicapten (9)	1.653	1.738	1.783	1.848	1.949 ³
- MKD/MKT (10)	3.658	3.654	3.789	3.926	3.955 ³
- SPD (11)	1.636	1.750	1.807	1.845	2.024 ³
- semimuraal (12)	27.741	30.376	33.189	34.242	33.930 ³
<i>Subtotaal gehandicaptenzorg</i>	<i>83.553</i>	<i>88.528</i>	<i>94.324</i>	<i>97.827</i>	<i>101.095³</i>
Ouderenzorg					
- bejaardenoorden (13)	83.020	82.884	83.258	83.569	84.000 ³
- verpleeghuizen (14)	94.308	96.180	99.877	103.898	109.424 ³
<i>Subtotaal ouderenzorg</i>	<i>177.328</i>	<i>179.064</i>	<i>183.135</i>	<i>187.467</i>	<i>193.424³</i>
Thuiszorg					
- kruisorganisaties	24.530	.	.	.	.
- gezinsverzorging	111.502	.	.	.	.
- kraamcentra	9.112	.	.	.	.
<i>Subtotaal thuiszorg (15)</i>	<i>145.144</i>	<i>149.228</i>	<i>154.332</i>	<i>155.697</i>	<i>156.000³</i>
Extramuraal					
- huisartsen ² (16)	6.991	7.069	7.148	7.273	7.412
- tandartsen (17)	7.234	7.293	7.293	7.289	7.340 ³
- verloskundigen (18)	1.033	1.065	1.118	1.153	1.185
- paramedici (19)	16.618	16.845	16.970	17.030	17.117 ³
- assistenten (20)	19.783	20.339	20.900	21.423	21.800 ³
- ambulance hulpverlening (21)	3.480	3.665	3.860	3.898	3.744 ³
<i>Subtotaal extramuraal</i>	<i>55.139</i>	<i>56.276</i>	<i>57.289</i>	<i>58.066</i>	<i>58.598³</i>
Farmaceutische hulp					
- openbare apothekers (22)	1.879	1.924	1.956	2.001	2.052
- apothekersassistenten (23)	10.043	10.489	10.709	11.014	11.414
<i>Subtotaal farmaceutische hulp</i>	<i>11.922</i>	<i>12.413</i>	<i>12.665</i>	<i>13.015</i>	<i>13.466</i>
Totaal	721.596	735.326	756.688	772.726	788.219

¹ Exclusief poliklinische revalidatiecentra.² Inclusief assistent-huisartsen.³ Voorlopig cijfer.

Bron: NZi (1,2,3,4,5,7,8,9,10,14,15), CBS (6,13), NVBW (7), SOMMA (11), VGN (12), LVT (15), NIVEL (16,18,19), NMT (17), Tabellenboek RAZ 1997 (19,20,21), KNMP (22,23).

Tabel 4.: Aantal arbeidsplaatsen (fte) naar zorgsector vanaf 1993, jaargemiddelde

	1993	1994	1995	1996	1997
Ziekenhuizen					
- algemeen	102.520	100.513	100.244	101.677	103.352 ²
- categoriaal ¹	8.596	8.170	8.705	8.602	8.303 ²
- academisch	30.043	29.957	30.363	30.782	31.764 ²
<i>Subtotaal ziekenhuizen</i>	<i>141.159</i>	<i>138.640</i>	<i>139.312</i>	<i>141.061</i>	<i>143.419²</i>
Specialisten (vrijgevestigd)	6.827	6.854	6.852	6.851	7.000
Geestelijke gezondheidszorg					
- psychiatrische ziekenhuizen	29.907	30.065	30.624	31.338	31.703 ²
- instellingen amb. geest.	7.159	7.283	7.396	7.627	8.000 ²
- RIBW/herstellingsoorden	2.000	2.151	2.382	2.595	2.800 ²
<i>Subtotaal geestelijke gezondheidszorg</i>	<i>39.066</i>	<i>39.499</i>	<i>40.402</i>	<i>41.560</i>	<i>42.503²</i>
Gehandicaptenzorg					
- instellingen verstandelijk gehandicapten	34.816	35.280	36.799	37.723	39.677 ²
- instellingen zintuiglijk gehandicapten	1.221	1.269	1.309	1.350	1.375 ²
- MKD's/MKT's	2.246	2.183	2.255	2.296	2.288 ²
- SPD	1.028	1.076	1.113	1.129	1.254 ²
- semimuraal	15.660	16.442	17.356	18.321	19.164 ²
<i>Subtotaal gehandicaptenzorg</i>	<i>54.970</i>	<i>56.250</i>	<i>58.832</i>	<i>60.819</i>	<i>63.758²</i>
Ouderenzorg					
- bejaardenoorden ³	54.662	54.015	54.151	54.808	55.000 ²
- verpleeghuizen	62.381	62.618	64.414	66.637	69.774 ²
<i>Subtotaal ouderenzorg</i>	<i>117.043</i>	<i>116.633</i>	<i>118.565</i>	<i>121.445</i>	<i>124.774²</i>
Thuiszorg					
- kruisorganisaties	12.406	.	.	.	.
- gezinsverzorging	40.773	.	.	.	.
- kraamcentra	5.579	.	.	.	.
<i>Subtotaal thuiszorg</i>	<i>58.758</i>	<i>58.062</i>	<i>57.342</i>	<i>57.671</i>	<i>58.000²</i>
Extramuraal⁴	42.470	43.340	44.120	44.890	45.120
Farmaceutische hulp⁵	8.713	9.072	9.256	9.600	9.830
Totaal	469.006	468.349	474.680	483.897	494.404²

¹ Exclusief poliklinische revalidatiecentra.² Voorlopig cijfer.³ Inclusief oproepkrachten.⁴ Schatting op basis van deeltijdfactor van 0,77.⁵ Schatting op basis van deeltijdfactor van 0,73.

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

Tabel 5.: Aantal werkzame beroepsbeoefenaren vanaf 1993, per ultimo jaar

	1993	1994	1995	1996	1997
Medische beroepen					
- huisartsen ¹	6.649	6.753	6.814	6.916	6.998
- specialisten ² (2)	.	.	.	13.000 ⁴	14.000 ⁴
- sociaal-geneeskundigen ³	3.720	3.875	4.056	4.219	4.459
- verpleeghuisartsen ³ (4)	798	821	789	814	867
- tandartsen (5)	7.258	7.328	7.258	7.319	.
- tandarts-specialisten (6)	.	430	447	458	.
- apothekers (7)	2.222	2.248	2.313	2.363	2.444
- verloskundigen (8)	1.234	1.276	1.331	1.357	1.423
Paramedische beroepsgroepen					
- fysiotherapeuten (extramuraal) (9)	.	11.701	.	11.669	.
- fysiotherapeuten (intramuraal)	.	.	.	4.500 ⁴	.
- ergotherapeuten (11)	1.509	1.576	1.621	1.700 ⁴	1.750 ⁴
- logopedisten (12)	3.471	3.226	3.393	3.359	3.900
- diëtisten (13)	2.306	2.201	2.121	2.242	2.133
- mondhygiënisten (14)	1.278	1.278	1.353	1.375	1.427
- oefentherapeuten-Cesar (15)	795	793	823	813	808
- oefentherapeuten-Mensendieck (16)	860	851	832	850	895
- orthoptisten (17)	269	268	277	274	287
- podotherapeuten (18)	200	228	259	291	314
- radiologisch laboranten ⁵ (19)	.	.	4.181	.	.
Verplegende en verzorgende beroepen					
- verpleegkundige/verzorgende (intramuraal)(20)	204.439	209.459	214.784	222.753	.
- verpleegkundige (extramuraal) (21)	10.611	11.288	11.228	11.648	.
- ziekenverzorgende (extramuraal) (22)	3.346	3.550	4.093	4.438	.
- kraamverzorgenden (23)	5.771	5.971	5.814	5.960	.
- gezinsverzorgenden/gezinshelpenden (24)	106.174	107.846	108.073	108.717	.
Assisterende beroepen					
- apothekersassistenten (25)	12.259	12.661	13.250 ⁴	13.800 ⁴	14.230 ⁴
- praktijkassistenten (26)	8.579	8.595	8.609	8.568	.
- tandartsassistenten (27)	.	.	12.600	13.100	.
- operatie assistenten (28)	6.885	.	7.066	7.117	.
- medisch analisten (HBO-niveau) (29)	.	6.567	6.749	6.334	.
- medisch analisten (MBO-niveau) (30)	.	2.538	2.608	2.953	.

¹ Exclusief assistent-huisartsen.² Schatting: waarvan in ziekenhuizen circa 10.500, overig intramuraal 2.000 en 1.500 extramuraal werkzaam.³ Totaal aantal ingeschrevenen.⁴ Schatting.⁵ Totaal aantal gekwalificeerden.

Bron: NIVEL (1, 8, 9, 26), HVRC (4), NZi (2, 20, 28, 29, 30), CBS (21, 22, 23, 24), SGRC (3), NMT (5, 6), KNMP (7, 25), NVE (11), NVLF (12), NVD (13), NVM (14), VBC (15), NVOM (16), NVvO (17), NVvP (18), SRC (2), V.d. Windt, 1996 (19).

Tabel 6.: Totaal aantal personen in opleiding per ultimo jaar en gemiddelde jaarlijkse mutatie, vanaf 1993

	1993	1994	1995	1996	1997	Gem. mutatie per jaar (1993-1997)
Medische opleidingen						
- geneeskunde (1)	10.983	11.311	11.571	11.820	11.891	+ 2,0%
- tandheeskunde (2)	915	981	1.077	1.125	1.147	+ 5,8%
- farmacie (apotheker) (3)	1.385	1.564	1.690	1.771	1.871	+ 7,8%
- verloskunde (4)	255	285	342	428	457	+ 15,7%
Totaal	13.538	14.141	14.680	15.144	15.366	+ 3,2%
Paramedische opleidingen						
- fysiotherapie (5)	4.765	4.714	4.640	4.653	4.663	- 0,5%
- ergotherapie (6)	623	801	1.091	1.322	1.459	+ 23,7%
- logopedie (7)	1.297	1.267	1.204	1.192	1.191	- 2,1%
- diëtetiek (8)	1.085	1.186	1.263	1.325	1.316	+ 4,9%
- mondhygiëne (9)	266	374	429	470	518	+ 18,1%
- oefentherapie-Cesar (10)	211	211	209	240	215	+ 0,5%
- oefentherapie-Mensendieck (11)	209	215	224	237	228	+ 2,2%
- orthoptiek (12)	65	72	79	83	79	+ 5,0%
- podotherapie (13)	104	97	94	96	106	+ 8,5%
Totaal	8.625	8.937	9.233	9.618	9.775	+ 3,2%
Verplegende beroepen						
- verpleegkundige-A (15)	10.731	9.782	8.411	.	.	- 9,5% ¹
- verpleegkundige-B (16)	2.546	2.437	2.098	.	.	- 7,0% ¹
- verpleegkundige-Z (17)	4.214	3.988	3.628	.	.	- 4,4% ¹
- ziekenverzorgenden (18)	7.676	7.612	6.394	.	.	- 7,6% ¹
Totaal in-service	25.167	23.819	20.531	.	.	- 7,8%¹
HBO-V (voltijd) (19)	8.024	8.265	8.057	8.463	8.814	+ 0,4% ¹
MDGO-VP (20)	4.102	4.168	4.334	4.521	.	+ 5,0% ¹
Totaal dagonderwijs	12.126	12.433	12.391	.	.	+ 1,9%¹
Totaal	37.293	36.252	32.922	.	.	- 4,3%¹
Verzorgende beroepen						
OVDB						
- bejaardenverzorgenden (21)	2.493	2.150	2.039	2.102	.	- 6,4% ²
- bejaardenhelpenden (22)	572	600	534	416	.	- 11,4% ²
- gezinsverzorgenden (23)	1.830	1.216	662	498	.	- 28,6% ²
- gezinshelpenden (24)	330	254	114	34	.	- 50,0% ²
- kraamverzorgenden (25)	168	132	123	139	.	- 11,6% ²
- verzorgingsassistenten (26)	992	262	184	225	.	- 35,5% ²
Totaal leerlingstelsel	6.385	4.614	3.656	3.414	.	- 17,6%²
MDGO-Vz lang (27)	11.115	10.814	10.524	10.436	.	- 2,7% ²
MDGO-Vz kort (28)	4.001	4.402	4.510	4.537	.	+ 8,4% ²
Totaal	21.501	19.830	18.690	18.387	.	- 4,7%²

¹ Gemiddelde mutatie per jaar over 1992-1995.² Gemiddelde mutatie per jaar over 1992-1996.

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

Tabel 7.: Aantal werkzame personen in zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar geslacht vanaf 1993, jaargemiddelden

	1993	1994	1995	1996	1997
	x 1000				
Medische beroepen					
Mannen	28	29	30	33	30
Vrouwen	15	13	13	16	17
Totaal	43	42	43	49	47
Paramedische beroepen					
Mannen	14	14	12	12	12
Vrouwen	30	29	29	30	38
Totaal	44	43	41	42	50
Verplegende en verzorgende beroepen					
Mannen	40	40	37	36	36
Vrouwen	275	271	292	279	292
Totaal	315	311	329	315	328
Assisterende beroepen					
Mannen	.	.	.	.	.
Vrouwen	32	34	36	37	36
Totaal	32	35	37	37	37
Totaal zorgberoepen					
Mannen ¹	82	83	80	81	79
Vrouwen	352	347	370	362	383
Totaal	434	430	450	443	462
Nederland					
Mannen	3.771	3.747	3.814	3.872	3.950
Vrouwen	2.154	2.172	2.249	2.315	2.450
Totaal	5.925	5.919	6.063	6.187	6.400

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

Bron: CBS.

Tabel 8.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen, de sector verplegende en verzorgende beroepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar etniciteit vanaf 1993, jaargemiddelden

	1993	1994	1995	1996	1997
	x 1000				
Zorgberoepen					
Autochtoon	408	401	422	410	426
Allochtoon	26	30	28	33	36
Totaal	434	431	450	443	462
Waarvan vrouwen:					
Autochtoon	334	326	349	336	355
Allochtoon	18	21	21	26	28
Totaal	352	347	370	362	383
Waarvan verplegende en verzorgende beroepen:					
Autochtoon	298	290	311	292	304
Allochtoon	17	21	18	23	24
Totaal	315	311	329	315	328
Nederland					
Autochtoon	5.452	5.435	5.574	5.678	5.857
Allochtoon	473	484	489	509	543
Totaal	5.925	5.919	6.062	6.187	6.400

Bron: CBS.

Tabel 9.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen¹ op de Nederlandse arbeidsmarkt naar leeftijd vanaf 1993, jaargemiddelden

Leeftijd	1993	1994	1995	1996	1997
	x 1000				
Medische beroepen					
15-24 jaar.	.	.	.	.	.
25-34 jaar	11	10	11	15	13
35-44 jaar	17	16	15	17	18
45-54 jaar	11	12	14	14	13
55-64 jaar	.	.	.	.	.
Totaal	43	42	43	48	47
Paramedische beroepen					
15-24 jaar	.	.	.	.	.
25-34 jaar	19	18	16	18	16
35-44 jaar	15	16	15	15	19
45-54 jaar	6	5	6	7	11
55-64 jaar	.	.	.	.	.
Totaal	44	43	41	43	50
Verplegende en verzorgende beroepen					
15-24 jaar	54	48	43	38	41
25-34 jaar	117	112	118	111	113
35-44 jaar	91	95	101	96	98
45-54 jaar	45	46	56	59	66
55-64 jaar	8	10	10	10	10
Totaal	315	311	329	315	328
Assisterende beroepen					
15-24 jaar	9	9	9	8	8
25-34 jaar	12	13	13	12	13
35-44 jaar	7	7	10	9	9
45-54 jaar	.	5	.	6	5
55-64 jaar	.	.	.	.	.
Totaal	32	35	37	37	37
Nederland					
15-24 jaar	871	819	776	772	789
25-34 jaar	1.903	1.877	1.924	1.977	2.007
35-44 jaar	1.598	1.609	1.659	1.695	1.756
45-54 jaar	1.208	1.255	1.330	1.355	1.440
55-64 jaar	345	360	373	388	408
Totaal	5.925	5.920	6.062	6.187	6.400

¹ Werkzamen in het secundaire segment van de arbeidsmarkt zijn niet inbegrepen.

. < 5.

Bron: CBS.

Tabel 10.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar arbeidsduur vanaf 1993, jaargemiddelden

Arbeidsduur	1993	1994	1995	1996	1997
	x 1000				
Zorgberoepen					
12-34 uur	244	247	272	273	286
>34 uur (35-44 uur+onbekend, voor medici)	191	186	177	170	176
Totaal	435	431	449	443	462
Nederland					
12-34 uur	1.498	1.569	1.688	1.739	1.852
>34 uur	4.428	4.351	4.375	4.448	4.548
Totaal	5.926	5.920	6.063	6.187	6.400

Bron: CBS.

Tabel 11.: Aantal werkzame personen in de zorgberoepen op de Nederlandse arbeidsmarkt naar arbeidsduur vanaf 1993, jaargemiddelden

Arbeidsduur	1993	1994	1995	1996	1997
	x 1000				
Medische beroepen					
12-34 uur	11	8	9	10	11
35-44 uur + onbekend ¹ of >34 uur	32	34	34	38	36
Totaal	43	42	43	48	47
Paramedische beroepen					
12-34 uur	23	22	24	25	31
>34 uur	21	22	17	18	19
Totaal	44	44	41	43	50
Verplegende en verzorgende beroepen					
12-34 uur	191	196	216	214	221
>34 uur	124	116	113	101	107
Totaal	315	312	329	315	328
Assisterende beroepen					
12-34 uur	19	21	23	24	23
>34 uur	14	14	14	13	14
Totaal	33	35	37	37	37
Totaal zorgberoepen					
12-34 uur	244	247	272	273	286
>34 uur (35-44 uur+onbekend, voor medici)	191	186	177	170	176
Totaal	435	433	449	443	462
Nederland					
12-34 uur	1.498	1.569	1.688	1.739	1.852
> 34 uur	4.428	4.351	4.375	4.448	4.548
Totaal	5.926	5.920	6.063	6.187	6.400

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

Bron: CBS.

Tabel 12.: Vacaturegegevens verplegende en verzorgende beroepen vanaf 1993, jaargemiddelden

	1993	1994 ¹	1995	1996	1997
Verplegende en verzorgende beroepen					
Aantal vacatures	2.200	2.100	2.400	2.300	3.500
waarvan:					
Vacature $\geq$ 20 uur	1.400	1.400	1.400	1.700	2.300
Moeilijk vervulbaar	300	300	500	500	900
Nederland					
Aantal vacatures	33.500	39.400	55.300	61.100	82.000
waarvan:					
Vacature $\geq$ 20 uur	25.000	30.600	41.200	48.500	64.600
Moeilijk vervulbaar	6.100	7.900	14.700	17.100	27.700

¹ Vanaf 1994 nieuwe beroepenclassificatie CBS.
Bron: CBS.

Tabel 13.: Vacaturegraad¹ verplegende en verzorgende beroepen vergeleken met de Nederlandse arbeidsmarkt vanaf 1993

	1993	1994	1995	1996	1997
Verplegende en verzorgende beroepen					
Aantal vacatures	2.200	2.100	2.400	2.300	3.500
Aantal werkzamen	315.000	311.000	329.000	315.000	328.000
Vacaturegraad	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	1,1%
Nederland²					
Aantal vacatures	33.500	39.400	55.300	61.100	82.000
Aantal werkzamen	5.006.000	5.005.000	5.137.000	5.280.000	5.485.000
Vacaturegraad	0,7%	0,8%	1,1%	1,2%	1,5%

¹ Aantal vacatures in een sector gedeeld door het aantal werkzamen in de sector.

² Exclusief overheid en onderwijs.

Bron: CBS.

