



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Schatting onvervulde vraag MDL-artsen

NIVEL
Lud van der Velden
Ronald Batenburg

ISBN 978-94-6122-345-6

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUDSOPGAVE

Management samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1. Aanleiding	7
1.2. Doelstelling	7
1.3. Achtergrond	7
1.4. Vraagstellingen	8
2. Methoden en data	9
2.1. Gegevens 1 ^e lijn	9
2.2. Gegevens 2 ^e lijn	9
3. Resultaten	11
3.1. Inleiding	11
3.2. Gegevens 1 ^e lijn	11
3.3. Gegevens 2 ^e lijn	17
4. Samenvatting en conclusies	23
4.1. Inleiding	23
4.2. Onvervulde vraag in 2013	24
4.3. Extra onderbouwing onvervulde vraag in 2013	24
4.4. Impact van de onvervulde vraag in 2013 op de raming 2013-2031	25
4.5. Onvervulde vraag in 2015	25

BIJLAGEN

I. Codering klachten en diagnoses door huisartsen	29
II. Codering diagnoses door MDL-artsen en internisten	31
II.1. Codering van diagnoses door MDL-artsen	31
II.2. Codering van diagnoses door internisten	33
II.3. Samenvoeging van MDL-diagnoses van MDL-artsen en internisten	35
II.4. Samenvoeging van diagnoses tot diagnosegroepen	35

Management samenvatting

Inleiding

Het aantal werkzame MDL-artsen is in de afgelopen jaren sterk gegroeid. De groei in de vraag naar zorg door MDL-artsen is daarmee veel groter geweest dan voorspeld was door het Capaciteitsorgaan. Dat had kunnen worden voorkomen door het beter inschatten van de onvervulde vraag.¹ Voor 2013 is daarom geprobeerd om de onvervulde vraag alsnog zo zuiver mogelijk te schatten. Daarna is nog een vertaling gemaakt van deze schatting naar de onvervulde vraag in 2015.

Waarom wordt ingegaan op de onvervulde vraag?

Voor het schatten van de toekomstige behoefte aan MDL-artsen wordt door het Capaciteitsorgaan een model gehanteerd waarin een aantal parameters een rol spelen. Dat zijn onder andere de “huidige onvervulde vraag” en de “toekomstige ontwikkeling van de vraag” op basis van demografische ontwikkelingen, epidemiologische/vakinhoudelijke ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, efficiency/werkproces ontwikkelingen (inclusief horizontale taakherschikking), arbeidstijdontwikkelingen en verticale substitutie.

Voor wat betreft de onvervulde vraag geldt dat daarvoor standaard gekeken kan worden naar indicatoren zoals het aantal vacatures en wachttijden. Het kan echter ook gebruikt worden om meer in het algemeen aan te geven hoeveel meer zorgverleners “op dit moment” reeds gewenst zijn. Alle andere parameters zijn daarentegen bedoeld om in termen van een groei per jaar aan te geven hoe sterk de vraag naar zorgverleners “vanaf nu” zal gaan groeien.

Op welke wijze wordt de onvervulde vraag geoperationaliseerd?

In dit rapport is nagegaan wat het aandeel is van MDL-artsen in de behandeling van patiënten met maag-darm-lever-aandoeningen. Dit wordt afgezet tegen het aandeel van dergelijke behandelingen dat door internisten wordt behandeld. Gelet op de trend die hierin te zien is, wordt vervolgens uitgerekend wat dit voor effect heeft op de onvervulde vraag naar MDL-artsen.

Ook is nog nagegaan welke invloed het bevolkingsonderzoek heeft op de vraag naar MDL-artsen. Ook dit kan uitgedrukt worden als een aandeel onvervulde vraag. Omdat deze onafhankelijk is van de trends in de taakverdeling, kunnen deze opgeteld worden.

Omdat zowel de verschuiving in het aandeel patiënten dat door MDL-artsen behandeld wordt als de inzet van MDL-artsen voor het bevolkingsonderzoek een “eindig karakter” hebben, is operationalisering van deze effecten via de onvervulde vraag logischer dan via een van de andere vraagparameters.

Onvervulde vraag in 2013

Onvervulde vraag in 2013 op basis van gegevens over DBC's in 2011

Van alle typische MDL-DBC's die door MDL-artsen of internisten in 2011 werden geopend, werd 73% door MDL-artsen geopend en dus 27% door Internisten. Als alle typische MDL-DBC's in 2011 door MDL-artsen zouden moeten worden geopend, dan zou dat een onvervulde vraag van $27\%/73\% = 37\%$ betekenen voor 2011. Omdat het aandeel in 2013 waarschijnlijk op 75% zal zijn gekomen, gaat het voor 2013 om $25\%/75\% = 33\%$ onvervulde vraag.

¹ De “onvervulde vraag” is overigens een parameter waarmee in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan aangegeven wordt hoeveel meer beroepsbeoefenaren nodig zijn in het zogeheten basisjaar. Een onvervulde vraag betekent niet per se dat patiënten niet geholpen worden. Zij kunnen bij een tekort in die ene beroepsgroep bijvoorbeeld door een andere beroepsgroep geholpen worden. Het gaat in dit rapport daarom in feite over een “latente” en niet een “manifeste” onvervulde vraag.

Het is de vraag of werkelijk 100% van alle typische MDL-DBC's door MDL-artsen gedaan zal gaan worden. Bij oudere patiënten met co-morbiditeit van niet MDL aard ligt het niet altijd voor de hand dat de MDL-arts de hoofdbehandelaar zal zijn. Maar er is in de jaren 2009-2011 een duidelijke toename te zien in het aandeel dat door MDL-artsen wordt gedaan, van 69% naar 73%. Dat dit aandeel stijgt, kan gezien worden als een indicatie dat er daarvoor sprake was van een onvervulde vraag naar MDL-artsen. De endoscopie wordt steeds meer en volledig het werkterrein van MDL-artsen. Een verdergaande verschuiving ligt daarom voor de hand. Als uitgegaan wordt van uiteindelijk een aandeel van ongeveer 10% van de MDL-DBC's die door internisten behandeld blijven worden, dan gaat het niet om 33% onvervulde vraag, maar om ongeveer 20,0%. Het aandeel van de MDL-artsen zal dan namelijk niet 75% maar 90% moeten zijn, dus 15% hoger, en $15\%/75\% = 20\%$.

Onvervulde vraag op basis van gegevens over het bevolkingsonderzoek

Bovenop de onvervulde vraag in verband met een verschuivende taakverdeling tussen specialisten, is er ook nog een onvervulde vraag in verband met nieuwe taken door het bevolkingsonderzoek (BVO) naar darmkanker. Door het RIVM is geschat dat er uiteindelijk ruim 75.000-80.000 coloscopieën per jaar door medisch specialisten gedaan moeten gaan worden. In de praktijk zullen deze uitgevoerd worden door MDL-artsen. Bij een aantal van ongeveer 950-1.000 coloscopieën per FTE, betekent dit een behoefte aan 80 FTE van MDL-artsen. Het bevolkingsonderzoek is in 2014 stapsgewijze gestart met een zeer gefaseerde uitrol. De wens is om in 2020 op volledige sterkte te zijn qua endoscopie capaciteit. Voor de situatie op 1-1-2013 zou onmiddellijke en volledige implementatie van het BVO betekenen dat er een additionele onvervulde vraag is van ongeveer 22,5%.

Onvervulde vraag op basis van gegevens over DBC's én BVO

De schatting van ongeveer 20% onvervulde vraag naar MDL-artsen in verband met het voor 90% behandelen van alle patiënten met een typische MDL-diagnose, plus de schatting van 22,5% onvervulde vraag in verband met het bevolkingsonderzoek, leidt tot een schatting van in totaal 42,5% onvervulde vraag in 2013.

Impact van de onvervulde vraag in 2013 op de raming 2013-2031

Impact op de benodigde capaciteit van MDL-artsen in 2031

Het Capaciteitsorgaan heeft in haar raming van 2013 voor het evenwichtsjaar 2031 een behoefte aan 707-761 FTE van MDL-artsen voorzien. Zou van 42,5% onvervulde vraag zijn uitgegaan voor 2013, dan zou de benodigde capaciteit in 2031 876 tot 944 zijn geweest.

Impact op de benodigde opleidingscapaciteit vanaf 2015 voor evenwicht in 2031.

Het Capaciteitsorgaan heeft in haar raming van 2013 een instroom geadviseerd van 22 tot 29 aios voor MDL-ziekten per jaar om het aantal MDL-artsen in 2031 in evenwicht te brengen met de vraag die door hen was voorzien. Zou van 42,5% onvervulde vraag zijn uitgegaan voor 2013, dan zou de benodigde instroom 42 tot 50 per jaar zijn geweest.

Onvervulde vraag in 2015

Hierboven is geschetst waarom de onvervulde vraag in 2013 door het Capaciteitsorgaan zeker niet op 15%, maar minimaal op 42,5% ingeschat had moeten worden. De vraag is nu nog: hoe hoog moet de onvervulde vraag anno 2015 worden ingeschat.

Als uitgegaan wordt van 42,5% onvervulde vraag in 2013, dan kan met de in- en uitstroom die tussen 2013 en 2015 waarschijnlijk heeft plaatsgevonden, plus de ontwikkeling van de zorgvraag op basis van de verwachtingen zoals geformuleerd door het Capaciteitsorgaan, uitgerekend worden dat er dan anno 2015 nog sprake is van ongeveer 33% onvervulde vraag. Dit percentage is overigens afhankelijk van de feitelijke ontwikkeling tot aan 2015 in het aantal MDL-artsen en het aantal FTE dat zij werken.

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

In 2013 heeft het Capaciteitsorgaan een raming uitgebracht voor onder andere de MDL-artsen. Daarbij werd geadviseerd om het op te leiden aantal MDL-artsen te reduceren. De Nederlandse Vereniging van MDL-artsen (NVMDL) heeft daarom aan het NIVEL gevraagd om een aantal gegevens te analyseren en op basis daarvan aan te geven wat deze gegevens voor consequenties hebben voor de raming.

1.2. Doelstelling

De doelstelling van dit project is om inzicht te geven in het aantal patiënten met maag-darm-lever-aandoeningen in de 1^e en 2^e lijn en de verdeling van patiënten met maag-darm-lever-aandoeningen binnen de 2^e lijn tussen MDL-artsen en internisten. Op basis daarvan is tot een schatting gekomen van de onvervulde vraag naar MDL-artsen.

De “onvervulde vraag” is overigens een parameter waarmee in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan aangegeven wordt hoeveel meer beroepsbeoefenaren nodig zijn in het zogeheten basisjaar. Een onvervulde vraag betekent niet per se dat patiënten niet geholpen worden. Zij kunnen bij een tekort in die ene beroepsgroep bijvoorbeeld door een andere beroepsgroep geholpen worden. Het gaat in dit rapport daarom in feite over een “latente” en niet een “manifeste” onvervulde vraag.

1.3. Achtergrond

Het aantal geregistreerde MDL-artsen, is volgens het specialistenregister van de KNMG tussen het jaar 2000 en 2015 gegroeid van 163 naar 485 (zie figuur 1.1). Dat is een verdrievoudiging in 15 jaar tijd. Gemiddeld komt dit neer op een jaarlijkse groei ten opzichte van het jaar 2000 van 13% in de afgelopen 15 jaar.²

Cijfers over het aantal in Nederland werkzame MDL-artsen per jaar van het CBS, laten een groei zien van 135 werkzame MDL-artsen in het jaar 2000 naar 385 werkzame MDL-artsen in 2013. Dat komt neer op bijna een verdubbeling in 13 jaar tijd en een gemiddelde jaarlijkse groei van 14%. Dat is dus in lijn met de ontwikkeling van 13% per jaar in het aantal geregistreerde MDL-artsen.³

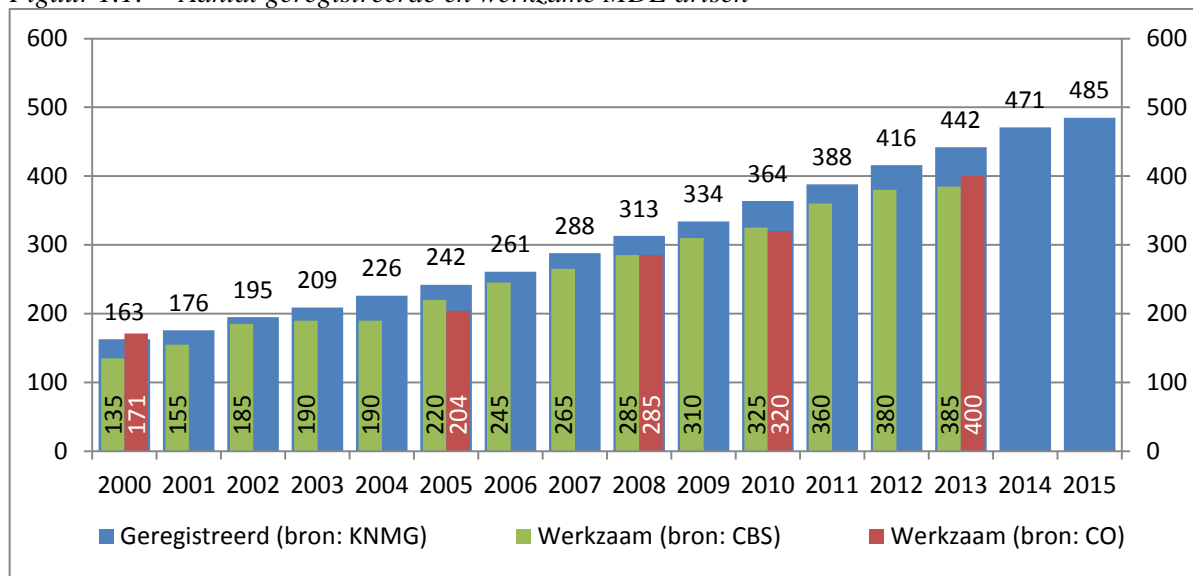
Door het Capaciteitsorgaan is tot nu toe voor een vijftal specifieke jaren een schatting gemaakt van het aantal werkzame MDL-artsen. Deze schattingen laten een groei zien van 171 MDL-artsen in het jaar 2000 tot 400 werkzame MDL-artsen in 2013. Dat is een groei van 134% in 13 jaar tijd en een gemiddelde jaarlijkse groei van 10%. Dat is iets lager dan de jaarlijkse groei vanaf het jaar 2000 van 13% in het aantal geregistreerde MDL-artsen en minder dan de groei van 14% in het aantal werkzame MDL-artsen volgens het CBS.⁴

² Vanaf 2005 gerekend, gaat het om een verdubbeling in het aantal geregistreerde MDL-artsen en een gemiddelde jaarlijkse groei van 10%. Ook in de laatste 5 jaar is er nog steeds sprake van een sterke stijging: tussen 2010 en 2015 is het aantal geregistreerde MDL-artsen met 33% toegenomen en dat is een jaarlijkse groei van 7%. Het aantal geregistreerde MDL-artsen bevat overigens ook een beperkt aantal MDL-artsen dat nog wel geregistreerd is, maar niet meer actief is (of niet meer actief is in Nederland).

³ Vanaf 2005 gaat het om een groei in het aantal werkzame MDL-artsen van 75% in acht jaar tijd en een gemiddelde jaarlijkse groei van 9%. Dat is vrijwel gelijk aan de groei van 10% van het aantal geregistreerde MDL-artsen vanaf 2005. Tussen 2010 en 2013 is de groei 18% geweest en dat komt neer op een jaarlijkse groei van 6%. Het aantal geregistreerde MDL-artsen is vanaf 2010 met 7% per jaar gegroeid.

⁴ Daarbij moet aangetekend worden dat de schatting van 171 werkzame MDL-artsen in het jaar 2000 wellicht te hoog is geweest, aangezien het aantal werkzame MDL-artsen daarmee hoger zou zijn geweest dan het aantal geregistreerde MDL-artsen. Ten opzichte van 2005 gaat het om bijna een verdubbeling en een gemiddelde

Figuur 1.1: Aantal geregistreerde en werkzame MDL-artsen



Het aantal geregistreerde MDL-artsen is dus aanzienlijk gegroeid en het aantal werkzame MDL-artsen heeft deze groei gevolgd. Gegeven het feit dat er in die gehele periode geen signalen zijn geweest van werkloosheid onder MDL-artsen en er verder in die gehele periode wel signalen zijn geweest dat vacatures moeilijk in te vullen waren, is er zeker geen sprake geweest van een overaanbod.⁵ Er lijkt eerder sprake van een inhaaleffect, waarvan het eindpunt nog niet in zicht is.

Het Capaciteitsorgaan heeft in haar raming van 2003 voorspeld dat er een vraag zou zijn naar 241 MDL-artsen in 2012. In 2012 blijken er echter volgens het CBS 380 MDL-artsen werkzaam te zijn en is er toch geen overaanbod. In haar raming van 2005 heeft het Capaciteitsorgaan voorspeld dat er een vraag zou zijn van ongeveer 300 MDL-artsen (283 FTE) in 2016. In 2013 waren er volgens het Capaciteitsorgaan echter al 400 MDL-artsen werkzaam, zonder dat er sprake was van een overaanbod. In beide ramingen is de groei van de vraag naar MDL-artsen dus sterk onderschat. Dat komt door het te laag inschatten van de onvervulde vraag.

Om te voorkomen dat met de nieuwe raming opnieuw een onderschatting van de toekomstige vraag ontstaat, is gekeken welke parameterwaarde voor de onvervulde vraag ingevuld kan worden.

1.4. Vraagstellingen

- 1 Wat is de prevalentie van maag-darm-lever-klachten en -diagnoses in de 1^e lijn;
- 2 Hoe groot is het aantal patiënten met maag-darm-lever-diagnoses in de 2^e lijn en wat is daarbij de verdeling over MDL-artsen en internisten;
- 3 Wat kan op basis daarvan gezegd worden over de onvervulde vraag naar MDL-artsen.

jaarlijkse groei van 12%. Dat is wat hoger dan de groei vanaf 2005 van 10% per jaar in het aantal geregistreerde MDL-artsen en 9% in het aantal werkzame MDL-artsen volgens het CBS. Voor de jaren tussen 2010 en 2013 gaat het om een totale groei van 25% en een jaarlijkse groei van 8%, wat redelijk in lijn is met de andere twee bronnen.

⁵ Het Capaciteitsorgaan is voor het jaar 2000 uitgegaan van een waarde van 5% onvervulde vraag naar MDL-artsen, voor 2005 van 10% en voor de jaren 2007, 2010 en 2013 van 15%. Dat wijst eerder op een toenemend tekort dan een overschot.

2. Methoden en data

2.1. Gegevens 1^e lijn

Voor de jaren 2002-2011 zijn gegevens aangevraagd bij de NIVEL Zorgregistraties (voorheen LINH). In de NIVEL Zorgregistraties zijn van een groot aantal huisartspraktijken routinematig vastgelegde patiëntgegevens bekend, waaronder de klachten die patiënten presenteren en de eventuele diagnoses die door de huisarts gesteld wordt. Ook worden verwijzingen vastgelegd. In 2002 ging het om ongeveer 75 huisartspraktijken en in 2011 om 125 huisartspraktijken. Dit betreft een representatieve doorsnede van alle huisartspraktijken in Nederland.

Klachten en diagnoses worden door huisartsen gecodeerd met een ICPC-code. Dat is een codering volgens de “International Classification of Primary Care”. Gekeken is naar het aantal patiënten met maag-darm-lever-klachten of -diagnoses per 1.000 ingeschreven patiënten. Om te bepalen of een patiënt een maag-darm-lever-klacht of -diagnose had, is gekeken naar klachten en diagnoses uit het zogeheten Hoofdstuk D, waarin de codes staan voor klachten en diagnoses die betrekking hebben spijsverteringsorganen.

In Bijlage I staat uitgebreid beschreven hoe binnen Hoofdstuk D nog een selectie is gemaakt van “typische” MDL-klachten en -diagnoses (zoals maagpijn of gastro-intestinale infectie), van “overige” MDL-klachten en -diagnoses (zoals gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen en wormen/parasieten) en van klachten en diagnoses uit Hoofdstuk D die niet goed zijn aan te merken als MDL-klachten en -diagnoses (zoals symptomen/klachten tanden/tandvles of appendicitis).

2.2. Gegevens 2^e lijn

Voor de jaren 2009 tot en met 2011 zijn gegevens aangevraagd bij Dutch Hospital Data (DHD) over alle door MDL-artsen of internisten geopende Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's). De gegevens van DHD bevatten in principe alle geopende DBC's. Van twee van de ongeveer 105 ziekenhuizen zijn de gegevens echter niet vrij gegeven voor onderzoek door derden. De data zijn dus vrijwel volledig voor geheel Nederland.

Diagnoses worden binnen de DBC-systematiek door MDL-artsen en internisten in principe op een eigen wijze gecodeerd. Daarbij geldt uiteraard dat een groot aantal diagnoses die door MDL-artsen gesteld kunnen worden, “typische” MDL-diagnoses zijn (zoals Coeliakie). Maar een aantal van de diagnoses die MDL-artsen hebben gesteld, is toch niet als “typische” MDL-diagnoses aan te merken (zoals diabetes mellitus). Bij de internisten geldt dat er zowel een aantal “typische” MDL-diagnoses door hen gesteld kunnen worden (zoals Coeliakie), maar dat er een veel groter aantal diagnoses is dat zeker niet als “typische” MDL-diagnose is aan te merken (zoals hypertensie).

In Bijlage II staat uitgebreid beschreven hoe een selectie is gemaakt van “typische” MDL-diagnoses van MDL-artsen en internisten.

3. Resultaten

3.1. Inleiding

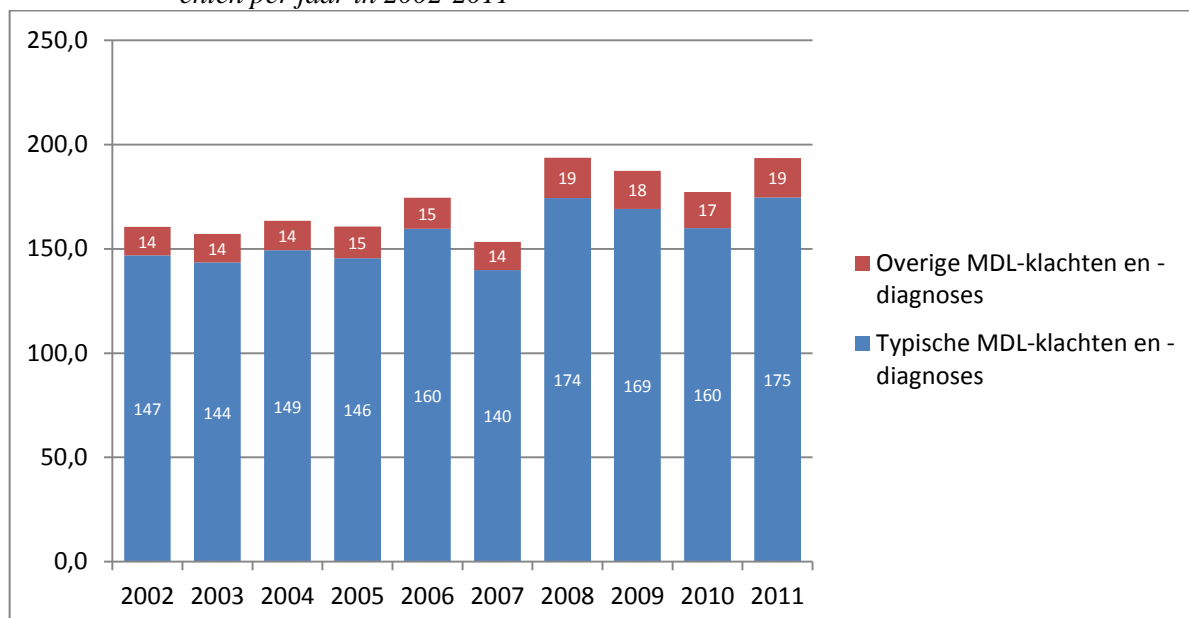
In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens de resultaten aan de orde die zijn gevonden bij de gegevens uit de 1^e lijn en de 2^e lijn.

3.2. Gegevens 1^e lijn

3.2.1. Prevalentie in de 1^e lijn van MDL-klachten en -diagnoses per jaar in 2002-2011

In de periode van 2002 tot 2007 waren er gemiddeld ongeveer 150 patiënten met typische MDL-klachten en -diagnoses bij de huisarts bekend per 1.000 ingeschreven patiënten (zie figuur 3.1). Daarnaast waren er nog ongeveer 15 patiënten met overige MDL-klachten en -diagnoses. In de periode 2008-2011 is het aantal patiënten met typische MDL-klachten en -diagnoses gestegen tot ongeveer 185 en het aantal met overige MDL-klachten of -diagnoses tot 18 per 1.000 inwoners. De stijging tussen 2007 en 2008 lijkt een registratie-effect. Verder is het aantal van jaar op jaar min of meer door toeval aan schommeling onderhevig. Daarom is besloten om voor de verdere analyses de jaren 2009-2011 samen te voegen.

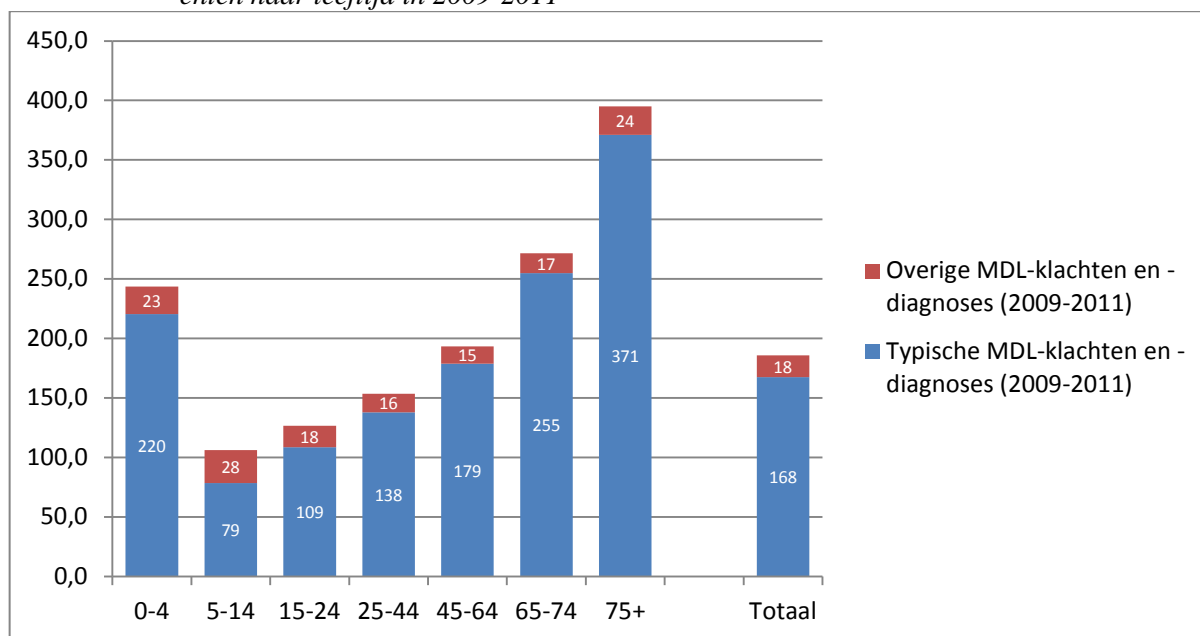
Figuur 3.1: Prevalentie in de 1^e lijn van MDL-klachten en -diagnoses per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar in 2002-2011



3.2.2. Prevalentie in de 1^e lijn van MDL-klachten en -diagnoses naar leeftijd in 2009-2011

In de periode 2009-2011 was het aantal patiënten met typische MDL-klachten of -diagnoses in de groep van 0-4-jarigen 220 per 1.000 (zie figuur 3.2). Daarnaast waren er nog 23 patiënten bij de huisarts bekend met overige MDL-klachten en -diagnoses. In de groep van 5-14-jarigen ging het om respectievelijk 79 en 28 patiënten met dergelijke klachten en diagnoses per 1.000. Vervolgens blijkt de prevalentie van vooral de typische MDL-klachten en -diagnoses sterk op te lopen met de leeftijd. De hoogste prevalentie is te vinden bij de groep van inwoners van 75 jaar en ouder. In die groep zijn 371 per 1.000 patiënten bekend met typische MDL-klachten of -diagnoses. Daarnaast zijn er in die leeftijdsgroep nog 24 patiënten bekend met overige MDL-klachten en -diagnoses.

Figuur 3.2: Prevalentie in de 1^e lijn van MDL-klachten en -diagnoses per 1.000 ingeschreven patiënten naar leeftijd in 2009-2011

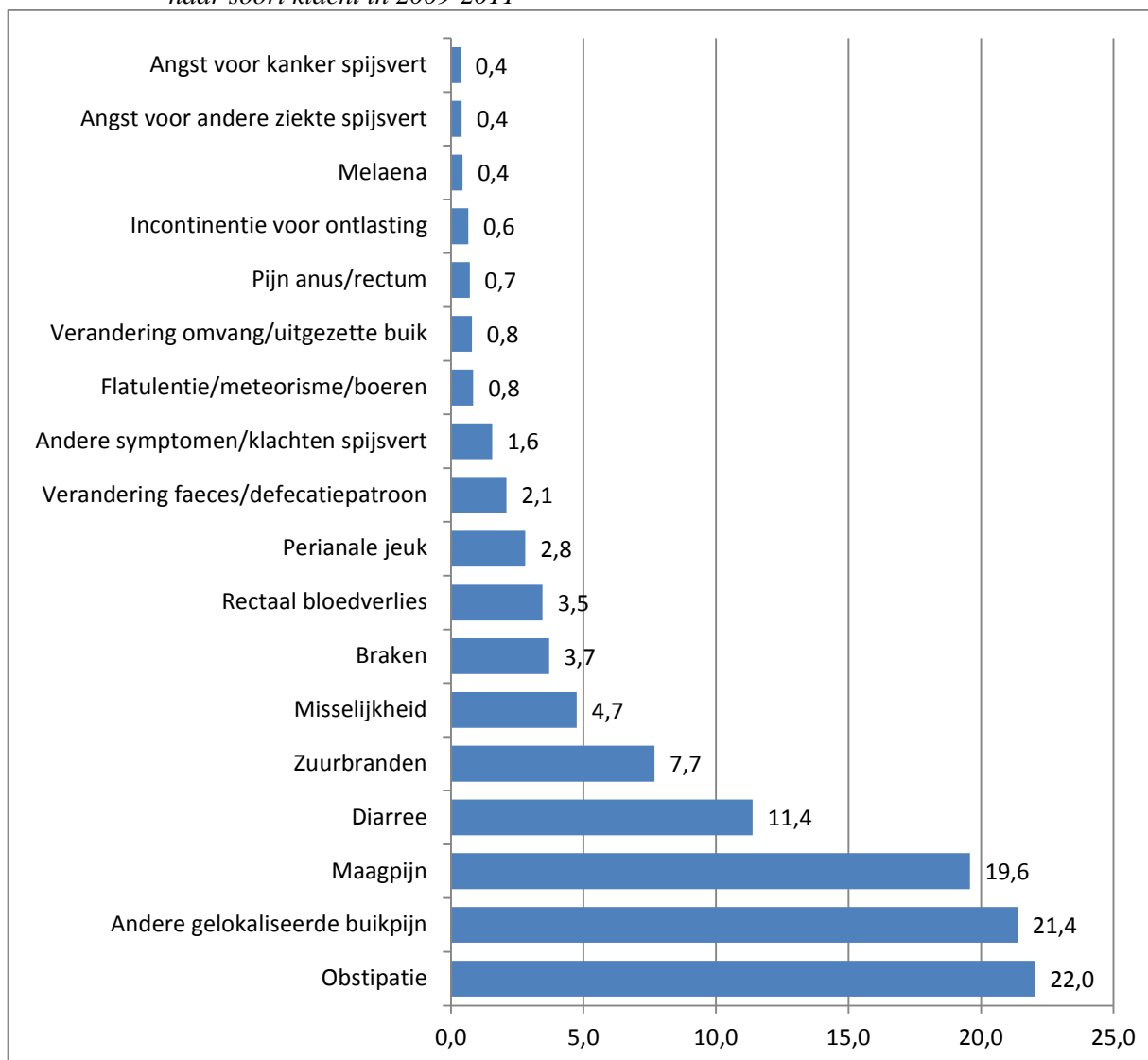


3.2.3. Prevalentie in de 1^e lijn van typische MDL-klachten naar soort klacht in 2009-2011

De typische MDL-klacht die in de periode 2009-2011 het meest voorkomt, is “Obstipatie”, met 22 patiënten per 1.000 (zie figuur 3.3). Ook “Andere gelokaliseerde buikpijn” komt met een prevalentie van 21,4 relatief vaak voor als typische MDL-klacht. Dat geldt ook voor “Maagpijn”, met een prevalentie van 19,6. Deze drie typische MDL-klachten omvatten samen al 60% van alle patiënten met typische MDL-klachten.

Na deze “top drie” volgt “Diarree”, met een prevalentie van 11,4, en “Zuurbranden”, met een prevalentie van 7,7. De “top vijf” omvat 78% van alle patiënten met typische MDL-klachten. De volgende 5 meest voorkomende typische MDL-klachten, “Misselijkheid”, “Braken”, “Rectaal bloedverlies”, “Perianale jeuk”, en “Verandering faeces/defecatiepatroon”, omvatten vervolgens nog eens 16% van alle patiënten met typische MDL-klachten. Bij elkaar omvat de “top 10” 94% van alle patiënten met typische MDL-klachten.

Figuur 3.3: Prevalentie in de 1^e lijn van typische MDL-klachten per 1.000 ingeschreven patiënten naar soort klacht in 2009-2011



3.2.4. Prevalentie in de 1^e lijn van typische MDL-klachten naar leeftijd en soort klacht in 2009-2011

Het totaal aantal patiënten met typische MDL-klachten, is ongeveer 105 per 1.000 ingeschreven patiënten (zie figuur 3.4). Bij de groep van 0-4-jarigen gaat het om ongeveer 135 klachten per 1.000 patiënten. Voor de groep van 5-14-jarigen gaat het om 55 klachten en bij de groep van 75+ om 245.

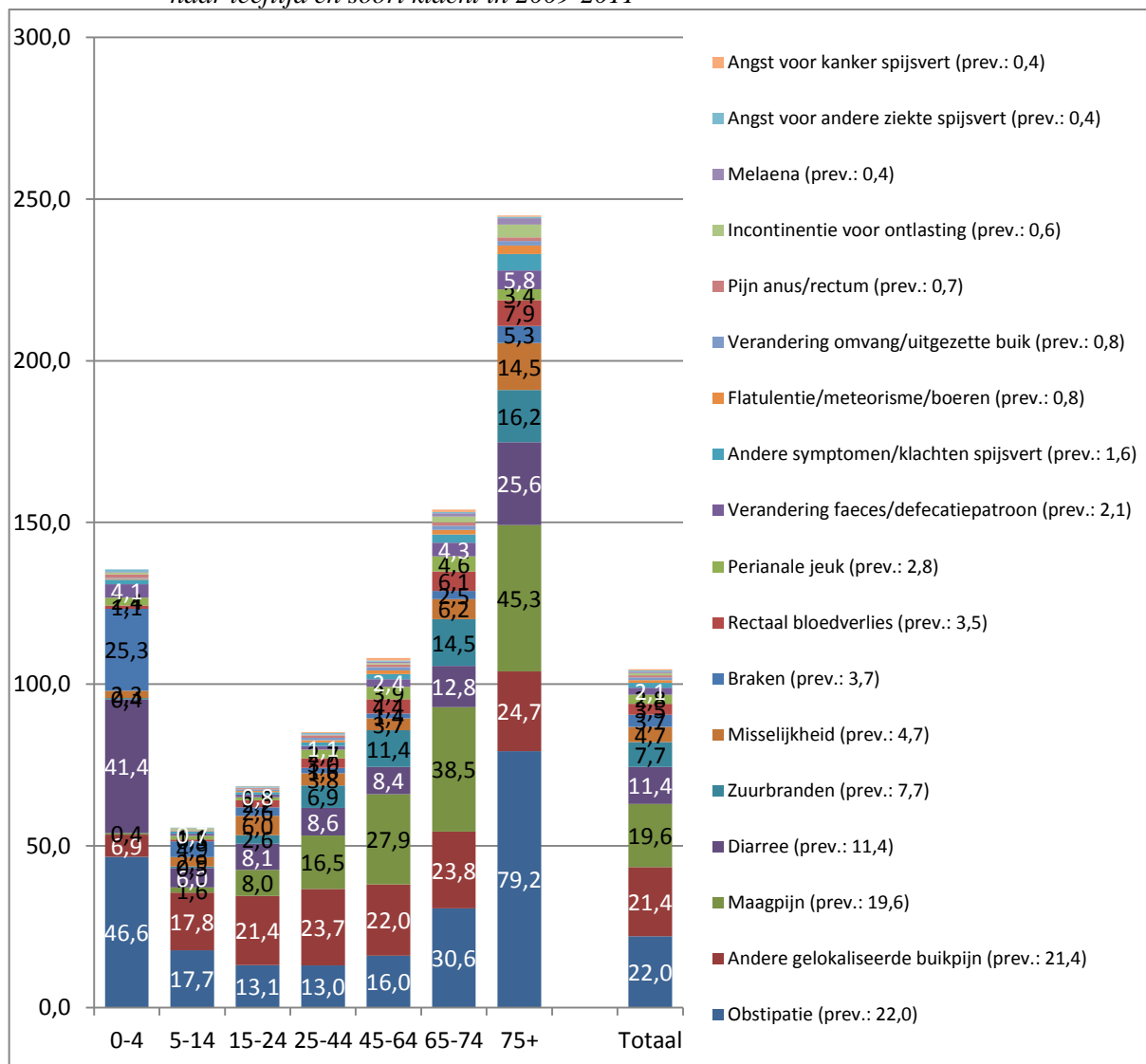
“Obstipatie” komt bij de 0-4-jarigen bij 46,6 per 1.000 patiënten voor. De laagste prevalentie van deze klacht is met 13,0 te zien in de groep van 25-44-jarigen. De hoogste prevalentie (79,2) is te zien bij de groep van 75+.

“Andere gelokaliseerde buikpijn”, komt bij de groep van 0-4 jaar 6,9 keer per 1.000 patiënten voor. Bij de 5-14-jarigen gaat het om een prevalentie van 17,8 keer. Bij de 75+ groep is deze prevalentie 24,7.

“Maagpijn” heeft bij de 0-4-jarigen een prevalentie van 0,4. Deze klacht heeft bij de groep van 75 jaar en ouder een prevalentie van 45,3.

“Diarree” komt bij de 0-4-jarigen relatief zeer vaak voor: 41,4 per 1.000 patiënten. In de groep van 5-14 is de prevalentie van deze klacht 6,0 en in de 75+ groep 25,6.

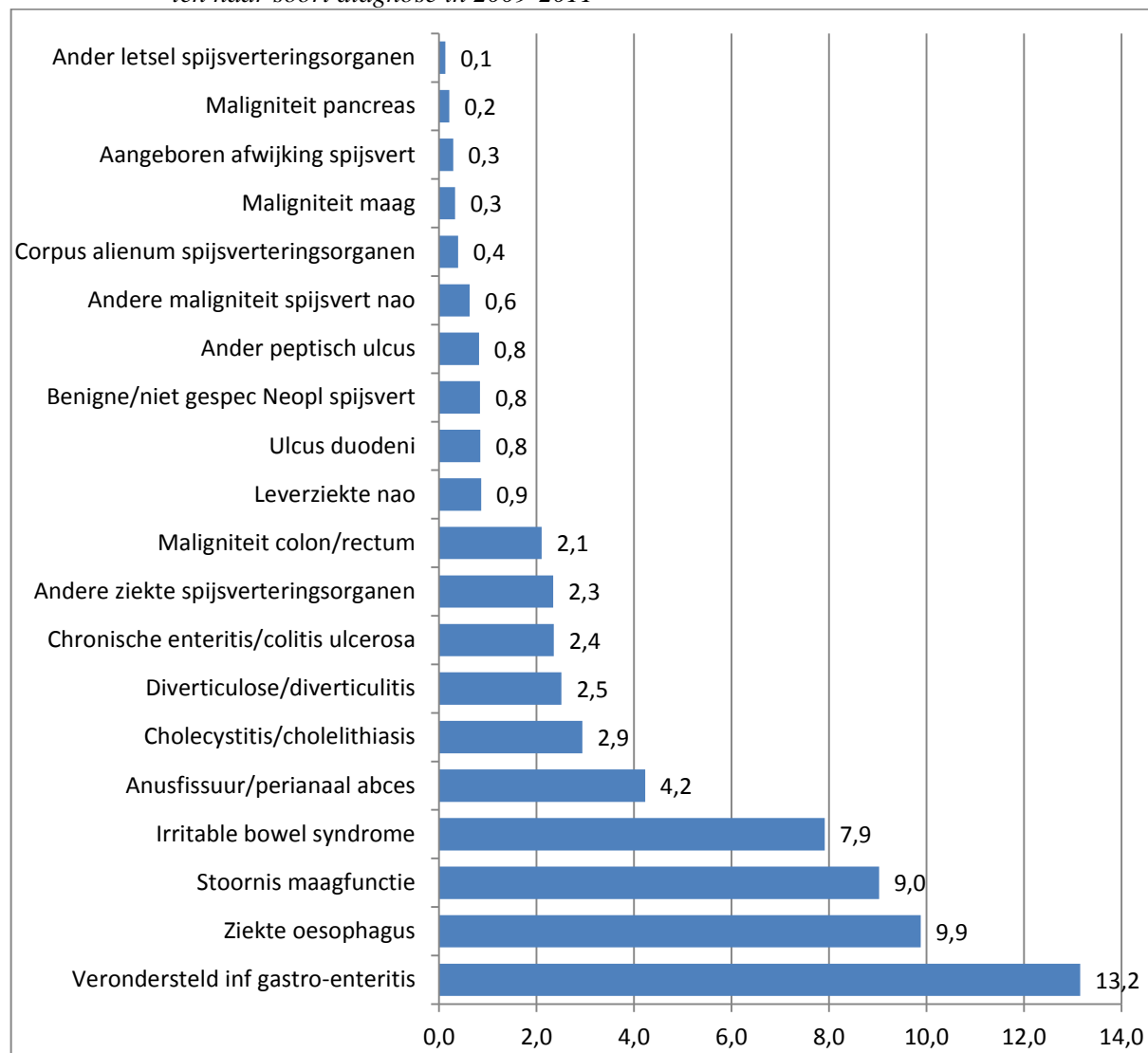
Figuur 3.4: Prevalentie in de 1^e lijn van typische MDL-klachten per 1.000 ingeschreven patiënten naar leeftijd en soort klacht in 2009-2011



3.2.5. Prevalentie in de 1^e lijn van typische MDL-diagnoses naar soort diagnose in 2009-2011

De meest omvangrijke diagnose die door de huisarts gesteld is, is het “Verondersteld infectieuze gastro-enteritis”, met 13,2 diagnoses per 1.000 inwoners (zie figuur 3.5). Daarna volgen drie diagnoses die ook relatief vaak voorkomen: “Ziekte oesophagus”, met een prevalentie van 9,9 patiënten per 1.000, “Stoornis maagfunctie”, met een prevalentie van 9,0 en “Irritable bowel syndroom”, met 7,9 per 1.000. In de “top 5” van meest voorkomende typische MDL-diagnoses staat ook nog “Anusfissuur/perianaal abces”, met een prevalentie van 4,2. Samen omvatten deze vijf diagnoses 72% van alle patiënten met typische MDL-diagnoses.

Figuur 3.5: Prevalentie in de 1^e lijn van typische MDL-diagnoses per 1.000 ingeschreven patiënten naar soort diagnose in 2009-2011



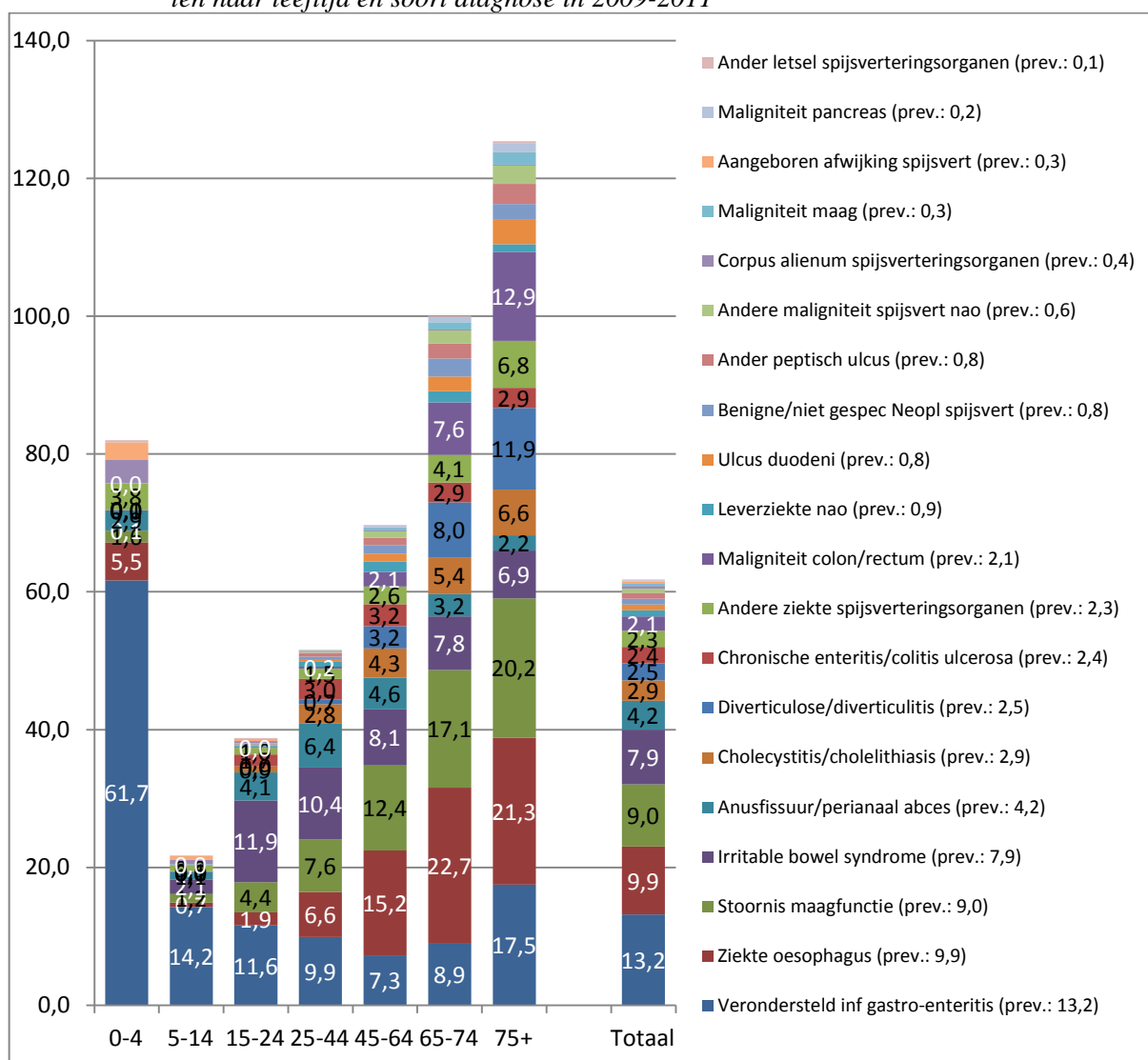
3.2.6. Prevalentie in de 1^e lijn van typische MDL-diagnoses naar leeftijd en soort diagnose in 2009-2011

Het aantal typische MDL-diagnoses per 1.000 patiënten, is 62. In de groep van 0-4-jarigen gaat het om een prevalentie per 1.000 patiënten van 82 (zie figuur 3.6). In de groep van 5-14-jarigen gaat het om bijna 22. Voor de oudste leeftijdsgroep (75+) gaat het om ongeveer 125 patiënten met een dergelijke diagnose per 1.000 ingeschreven patiënten.

Het grote aantal typische MDL-diagnoses in de groep van 0-4- jaar, heeft vooral van doen met het “Verondersteld infectieuze gastro-enteritis”: dat komt bij 61,7 patiënten per 1.000 voor. Alle overige diagnoses komen in deze leeftijdsgroep veel minder frequent voor.

Bij de groep van 75 jaar en ouder is de diagnose “Verondersteld infectieuze gastro-enteritis” met een prevalentie van 17,5 weliswaar ook belangrijk, maar de meest omvangrijke diagnose in deze leeftijdsgroep is “Ziekte oesophagus”, met een prevalentie van 21,3 per 1.000, en de op een na belangrijkste is de diagnose “Stoornis maagfunctie” met een prevalentie van 20,2.

Figuur 3.6: Prevalentie in de 1^e lijn van typische MDL-diagnoses per 1.000 ingeschreven patiënten naar leeftijd en soort diagnose in 2009-2011



3.3. Gegevens 2^e lijn

3.3.1. Aantal DBC's met typische MDL-diagnoses

In 2009 werden er 431.404 typische MDL-diagnoses gesteld door MDL-artsen of internisten (zie tabel 3.1). In 2010 waren dit er 475.535, wat 10% hoger is dan het aantal in 2009. In 2011 was het opgelopen tot 494.157, wat een groei van 4% is ten opzichte van 2010 en van 15% ten opzichte van 2009.

De groep van MDL-diagnoses die het vaakst zijn gesteld door MDL-artsen en internisten, zijn MDL-maligniteiten. Dit kwam in 2009 58.118 keer voor, in 2010 63.051 keer en in 2011 64.322 keer. In 2010 bedroeg de groei 8% en in 2011 2%. De qua aantal patiënten daaropvolgende groep van MDL-diagnoses, zijn de aandoeningen van lever, galblaas en galwegen, met 53.622 diagnoses in 2009, 57.527 in 2010 en 54.871 in 2011. In 2010 bedroeg de groei 7%, terwijl het aantal in 2011 daalde met 5%.

Daarna volgen een viertal soorten diagnoses die zowel in 2010 als in 2011 met meer dan 10% groeiden. De groep van "overige darmaandoeningen" groeide van 40.289 in 2009 naar 49.509 in 2011. De specifieke diagnose "Prikkelbaar darmsyndroom" groeide van 39.401 in 2009 naar 48.629 in 2011. Voor de specifieke diagnose "Adenomateuze poliepen / Colonpoliep" is er een groei geweest van 37.129 in 2009 naar 47.984 in 2011. Voor de groep van diagnoses rond gastro-intestinaal bloedverlies is een aantal van 30.109 patiënten gevonden in 2009 en 38.180 in 2011.

Tabel 3.1: Aantal typische MDL-diagnoses in 2009-2011

	2009 Aantal	2010 Aantal	Tov. 2009	2011 Aantal	Tov. 2010	Tov. 2009
Typische MDL-diagnoses, totaal	431.404	475.535	10%	494.157	4%	15%
MDL-maligniteiten, totaal	58.118	63.051	8%	64.322	2%	11%
Lever, galblaas & galwegen, totaal	53.622	57.527	7%	54.871	-5%	2%
Overige darmaandoeningen, totaal	40.289	44.814	11%	49.509	10%	23%
Prikkelbaar darmsyndroom	39.401	44.278	12%	48.629	10%	23%
Adenomateuze poliepen / Colonpoliep	37.129	42.585	15%	47.984	13%	29%
Gastro-intestinaal bloedverlies, totaal	30.109	34.462	14%	38.180	11%	27%
Dyspepsie, totaal	31.245	35.427	13%	38.249	8%	22%
Slokdarmaandoeningen, totaal	27.598	29.597	7%	31.079	5%	13%
Colitis ulcerosa	27.617	30.042	9%	28.867	-4%	5%
Ziekte van Crohn	25.721	28.189	10%	26.309	-7%	2%
Motiliteitsstoornissen, totaal	9.882	10.762	9%	10.480	-3%	6%
Proctologie en bekkenbodemaandoeningen	10.101	10.455	4%	10.447	0%	3%
Erfelijke darm kanker en voorstadia, totaal	8.495	9.864	16%	9.588	-3%	13%
Pancreas aandoeningen, totaal	8.562	9.146	7%	9.162	0%	7%
Diverticulitis	7.904	8.139	3%	9.011	11%	14%
Coeliakie / Malabsorptie	5.840	6.167	6%	6.127	-1%	5%
Barrett epitheel / Barrett oesophagus	5.236	5.999	15%	6.116	2%	17%
(Onder)voeding / voedingsproblemen	3.163	3.621	14%	3.817	5%	21%
Vasculaire darmaandoeningen, totaal	1.372	1.410	3%	1.410	0%	3%

Bron: DBC-gegevens DHD (analyse NIVEL)

3.3.2. Aandeel van MDL-artsen in DBC's met typische MDL-diagnoses

In 2009 werd 68,7% van alle patiënten met typische MDL-diagnoses door MDL-artsen behandeld (zie tabel 3.2). In 2010 was dit 71,0% en in 2011 72,7%. Voor patiënten met MDL-maligniteiten, was dit ongeveer 40% in elk van deze drie jaren. De MDL arts fungeert als

poortspecialist voor patiënten met MDL-maligniteiten. Na uitgebreide diagnostiek en multidisciplinair overleg volgt chirurgische behandeling of chemotherapie of radiotherapie en wordt de behandeling na de initiële fase bij de MDL arts overgenomen door een internist/oncoloog of radiotherapeut of chirurg. Dit verklaart het lagere MDL percentage van 40% omdat in hetzelfde jaar een patiënt met MDL maligniteit wel door 2-3 specialismen wordt gezien en behandeld. Voor alle andere diagnoses was het minimaal 60% en meestal 65-85%.

Tabel 3.2: Aandeel van MDL-artsen in het aantal typische MDL-diagnoses in 2009-2011

	2009	2010	Tov.	2011	Tov.	Tov.
	Aandeel door MDL-artsen	Aandeel door MDL-artsen	2009	Aandeel door MDL-artsen	2010	2009
Typische MDL-diagnoses, totaal	68,7%	71,0%	3%	72,7%	3%	6%
MDL-maligniteiten, totaal	40,0%	39,5%	-1%	40,4%	2%	1%
Lever, galblaas & galwegen, totaal	71,8%	73,6%	3%	73,8%	0%	3%
Overige darmaandoeningen, totaal	65,5%	67,8%	4%	69,7%	3%	7%
Prikkelbaar darmsyndroom	85,8%	88,8%	4%	91,0%	2%	6%
Adenomeuze poliepen / Colonpoliep	73,6%	76,6%	4%	80,2%	5%	9%
Gastro-intestinaal bloedverlies, totaal	68,7%	72,9%	6%	76,5%	5%	11%
Dyspepsie, totaal	62,8%	66,4%	6%	68,9%	4%	10%
Slokdarmaandoeningen, totaal	67,9%	71,5%	5%	75,3%	5%	11%
Colitis ulcerosa	80,7%	82,1%	2%	82,5%	0%	2%
Ziekte van Crohn	84,2%	85,5%	2%	85,4%	0%	1%
Motiliteitsstoornissen, totaal	74,2%	75,9%	2%	76,6%	1%	3%
Proctologie en bekkenbodemaandoeningen	80,2%	82,6%	3%	83,9%	2%	5%
Erfelijke darm kanker en voorstadia, totaal	86,1%	86,1%	0%	87,1%	1%	1%
Pancreas aandoeningen, totaal	64,9%	68,1%	5%	70,1%	3%	8%
Diverticulitis	60,2%	63,0%	5%	64,8%	3%	8%
Coeliakie / Malabsorptie	61,3%	62,0%	1%	62,8%	1%	2%
Barrett epitheel / Barrett oesophagus	73,8%	75,8%	3%	78,4%	3%	6%
(Onder)voeding / voedingsproblemen	89,8%	90,7%	1%	90,8%	0%	1%
Vasculaire darmaandoeningen, totaal	69,2%	66,3%	-4%	71,4%	8%	3%

Bron: DBC-gegevens DHD (analyse NIVEL)

3.3.3. Regio-specifieke incidentie van en aandelen bij typische MDL-diagnoses

De "incidentie" van typische MDL-diagnoses was 34 per 1.000 inwoners van 20 jaar en ouder in het jaar 2009 en is daarna opgelopen tot 37 in 2010 en 38 in 2011 (zie tabel 3.3). In 2011 was de laagste "incidentie" te vinden in de provincie Friesland, met 30 typische MDL-diagnoses per 1.000 inwoners. De hoogste "incidentie" was te vinden in Limburg, met 44 van dergelijke diagnoses per 1.000 inwoners.

In de onderstaande tabel is tevens per provincie weergegeven welk aandeel MDL-artsen per jaar hebben in de behandeling van patiënten met typische MDL-diagnoses. Daarbij zijn de provincies gesorteerd op het aandeel dat MDL-artsen in 2009 hadden, met de provincie waar zij het grootste aandeel hadden bovenaan (Utrecht met 79,6%) en de provincie waar zij het kleinste aandeel hadden onderaan (Zeeland met 40,7%). Daarbij is alleen gekeken naar patiënten van 20 jaar en ouder. Vandaar dat het totale aandeel in Nederland in tabel 3.3, iets afwijkt van het aandeel in tabel 3.2: 70,1% in plaats van 68,7% in 2009, 72,2% in plaats van 71,0% in 2010 en 73,9% in plaats van 72,7% in 2011.

Tabel 3.3: Aantal typische MDL-diagnoses per 1.000 inwoners en aandeel van MDL-artsen in het aantal typische MDL-diagnoses per jaar naar provincie in 2009-2011, voor inwoners van 20 jaar en ouder

	Aantal per 1.000 inwoners			Aandeel door MDL-artsen		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Utrecht	34	36	36	79,6%	79,7%	79,6%
Flevoland	31	35	38	77,2%	78,0%	81,3%
Noord-Holland	34	39	39	75,6%	76,8%	77,4%
Overijssel	30	33	33	75,4%	78,3%	78,2%
Gelderland	35	37	39	70,8%	70,6%	73,9%
Zuid-Holland	35	38	40	70,7%	73,8%	75,9%
Limburg	36	41	44	69,9%	72,8%	73,7%
Friesland	33	36	30	65,6%	69,2%	67,0%
Noord-Brabant	32	34	38	65,0%	68,2%	72,7%
Drenthe	33	38	39	59,6%	64,1%	65,6%
Groningen	32	36	33	55,3%	57,6%	56,2%
Zeeland	30	31	35	40,7%	40,2%	45,7%
Totaal NL	34	37	38	70,1%	72,2%	73,9%

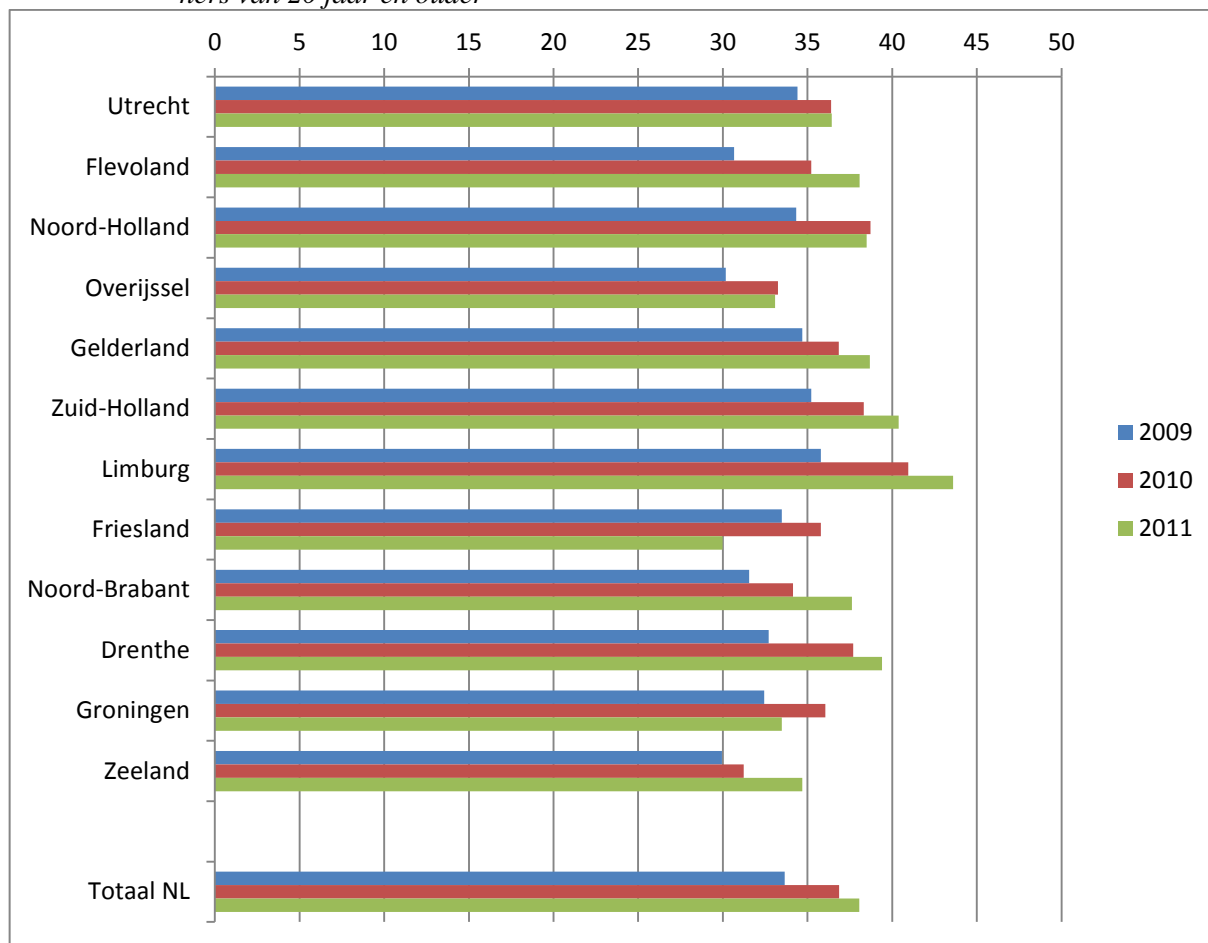
In tabel 3.4 zijn de bovenstaande gegevens afgezet tegen de landelijke gemiddelden per jaar. De landelijke gemiddelden zijn daarbij op 100% gezet. Als het regionale gemiddelde gelijk is aan het landelijke, is het relatieve aandeel ook 100%. Als het 10% kleiner is, is het 90%. En als het 10% hoger is, is het 110%. Te zien is bijvoorbeeld dat in Utrecht het aandeel van de MDL-artsen in 2009 14% hoger was (=114%) dan het landelijk gemiddelde en dat dit in 2010 nog 10% was en in 2011 8%. Ook is te zien dat in Utrecht het totaal aantal patiënten met typische MDL-problemen per 1.000 inwoners in 2009 2% hoger was dan het landelijk gemiddelde en dat dat in 2010 1% lager was en in 2011 4% lager.

Tabel 3.4: Relatieve aantal typische MDL-diagnoses per 1.000 inwoners en relatieve aandeel van MDL-artsen in het aantal typische MDL-diagnoses per jaar naar provincie in 2009-2011, voor inwoners van 20 jaar en ouder (Totaal NL = 100%)

	Aantal per 1.000 inwoners			Aandeel door MDL-artsen		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Utrecht	102%	99%	96%	114%	110%	108%
Flevoland	91%	96%	100%	110%	108%	110%
Noord-Holland	102%	105%	101%	108%	106%	105%
Overijssel	90%	90%	87%	108%	108%	106%
Gelderland	103%	100%	102%	101%	98%	100%
Zuid-Holland	105%	104%	106%	101%	102%	103%
Limburg	106%	111%	115%	100%	101%	100%
Friesland	99%	97%	79%	94%	96%	91%
Noord-Brabant	94%	93%	99%	93%	94%	98%
Drenthe	97%	102%	104%	85%	89%	89%
Groningen	96%	98%	88%	79%	80%	76%
Zeeland	89%	85%	91%	58%	56%	62%
Totaal NL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Het aantal typische MDL-patiënten per 1.000 inwoners naar provincie en jaar is in figuur 3.7 weergegeven. Er is nog eens duidelijk te zien dat dit in 2009 voor vrijwel alle provincies tussen de 30 en 35 lag. In 2011 is het voor een aantal provincies opgelopen tot 35 à 40.

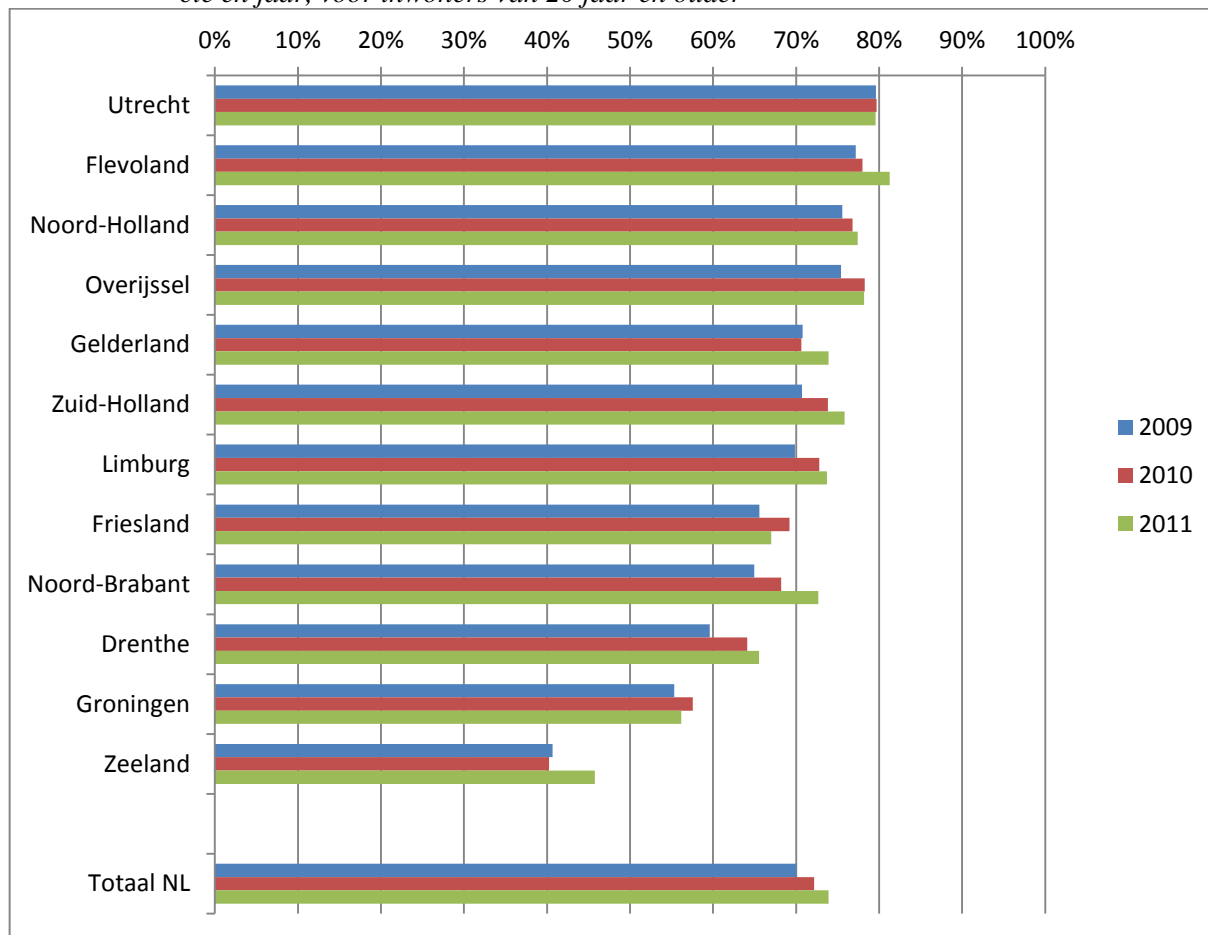
Figuur 3.7: Aantal typische MDL-patiënten per 1.000 inwoners naar provincie en jaar, voor inwoners van 20 jaar en ouder



De aandelen van MDL-artsen in de behandeling van typische MDL-patiënten per provincie zijn opgenomen in figuur 3.8. Daarbij valt op dat het aandeel in Utrecht in 200, 2010 en 2011 gelijk is gebleven, terwijl het in de meeste andere provincies iets is toegenomen. In de provincie Flevoland is het inmiddels net iets boven de 80% en daarmee is dat nu de provincie met het hoogste aandeel.

Zeeland is duidelijk de provincie met het geringste aandeel voor de MDL-artsen: ongeveer 40% in 2009 en 2010 en 46% in 2011. Maar ook voor de provincie Groningen geldt dat het aandeel relatief laag was: grofweg 56% in alle drie de jaren. In Drenthe was het aandeel net geen 60% in 2009, maar in 2011 is het opgelopen tot 66%. Ook in Noord Brabant is het aandeel relatief sterk gestegen: van 65% tot 73%.

Figuur 3.8: Aandeel van MDL-artsen in de behandeling van typische MDL-patiënten naar provincie en jaar, voor inwoners van 20 jaar en ouder



3.3.4. Leeftijd-specifieke incidentie en aandelen bij typische MDL-diagnoses

Er is ook nog gekeken naar de leeftijd van de patiënten bij wie een typisch MDL-diagnose is gesteld (zie tabel 3.5).

Bij inwoners van 20-39 jaar was de “incidentie” 17 per 1.000 in het jaar 2009 en daarna 18 per 1.000 in de jaren 2010 en 2011. Bij de leeftijdsgroep van 40-59 jaar is de “incidentie” bijna twee keer zo hoog dan voor de groep van 20-39 jaar: 31 in plaats van 17 in 2009, 34 in plaats van 18 in 2010 en 35 in plaats van 18 in 2011. Voor de groep inwoners van 60-79 jaar is de “incidentie” weer ongeveer twee keer zo hoog als in de groep van 40-59 jaar (en dus 4 keer zo hoog als in de groep van 20-39 jaar): 59 in plaats van 31 in 2009, 64 in plaats van 34 in 2010 en 66 in plaats van 35 in 2011. In de oudste leeftijdsgroep is de “incidentie” juist weer iets lager dan in de groep van 60-79 jaar: 54 in plaats van 59 in 2009, 58 in plaats van 64 in 2010 en 60 in plaats van 66 in 2011.

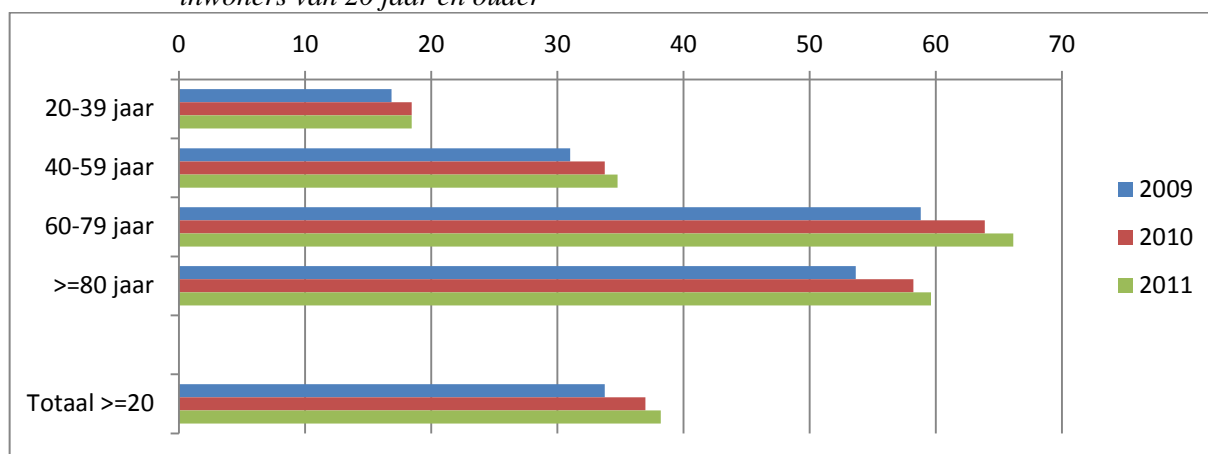
Opvallend is dat het aandeel van de MDL-artsen in de behandeling van deze patiënten duidelijk wat kleiner is naarmate de patiënten wat ouder zijn. Bij patiënten met een leeftijd van 20-39-jaar, is het aandeel van de MDL-artsen in 2011 80,5%, bij 40-59 jaar 76,2%, bij 60-79 jaar 70,3% en bij 80 jaar en ouder 69,8%.

Tabel 3.5: Aantal typische MDL-diagnoses per 1.000 inwoners en aandeel van MDL-artsen in het aantal typische MDL-diagnoses per jaar naar leeftijdsgroep in 2009-2011, voor inwoners van 20 jaar en ouder

	Aantal per 1.000 inwoners			Aandeel door MDL-artsen		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
20-39 jaar	17	18	18	77,0%	79,2%	80,5%
40-59 jaar	31	34	35	72,3%	74,5%	76,2%
60-79 jaar	59	64	66	66,1%	68,1%	70,3%
80 jaar en ouder	54	58	60	65,9%	68,1%	69,8%
Totaal NL	34	37	38	70,1%	72,2%	73,9%

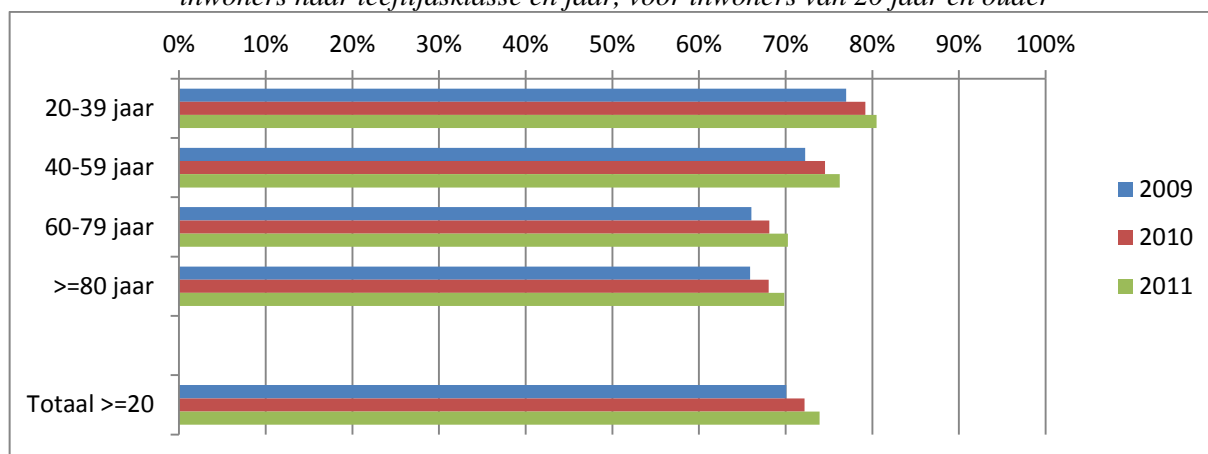
In figuur 3.9 is te zien hoe het aantal typische MDL-patiënten per 1.000 inwoners sterk afhangt van de leeftijd.

Figuur 3.9: Aantal typische MDL-patiënten per 1.000 inwoners naar leeftijdsklasse en jaar, voor inwoners van 20 jaar en ouder



In figuur 3.10 is opnieuw te zien hoe het aandeel van MDL-artsen lager is, naarmate de leeftijd van de patiënten stijgt. Ook is te zien dat voor elke leeftijdsgroep geldt dat het aandeel van MDL-artsen is gestegen tussen 2009 en 2011.

Figuur 3.10: Aandeel van MDL-artsen in de behandeling van typische MDL-patiënten per 1.000 inwoners naar leeftijdsklasse en jaar, voor inwoners van 20 jaar en ouder



4. Samenvatting en conclusies

4.1. Inleiding

Het aantal werkzame MDL-artsen is in de afgelopen jaren sterk gegroeid. De groei in de vraag naar zorg door MDL-artsen is daarmee veel groter geweest dan voorspeld was door het Capaciteitsorgaan. Dat had kunnen worden voorkomen door het beter inschatten van de onvervulde vraag. Voor 2013 is daarom geprobeerd om de onvervulde vraag alsnog zo zuiver mogelijk te schatten. Daarna is nog een vertaling gemaakt van deze schatting naar de onvervulde vraag in 2015.

Het Capaciteitsorgaan is voor de raming 2013 uitgegaan van 15% onvervulde vraag voor MDL-artsen. Dit lijkt een forse onderschatting. Vanuit verschillende invalshoeken lijkt een aandeel van 42,5% onvervulde vraag voor 2013 een betere schatting. Deze schatting wordt hieronder nader onderbouwd. Vervolgens wordt aangegeven wat deze alternatieve waarde voor de onvervulde vraag in 2013 zou hebben betekend voor de door het Capaciteitsorgaan berekende benodigde capaciteit aan MDL-artsen in 2031 en de benodigde instroom in de opleiding voor MDL-artsen vanaf 2015. Daarna wordt nog ingegaan op de onvervulde vraag in 2015. Maar eerst wordt nog aangegeven waarom de onvervulde vraag in dit rapport centraal staat en op welke wijze de onvervulde vraag wordt geoperationaliseerd.

De “onvervulde vraag” is overigens een parameter waarmee in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan aangegeven wordt hoeveel meer beroepsbeoefenaren nodig zijn in het zogeheten basisjaar. Een onvervulde vraag betekent niet per se dat patiënten niet geholpen worden. Zij kunnen bij een tekort in die ene beroepsgroep bijvoorbeeld door een andere beroepsgroep geholpen worden. Het gaat in dit rapport daarom in feite over een “latente” en niet een “manifeste” onvervulde vraag.

4.1.1. *Waarom wordt ingegaan op de onvervulde vraag?*

Voor het schatten van de toekomstige behoefte aan MDL-artsen wordt door het Capaciteitsorgaan een model gehanteerd waarin een aantal parameters een rol spelen. Dat zijn onder andere de “huidige onvervulde vraag” en de “toekomstige ontwikkeling van de vraag” op basis van demografische ontwikkelingen, epidemiologische/vakinhoudelijke ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, efficiency/werkproces ontwikkelingen (inclusief horizontale taakherschikking), arbeidstijdontwikkelingen en verticale substitutie.

Voor wat betreft de onvervulde vraag geldt dat daarvoor standaard gekeken kan worden naar indicatoren zoals het aantal vacatures en wachttijden. Het kan echter ook gebruikt worden om meer in het algemeen aan te geven hoeveel meer zorgverleners “op dit moment” reeds gewenst zijn. Alle andere parameters zijn daarentegen bedoeld om in termen van een groei per jaar aan te geven hoe sterk de vraag naar zorgverleners “vanaf nu” zal gaan groeien. Omdat de gegevens die in dit rapport geanalyseerd worden zich relatief eenvoudig laten vertalen naar een uitspraak over het “nu”, concentreren we ons op de inschatting van de “huidige onvervulde vraag”. In feite zijn het echter een paar specifieke elementen die ook, maar minder eenvoudig, geoperationaliseerd hadden kunnen worden als vakinhoudelijke en werkproces ontwikkelingen en horizontale en verticale substitutie.

4.1.2. *Op welke wijze wordt de onvervulde vraag geoperationaliseerd?*

In dit rapport is nagegaan wat het aandeel is van MDL-artsen in de behandeling van patiënten met typische maag-darm-lever-aandoeningen. Dit wordt afgezet tegen het aandeel van dergelijke behandelingen dat door internisten wordt behandeld. Gelet op de trend die hierin te zien is, wordt vervolgens uitgerekend wat dit voor effect heeft op de onvervulde vraag naar MDL-artsen.

Ook is nog nagegaan welke invloed het bevolkingsonderzoek heeft op de vraag naar MDL-artsen. Ook dit kan uitgedrukt worden als een aandeel onvervulde vraag. Omdat deze onafhankelijk is van de trends in de taakverdeling, kunnen deze opgeteld worden.

Omdat zowel de verschuiving in het aandeel patiënten dat door MDL-artsen behandeld wordt als de inzet van MDL-artsen voor het bevolkingsonderzoek een “eindig karakter” hebben, is operationalisering van deze effecten via de onvervulde vraag logischer dan via een van de andere vraagparameters.

4.2. Onvervulde vraag in 2013

Onvervulde vraag in 2013 op basis van gegevens over DBC's in 2011

Van alle typische MDL-DBC's die door MDL-artsen of internisten in 2011 werden geopend, werd 73% door MDL-artsen geopend en dus 27% door Internisten. Als alle typische MDL-DBC's in 2011 door MDL-artsen zouden moeten worden geopend, dan zou dat een onvervulde vraag van $27\%/73\% = 37\%$ betekenen voor 2011. Omdat het aandeel in 2013 waarschijnlijk op 75% zal zijn gekomen, gaat het voor 2013 om $25\%/75\% = 33\%$ onvervulde vraag.

Het is de vraag of werkelijk 100% van alle typische MDL-DBC's door MDL-artsen gedaan zal gaan worden. Bij oudere patiënten met co-morbiditeit van niet MDL aard ligt het niet altijd voor de hand dat de MDL-arts de hoofdbehandelaar zal zijn. Maar er is in de jaren 2009-2011 een duidelijke toename te zien in het aandeel dat door MDL-artsen wordt gedaan, van 69% naar 73%. Dat dit aandeel stijgt, kan gezien worden als een indicatie dat er daarvoor sprake was van een onvervulde vraag naar MDL-artsen. De endoscopie wordt steeds meer en volledig het werkterrein van MDL-artsen. Een verdergaande verschuiving ligt daarom voor de hand. Als uitgegaan wordt van uiteindelijk een aandeel van ongeveer 10% van de MDL-DBC's die door internisten behandeld blijven worden, dan gaat het niet om 33% onvervulde vraag, maar om ongeveer 20,0%. Het aandeel van de MDL-artsen zal dan namelijk niet 75% maar 90% moeten zijn, dus 15% hoger, en $15\%/75\% = 20\%$.

Onvervulde vraag op basis van gegevens over het bevolkingsonderzoek

Bovenop de onvervulde vraag in verband met een verschuivende taakverdeling tussen specialisten, is er ook nog een onvervulde vraag in verband met nieuwe taken door het bevolkingsonderzoek (BVO) naar darmkanker. Door het RIVM is geschat dat er uiteindelijk ruim 75.000-80.000 coloscopieën per jaar door medisch specialisten gedaan moeten gaan worden. In de praktijk zullen deze uitgevoerd worden door MDL-artsen. Bij een aantal van ongeveer 950-1.000 coloscopieën per FTE, betekent dit een behoefte aan 80 FTE van MDL-artsen. Het bevolkingsonderzoek is in 2014 stapsgewijze gestart met een zeer gefaseerde uitrol. De wens is om in 2020 op volledige sterkte te zijn qua endoscopie capaciteit. Voor de situatie op 1-1-2013 zou onmiddellijke en volledige implementatie van het BVO betekenen dat er een additionele onvervulde vraag is van ongeveer 22,5%.

Onvervulde vraag op basis van gegevens over DBC's én BVO

De schatting van ongeveer 20% onvervulde vraag naar MDL-artsen in verband met het voor 90% behandelen van alle patiënten met een typische MDL-diagnose, plus de schatting van 22,5% onvervulde vraag in verband met het bevolkingsonderzoek, leidt tot een schatting van in totaal 42,5% onvervulde vraag in 2013.

4.3. Extra onderbouwing onvervulde vraag in 2013

Om de aldus ontstane schatting van de onvervulde vraag extra te onderbouwen, is overigens ook nog het aantal scopiërende MDL-artsen, internisten en chirurgen geanalyseerd. Getoond wordt dat er een sterke trend is waarbij MDL-artsen een steeds groter aandeel van de behandelingen en verrichtingen voor hun rekening nemen en het aantal MDL-artsen sterk groeit en

het aantal scopiërende internisten en chirurgen sterk terugloopt. Dat is op zijn minst een aanwijzing voor een latente onvervulde vraag in de jaren daarvoor.

Ook zijn gegevens over vacatures geanalyseerd. Daarbij is te zien dat, ondanks de hiervoor geschetste trends, het aantal vacatures voor MDL-artsen hoog was én hoog blijft. Ook dat is een aanwijzing voor een “actuele” onvervulde vraag in die jaren. Ook dat is overigens niet geheel onafhankelijk van de trends in taakverdeling tussen MDL-artsen en internisten en chirurgen, maar onderbouwt wel de schattingen van de onvervulde vraag.

Onvervulde vraag op basis van gegevens over aantallen scopiërende medisch specialisten

Het aantal MDL-artsen, die allemaal scopiëren, is volgens gegevens van de endoscopiecentra tussen 2011 en 2013 gegroeid van 384 naar 424. Het aantal scopiërende internisten is tegelijkertijd gedaald van 118 in 2011 naar 95 in 2013 en het aantal scopiërende chirurgen is gedaald van 62 in 2011 naar 46 in 2013. Tegenover de 424 MDL-artsen in 2013 stond dus nog een aantal van 141 andere scopiërende medisch specialisten. Als alle scopiërende medisch specialisten MDL-artsen zouden moeten zijn, dan zou dat een onvervulde vraag van $141/424 = 33\%$ betekenen voor 2013. Daarbij is echter nog niet rekening gehouden dat de 141 scopiërende internisten en chirurgen dat waarschijnlijk niet in dezelfde mate doen als MDL-artsen doen. Dit aantal zal wellicht niet tot nul reduceren. Het aantal scopiërende internisten en chirurgen zal overigens waarschijnlijk wel verder dalen, omdat er geen aanmeldingen meer zijn van dergelijke specialisten voor de opleiding tot endoscopist. Ook is de kans groot dat van de diagnostische MDL-verrichtingen een groter deel zal worden overgenomen door MDL-artsen dan bij de MDL-DBC's. Dan zal er dus een situatie ontstaan waarbij een patiënt weliswaar in behandeling is bij een internist, maar waarbij de MDL-diagnostiek door een MDL-arts wordt gedaan. Wij gaan er vanuit dat de gegevens over de scopiërende medisch specialisten een extra onderbouwing zijn van de schatting van ongeveer 20% onvervulde vraag op basis van het aandeel van MDL-artsen in de MDL-DBC's.

Onvervulde vraag op basis van gegevens over vacatures en inzet gepensioneerden

Dat er een deels manifeste onvervulde vraag is naar MDL-artsen, kan aangetoond worden door het relatief grote aantal vacatures. In 2014 waren er 56 vacatures en 14 fte inzet van gepensioneerde MDL-artsen in de MDL-zorg. Daarmee is er sprake van 70 vacatures. Dit is een onvervulde vraag anno 2014 van $70/392 = 17,9\%$

4.4. Impact van de onvervulde vraag in 2013 op de raming 2013-2031

Impact op de benodigde capaciteit van MDL-artsen in 2031

Het Capaciteitsorgaan heeft in haar raming van 2013 voor het evenwichtsjaar 2031 een behoefte aan 707-761 FTE van MDL-artsen voorzien. Zou van 42,5% onvervulde vraag zijn uitgegaan voor 2013, dan zou de benodigde capaciteit in 2031 876 tot 944 zijn geweest.

Impact op de benodigde opleidingscapaciteit vanaf 2015 voor evenwicht in 2031.

Het Capaciteitsorgaan heeft in haar raming van 2013 een instroom geadviseerd van 22 tot 29 aios voor MDL-ziekten per jaar om het aantal MDL-artsen in 2031 in evenwicht te brengen met de vraag die door hen was voorzien. Zou van 42,5% onvervulde vraag zijn uitgegaan voor 2013, dan zou de benodigde instroom 42 tot 50 per jaar zijn geweest.

4.5. Onvervulde vraag in 2015

Hierboven is geschetst waarom de onvervulde vraag in 2013 door het Capaciteitsorgaan zeker niet op 15%, maar minimaal op 42,5% ingeschat had moeten worden. De vraag is nu nog: hoe hoog moet de onvervulde vraag anno 2015 worden ingeschat.

Als uitgegaan wordt van 42,5% onvervulde vraag in 2013, dan kan met de in- en uitstroom die tussen 2013 en 2015 waarschijnlijk heeft plaatsgevonden, plus de ontwikkeling van de zorgvraag op basis van de verwachtingen zoals geformuleerd door het Capaciteitsorgaan, uitgerekend worden dat er dan anno 2015 nog sprake is van ongeveer 33% onvervulde vraag. Dit percentage is overigens afhankelijk van de feitelijke ontwikkeling tot aan 2015 in het aantal MDL-artsen en het aantal FTE dat zij werken.

BIJLAGEN

I. Codering klachten en diagnoses door huisartsen

Voor de meeste contacten die patiënten met de huisartspraktijk hebben, worden door de huisarts zogeheten ICPC-codes aangegeven. Dat is een codering volgens de “International Classification of Primary Care” en betreft coderingen voor onder andere symptomen / klachten en diagnoses.

Met deze gegevens kunnen op de eerste plaats overzichten worden gemaakt van alle voor patiënten met maag-darm-lever-aandoeningen relevante klachten en diagnoses. Klachten en diagnoses die betrekking hebben op Spijsverteringsorganen, staan in hoofdstuk D binnen de ICPC-codering.

Van de in totaal 27 klachten in hoofdstuk D (D01 t/m D29, waarbij D07 en D23 niet voorkomen), zijn er 18 als “Typisch MDL” aangeduid. Van de in totaal 30 diagnoses in hoofdstuk D (D70-D99), zijn er 21 als “Typisch MDL” aangeduid. Deze staan vermeld in de onderstaande tabel.

Tabel I.1: Overzicht typische MDL- klachten en -diagnoses van huisartsen (gesorteerd op de ICPC-code)

ICPC-code	Omschrijving klacht	ICPC-code	Omschrijving diagnose
D02	Maagpijn	D70	Gastrointestinale infectie
D03	Zuurbranden	D73	Verondersteld inf gastro-enteritis
D04	Pijn anus/rectum	D74	Maligniteit maag
D05	Perianale jeuk	D75	Maligniteit colon/rectum
D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	D76	Maligniteit pancreas
D08	Flatulentie/meteorisme/boeren	D77	Andere maligniteit spijsvert nao
D09	Misselijkheid	D78	Benigne/niet gespec Neopl spijsvert
D10	Braken	D79	Corpus alienum spijsverteringsorganen
D11	Diarree	D80	Ander letsel spijsverteringsorganen
D12	Obstipatie	D81	Aangeboren afwijking spijsvert
D15	Melaena	D84	Ziekte oesophagus
D16	Rectaal bloedverlies	D85	Ulcus duodeni
D17	Incontinentie voor ontlasting	D86	Ander peptisch ulcus
D18	Verandering faeces/defecatiepatroon	D87	Stoomis maagfunctie
D25	Verandering omvang/uitgezette buik	D92	Diverticulose/diverticulitis
D26	Angst voor kanker spijsvert	D93	Irritable bowel syndrome
D27	Angst voor andere ziekte spijsvert	D94	Chronische enteritis/colitis ulcerosa
D29	Andere symptomen/klachten spijsvert	D95	Anusfissuur/perianaal abces
		D97	Leverziekte nao
		D98	Cholecystitis/cholelithiasis
		D99	Andere ziekte spijsverteringsorganen

Een 7-tal klachten uit hoofdstuk D zijn als “Eventueel MDL” aangeduid. Dat geldt ook voor een 3-tal diagnoses.

Tabel I.2: Overzicht overige MDL- klachten en -diagnoses van huisartsen (gesorteerd op de ICPC-code)

ICPC-code	Omschrijving klacht	ICPC-code	Omschrijving diagnose
D01	Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen	D71	Bof
D13	Geelzucht	D72	Virushepatitis
D14	Haematemesis	D96	Wormen/andere parasieten
D21	Slikprobleem		
D22	Wormen/oxyuren/andere parasiet		
D24	Zwelling in buik nao		
D28	Functiebeperking/handicap (D)		

Twee van de ICPC-codes uit hoofdstuk D zijn klachten die te maken hebben met de mond en tanden. Dat geldt ook voor 2 diagnoses. Deze zijn als niet gastro-enterologisch van aard aangeduid. Het betreft eerder het werkterrein van tandartsen en kaakchirurgen dan dat van MDL-artsen of internisten. Verder zijn er 4 diagnoses, zoals D88 Appendicitis als niet gastro-enterologisch van aard aangeduid. Het gaat eerder om het werkterrein van Heelkunde.

Tabel I.3: Overzicht ICPC-code in hoofdstuk D die geen MDL- klachten en -diagnoses zijn (gesorteerd op de ICPC-code)

ICPC-code	Omschrijving klacht	ICPC-code	Omschrijving diagnose
D19	Symptomen/klachten tanden/tandvles	D82	Ziekte tanden/tandvles
D20	Symptomen/klachten mond/tong/lippen/speekselklieren	D83	Ziekte mond/tong/lippen
		D88	Appendicitis
		D89	Hernia inguinalis
		D90	Hiatus hernia
		D91	Andere hernia abdominalis

II. Codering diagnoses door MDL-artsen en internisten

Gegevens over patiënten in ziekenhuizen, worden onder andere vastgelegd in Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's). Dit is in feite een declaratiesysteem. Maar door de aard van de gebruikte DBC-codes is voor elke declaratie ook bekend wat de patiënt mankeerde (de "diagnose"). Bij elke declaratie is ook nog bekend wat voor soort specialist deze declaratie als hoofdbehandelaar heeft ingediend. Enigszins lastig daarbij is dat de codering van de diagnoses verschilt per specialisme.

Voor alle soorten diagnoses die MDL-artsen en internisten kunnen coderen binnen de DBC-systematiek (respectievelijk 77 en 286), is nagegaan of zo'n diagnose al dan niet een typische maag-darm-lever aandoening betreft.

Daarbij geldt uiteraard dat de meeste soorten diagnoses die MDL-artsen kunnen stellen, typisch MDL van aard zijn. Maar er zijn ook een aantal soorten diagnoses die MDL-artsen kunnen stellen en waarbij het onduidelijk is of het een typisch MDL probleem betreft, of waarbij uiteindelijk door de MDL-arts is vastgesteld dat de betreffende patiënt juist geen MDL probleem heeft.

Bij de internisten zijn juist een groot aantal soorten diagnoses mogelijk die niet typisch MDL van aard zijn. Maar er zijn ook nog een groot aantal diagnoses die wel of eventueel MDL van aard zijn.

Uiteindelijk is een lijst verkregen van diagnoses die typisch MDL van aard zijn voor zowel de DBC's van MDL-artsen als de DBC's van internisten. Deze zijn daarna aan elkaar gekoppeld, als ze inhoudelijk overeenkomen, en daarna nog zo nodig samengevoegd tot grotere diagnosegroepen om een wat hoger aggregatieniveau te bereiken. Uit oorspronkelijk 59 typische MDL-diagnoses van MDL-artsen en 55 typische MDL-diagnoses van internisten is daarmee uiteindelijk een overzicht voor 19 typische MDL-diagnosegroepen verkregen.

II.1. Codering van diagnoses door MDL-artsen

Van de 77 "diagnoses" die MDL-artsen volgens de DBC-systematiek in 2009 tot en met 2011 hebben kunnen stellen, zijn er 59 die als typische MDL-diagnose zijn aan te merken. Het gaat dan bijvoorbeeld om de diagnosecode 612, met als omschrijving "(ACUTE) BLOEDING DISTALE TRACT. DIGESTIVUS*" of diagnosecode 402 met de omschrijving "(BENIGNE) PEPTISCH ULCUS*" (zie tabel II.1).

Tabel II.1: Overzicht diagnosecodes van MDL-artsen van typische MDL-ziekten (alfabetisch gesorteerd op de originele omschrijving van de desbetreffende diagnosecode)

CODE	OMSCHRIJVING	CODE	OMSCHRIJVING	CODE	OMSCHRIJVING
612	(ACUTE) BLOEDING DISTALE TRACT. DIGESTIVUS*	409	COELIAKIE	810	ONCOLOGISCHE BEHANDELING BIJ GI MALIGNITEIT
402	(BENIGNE) PEPTISCH ULCUS*	602	COLITIS ULCEROSA*	403	OORZAKEN ACUUT BLOEDVERLIES (NIET VARICES)*
207	(ONDER)VOEDING	610	COLORECTALE MALIGNITEIT*	404	OORZAKEN CHRONISCH BLOEDVERLIES*
731	(SYMPTOMATISCHE) CHOLECYSTOLITHIASIS	609	DIVERTICULITIS	714	OVERIGE AAND. VAN LEVER EN (PORTALE) CIRCULATIE*
304	ACHALASIE	608	FAMILIAIRE POLIEPSYNDROMEN*	410	OVERIGE DUNNE DARMAANDOENINGEN*
751	ACUTE (NIET-BILIAIRE) PANCREATITIS	201	FUNCTIONELE DYSPEPSIE*	736	OVERIGE EXTRAHEPATISCHE GALWEGPATHOLOGIE*
718	ACUUT LEVERFALEN	401	GASTRITIS DIVERSEN*	305	OVERIGE OESOFAGUS MOTILITEITSSTOORNISSEN*
606	ADENOMATEUZE POLIEPEN*	301	GASTRO-OESOFAGEALE REFLUXZIEKTE/OESOFAGITIS*	308	OVERIGE OESOFAGUSPATHOLOGIE*
303	BARRETT EPITHEEL	701	HEPATITIS ALGEMEEN	755	PANCREASNEOPLASIEËN*
632	BEKKENBODEMPROBLEMATIEK*	705	HEPATITIS B OF C MET ANTIVIRALE THERAPIE	707	PBC, PSC EN AUTOIMMUUN HEPATITIS
711	BENIGNE LEVERTUMOR*	607	HNPCC	205	PRIKKELBAAR DARMSYNDROOM ± DIVERTICULOSE*
302	BENIGNE STENOSE*	611	ILEUS*	631	PROCTOLOGIE*
203	BLOEDVERLIES TRACTUS DIGESTIVUS E.C.I.	605	INFECTIEUZE (ENTERO-)COLITIS*	202	SHORT BOWELSYNDROOM
735	CHOLANGIOPANCREATITIS	405	ISCHEMIE*	715	VOORBEREIDING LEVERTRANSPLANTATIE
734	CHOLECYSTITIS	408	LYMFROOM*	306	ZENKER'S DIVERTIKEL
732	CHOLEDOCHOLITHIASIS	601	M. CROHN		
206	CHRON. INTESTINALE PSEUDO-OBSTRUCTIESYNDROOM*	407	MAAGCARCINOOM, EXCLUSIEF CARDIACARCINOOM*		
204	CHRONISCHE BUIKPIJN*	712	MALIGNITEIT IN LEVER*		
613	CHRONISCHE OBSTIPATIE	713	METABOLE LEVERZIEKTEN*		
753	CHRONISCHE PANCREATITIS (PIJN)	406	MOTILITEITSSTOORNIS		
708	CIRROSE GECOMPENSEERD*	717	NACONTROLE LEVERTRANSPLANTATIE		
709	CIRROSE GEDECOMPENSEERD*	307	OESOFAGUS/CARDIA MALIGNITEIT		

Om te laten zien dat de keuze van de diagnosecodes die door MDL-artsen gehanteerd konden worden en die een typische MDL-ziekte vertegenwoordigen volledig is, volgt hieronder een opsomming van de codes die niet als zodanig zijn aangemerkt.

Er is één "diagnose" die MDL-artsen kunnen stellen die als eventueel MDL aangemerkt kan worden, namelijk diagnosecode 820, met de omschrijving "NEGATIEVE ANALYSE/GEEN G.E. DIAGNOSE" (zie tabel II.2).

Tabel II.2: Overzicht diagnosecodes van MDL-artsen die eventueel MDL van aard zijn

CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING
820	NEGATIEVE ANALYSE/GEEN G.E. DIAGNOSE

Daarnaast zijn er 10 diagnoses die als niet-MDL aangemerkt kunnen worden, zoals diagnosecode 907 met de omschrijving "CARDIOLOGIE" of diagnosecode 902 met de omschrijving "DIABETES MELLITUS" (zie tabel II.3).

Tabel II.3: Overzicht diagnosecodes van MDL-artsen die niet MDL van aard zijn (alfabetisch gesorteerd op de originele omschrijving van de desbetreffende diagnosecode)

CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING
907	CARDIOLOGIE	716	LEVERTRANSPLANTATIE	908	PULMONOLOGIE
902	DIABETES MELLITUS	904	NEFROLOGIE	903	SCHILDKLIJERZIEKTE
905	HEMATOLOGIE	800	NIET CLASSIFICEERBARE DIVERSEN*		
901	HYPERTENSIE	906	ONCOLOGIE, NIET GE		

Ook zijn er 7 "diagnoses" die in feite geen echte diagnose categorieën zijn, zoals de "lege" diagnosecodes 719 t/m 721 of de diagnosecode 712 met de omschrijving "ICC" (zie tabel II.4).

Tabel II.4: Overzicht diagnosecodes van MDL-artsen die in feite geen diagnose zijn (alfabetisch gesorteerd op de originele omschrijving van de desbetreffende diagnosecode)

CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING
719	(diagnose niet gespecificeerd)	199	ICC	909	PREOPERATIEF CONSULT/OVERIGE INTER- NE AANDOENINGEN
720	(diagnose niet gespecificeerd)	910	PREOPERATIEF CONSULT BIJ NIET G.E. PATIENT	0	TRAJECT
721	(diagnose niet gespecificeerd)				

II.2. Codering van diagnoses door internisten

Bij de internisten waren er in 2009 tot en met 2011 286 "diagnoses" mogelijk in de DBC-systematiek. Daarvan zijn er 55 als typisch MDL aan te merken, zoals diagnosecode 906 met de omschrijving "ACHALASIE" of diagnosecode 912 met de omschrijving "ACUTE BUIK NNO" (zie tabel II.5).

Een groot aantal van deze diagnoses zijn min of meer gelijk aan de typische MDL-diagnoses van de MDL-artsen. Maar, zoals eerder gezegd, de diagnosecodes zijn in het algemeen verschillend en de omschrijving kan ook afwijken. De diagnosecode 901 van de Internisten, met de omschrijving "REFLUXZIEKTE", is bijvoorbeeld terug te vinden als diagnosecode 301 bij de MDL-artsen, met als omschrijving "GASTRO-OESOFAGEALE REFLUX".

Tabel II.5: Overzicht diagnosecodes van internisten van typische MDL-ziekten (alfabetisch gesorteerd op de originele omschrijving van de desbetreffende diagnosecode)

CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING
906	ACHALASIE	925	COLONPOLIEP	915	ONGECompliceerd ULCUS DUODENI
912	ACUTE BUIK NNO	931	COMPLEXE CHRONISCHE OBSTIPATIE	929	OVERIGE COLLITIS
933	ACUTE DIARREE ZONDER INFECTIE	922	CROHN	939	OVERIGE DARMAANDOENINGEN
962	ACUTE PANCREATITIS MET GALSTENEN	924	DIVERTICULITIS	959	OVERIGE LEVER- EN GALWEGAANDOENINGEN
961	ACUTE PANCREATITIS ZONDER GALSTENEN	911	DYSPEPSIE	919	OVERIGE MAAGAANDOENINGEN
941	ALCOHOLISCHE LEVERZIEKTE	916	EROSIEVE GASTRITIS EN DUODENITIS	979	OVERIGE MALIGNITEITEN TRACTUS DIGESTIVUS
16	ANALYSE MACROSCOPISCH BLOEDVERLIES TRACTUS DIGESTIVUS ZONDER DIAGNOSE	926	FAMILIAIR POLIEPSYNDROOM	969	OVERIGE PANCREASAANDOENINGEN
943	AUTO-IMMUUN HEPATITIS	953	GALWEGOBSTRUCTIE ZONDER STENEN	909	OVERIGE SLOKDARMAANDOENINGEN
903	BARRETT OESOPHAGUS	905	GESTOORDE SLOKDARMMOTILITEIT	937	PRIKELBARE DARMSYNDROOM
935	BEKKENBODEMPROBLEMATIEK	928	ILEUS/VOLVULUS	954	PRIMAIRE BILIAIRE SCLEROSE / PRIMAIRE SCLEROSERENDE CHOLANGITIS
902	BENIGNE STENOSE	412	LEVERABCES NNO	936	PROCTOLOGISCHE AANDOENING
913	BENIGNE ULCUS VENTRICULI	945	LEVERCIRROSE GECompenseerd	901	REFLUXZIEKTE
938	BESTRALINGSENTERITIS	946	LEVERCIRROSE GEdecompenseerd	948	SYMPTOMATISCHE CHOLECYSTOLITHIASIS
952	CHOLANGITIS	955	LEVERTUMOR NNO	918	VOEDINGSPROBLEEM WAARVOOR ENDOSCOPISCHE INTERVENTIE (PEG/SONDE)
947	CHOLECYSTITIS	917	MAAG-DUNNE DARM MOTILITEITSSTOORNIS		
951	CHOLEDOCHOLITHIASIS	927	MALIGNITEIT COLORECTAAL		
932	CHRONISCHE DIARREE ZONDER INFECTIE	914	MALIGNITEIT MAAG (EXCLUSIEF CARDIA)		
963	CHRONISCHE PANCREATITIS	964	MALIGNITEIT PANCREAS		
920	COELIAKIE/MALABSORPTIE	904	MALIGNITEIT SLOKDARM/CARDIA		
923	COLITIS ULCEROSA	934	MESENTERIAAL TROMBOSE/ISCHEMISCHE COLITIS		
		907	NIET VARICEUZE BLOEDING PROXIMAAL		

Om te laten zien dat de keuze van de diagnosecodes die door internisten gehanteerd konden worden en die een typische MDL-ziekte vertegenwoordigen volledig is, volgt hieronder een opsomming van de codes die niet als zodanig zijn aangemerkt.

Voor de internisten zijn er 16 diagnosecodes die eventueel MDL van aard zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om de diagnosecode 283 met als omschrijving "ADIPOSITAS (OBESITAS)" of diagnosecode 6 met als omschrijving "ANALYSE BUIKKLACHTEN ZONDER DIAGNOSE" (zie tabel II.6).

Tabel II.6: Overzicht diagnosecodes van internisten die eventueel MDL van aard zijn (alfabetisch gesorteerd op de originele omschrijving van de desbetreffende diagnosecode)

CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING
283	ADIPOSITAS (OBESITAS)	411	INFECTIEUZE DIARREE	43	SYMPTOMENCOMPLEX TGV CHRONISCH ALCOHOLGEBRUIK
6	ANALYSE BUIKKLACHTEN ZONDER DIAGNOSE	413	INTRA-ABDOMINALE INFECTIE / PERITONITIS	421	URINEWEGINFECTIE (EXCLUSIEF UROSEPSIS, INCLUSIEF PROSTATITIS)
431	BACTERIAEMIE / SEPSIS	921	LACTOSE INTOLERANTIE	463	VIRALE HEPATITIS (NIET HEPATITIS B/C: ZIE CODE 943)
942	GENEESMIDDELENHEPATITIS	419	OVERIGE INTESTINALE INFECTIES NNO		
781	HEMOCHROMATOSE	342	PRE-TRANSPLANTATIE SCREENING (ONTVANGER)		
944	HEPATITIS B/C	464	PRIKACCIDENT EN ANDERE EXPOSITIE		
701	IJZERGEBREKSANEMIE NNO				

Er zijn 220 diagnosecodes bij de Internisten die niet MDL van aard zijn, zoals diagnosecode 42, met de omschrijving "(AUTO)-INTOXICATIE", of 523 met de omschrijving "(DERMATO)MYOSITIS" (zie tabel II.7).

Tabel II.7: Overzicht diagnosecodes van Internisten die niet MDL van aard zijn (alfabetisch gesorteerd op de originele omschrijving van de desbetreffende diagnosecode)

CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING
42	(AUTO)-INTOXICATIE	519	FIBROMYALGIE / OVERIGE GEWRICHTSAANDOENINGEN NNO	705	OVERIGE HEREDITAIRE HEMOLYTISCHE ANEMIEEN
523	(DERMATO)MYOSITIS	301	GLOMERULONEFRITIS/TUBULO-INTERSTITIELE NEFRITIS (NIET IN KADER VAN SYSTEMISCHE VASCULITIS)	249	OVERIGE HYPOFYSE AANDOENINGEN
244	ACROMEGALIE	247	GONADALE DYSFUNCTIE	499	OVERIGE INFECTIES
756	ACUTE LYMFATISCH LEUKEMIE	502	GRANULOMATEUZE ONTSTEEKING NNO	719	OVERIGE LEUCOCYTAIRE AFWIJINGEN NNO
761	ACUTE MYELOIDE LEUKEMIE/RAEB-T	246	GROEISTOORNIS, GROEIDEFICIËNTIE NNO	609	OVERIGE LONGAANDOENINGEN NNO
322	ACUTE NIERINSUFFICIENTIE MET DIALYSE	251	GYNECOMASTIE	409	OVERIGE LUCHTWEGINFECTIES NNO (NIET PNEUMONIE)
323	ACUTE NIERINSUFFICIENTIE ZONDER DIALYSE	741	HEMOFILIE	759	OVERIGE LYMFOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN NNO
505	ACUUT REUMA, POST-STREPTOCOCCEN SYNDROOM	734	HEREDITAIRE TROMBOFILIE	629	OVERIGE MALIGNITEITEN THORAX NNO
711	AGRANULOCYTOSE (PRIMAIR)	252	HIRSUTISME	839	OVERIGE MALIGNITEITEN TRACTUS URO/GENITALIS
619	ALLERGISCHE AANDOENINGEN NNO	723	HIT	779	OVERIGE MYELOPROLIFERATIEVE AANDOENINGEN NNO
1	ANALYSE AFWEERSTOORNIS ZONDER DIAGNOSE	461	HIV INFECTIE MET BEHANDELINDICATIE	399	OVERIGE NIERZIEKTEN NNO
2	ANALYSE AFWIJKENDE DIAGNOSTISCHE TEST ZONDER DIAGNOSE	462	HIV INFECTIE ZONDER BEHANDELINDICATIE	489	OVERIGE PARASITAIRE INFECTIES NNO
3	ANALYSE ALG. MALAISE/MOEHEID ZONDER DIAGNOSE	751	HODGKIN LYMFROOM	219	OVERIGE SCHILDKLIERAANDOENINGEN
4	ANALYSE ANOREXIE, VERMAGERING ZONDER DIAGNOSE	313	HUS (EXCL. TTP)	239	OVERIGE STOFWISSELINGSTOORNISSEN CALCIUM
5	ANALYSE BEWUSTZIJNSDALING OF COLLAPS ZONDER DIAGNOSE	272	HYPERHOMOCYSTEÏNEMIE	599	OVERIGE SYSTEEMZIEKTEN, VASCULITIS NNO
7	ANALYSE DYSPNOE ZONDER DIAGNOSE	231	HYPERPARATHYROIDIE	729	OVERIGE TROMBOPENIE NNO
8	ANALYSE ELECTROLYTSTOORNIS ZONDER DIAGNOSE	241	HYPERPROLACTINEMIE (NIET PROLACTINOOM)	739	OVERIGE VERHOOGDE TROMBOSENIEGING
10	ANALYSE GEWRICHTSKLACHTEN ZONDER DIAGNOSE	311	HYPERTENSIE	469	OVERIGE VIRUSZIEKTEN NNO
12	ANALYSE HEMATURIE ZONDER DIAGNOSE	202	HYPERTHYROIDIE AUTOIMMUUN	234	PAGET
11	ANALYSE HEMORRHAGISCHE DIATHESE ZONDER DIAGNOSE	205	HYPERTHYROIDIE EN ZWANGERSCHAP	103	PERICARDITIS
13	ANALYSE HYPOFYSE-ASSEN ZONDER DIAGNOSE	204	HYPERTHYROIDIE MULTIN. STRUMA	702	PERNICIEUZE ANEMIE
21	ANALYSE KLACHT NNO ZONDER DIAGNOSE	201	HYPERTHYROIDIE NNO	606	PLEURA-AANDOENING
14	ANALYSE KLACHTEN NA TROPENBEZOEK, ZONDER DIAGNOSE	203	HYPERTHYROIDIE TOXISCH ADENOOM	401	PNEUMONIE NNO
15	ANALYSE KOORTS ZONDER DIAGNOSE	232	HYPOPARATHYROIDIE	772	POLYCYTEMIA VERA, ESSENTIËLE TROMBOCYTOSE
17	ANALYSE OEDEEM ZONDER DIAGNOSE	248	HYPOPITUITARISME	292	PORFYRIE
18	ANALYSE PIJN OP DE THORAX ZONDER DIAGNOSE	44	HYPOTHERMIE	132	POSTTROMBOTISCH SYNDROOM
20	ANALYSE SYSTEEMAANDOENING ZONDER DIAGNOSE	213	HYPOTHYROIDIE EN ZWANGERSCHAP	271	PRIMAIRE DYSLIPIDEMIE
22	ANALYSE TROMBOFILIE ZONDER DIAGNOSE	212	HYPOTHYROIDIE IATROGEEN	493	PRIMAIRE IMMUNDEFICIËNTIE NNO
23	ANALYSE TROMBOSE ZONDER DIAGNOSE	491	INFECTIE HUID	242	PROLACTINOOM
24	ANALYSE VERGROTE LYMFKLEUR ZONDER DIAGNOSE	453	INFECTIEUZE ARTRITIS	125	PULMONALE HYPERTENSIE
129	ANEURYSMA EN OVERIGE ARTERIELE VAATAANDOENINGEN	102	INSTABIELE AP, MYOCARDINFARCT	762	RAEB
712	APLASTISCHE ANEMIE	402	INTERSTITIELE PNEUMONIE	126	RAYNAUD/ACROCYANOSE (NIET VASCULITIS)
122	ARTERIELE TROMBOSE EN EMBOLIE	434	INTRA-OCULAIRE INFECTIE/RETINITIS	511	REITER, REACTIEVE ARTROPATHIE
506	ARTERITIS TEMP. POLYMYALGIA RHEUMATICA	721	ITP	521	REUMATOIDE ARTRITIS
512	ARTRITIS PSORIATICA	513	JICHT, KRISTALARTROPATHIE, CHONDROCALCINOSIS	501	SARCOIDOSE
514	ARTROSE	732	LONGEMBOLIE	525	SCLERODERMIE, CREST
601	ASTMA, COPD, EMFYSEEM	492	LYME ZIEKTE	25	SCREENING BELASTE FAMILIEANAMNESE
124	ATHEROSCLEROSE EXTREMITETEN/PERIFEEER VAATLUDEN	481	MALARIA	26	SCREENING CARDIOVASCULAIRE RISICOFACTOREN
106	ATRIUMFIBRILLEREN, RITME- EN GELEIDINGSSTOORNIS	264	MALIGNITEIT BIJNIER	27	SCREENING PRE-TRANSPLANTATIE DONOR EXCL. NIERTRANSPLANTATIES
332	AUTOMATISCHE PERITONEALE DIALYSE (APD)	841	MALIGNITEIT BOT EN GEWRICHTSKRAAKBEEN	703	SIKKELCEL ANEMIE
515	BECHTEREW	822	MALIGNITEIT CERVIX	524	SJÖGREN
531	BEGELEIDING IMMUNOSUPPRESSIEVE THERAPIE OP VERZOEK VAN DERDEN	802	MALIGNITEIT CZS (PRIMAIR)	522	SLE/MCTD
343	BEGELEIDING NIERTRANSPLANTATIE DONOR	823	MALIGNITEIT ENDOMETRIUM	452	SPONDYLODYSITIS / SPINAAL-/EPIDURAAL ABCES
41	BEHANDELING DEHYDRATIE ZONDER DIAGNOSE	801	MALIGNITEIT HOOFD-HALS	101	SYMPTOMATISCHE ISCHEMISCHE HARTZIEKTE, NIET DBC-102
503	BEHCET	842	MALIGNITEIT HUID / MELANOOM	262	SYNDROOM/MORBUS CUSHING
261	BIJNIESCHORSINSUFFICIËNTIE/ADDISON	811	MALIGNITEIT MAMMA	526	SYSTEMISCHE VASCULITIS (PAN, WEGENER, CHURG STRAUSS)
121	CEREBROVASCULAIR ACCIDENT /TIA	834	MALIGNITEIT NIER / GRAWITZ	704	THALLAEMIE
326	CHRON HEMODIALYSE IN HET ZKH PASSIEF	899	MALIGNITEIT NNO	208	THYREODITIS
333	CHRONISCHE HEMODIALYSE IN ZELFS BEHANDELACTIEF	821	MALIGNITEIT OVARIUM	722	TTP (EXCL. HUS)
334	CHRONISCHE HEMODIALYSE IN ZELFS BEHANDELCOLEID	624	MALIGNITEIT PLEURA	303	UROLITHIASIS
335	CHRONISCHE HEMODIALYSE IN ZELFST BEHANDELCO PASSIEF	832	MALIGNITEIT PROSTAAT	527	VASCULITIS ALLERGICA, HENOCH SCHONLEIN
336	CHRONISCHE HEMODIALYSE THUIS	214	MALIGNITEIT SCHILDKLIER	131	VENA CAVA SYNDROOM NNO
337	CHRONISCHE HEMODIALYSE THUIS MET VERPLEEGKUNDIGE	831	MALIGNITEIT TESTIS	733	VEUZE TROMBOEMBOLIE OVERIGE
338	CHRONISCHE HEMODIALYSE THUIS NACHT	623	MALIGNITEIT THYMOOM	706	VERWORVEN HEMOLYTISCHE ANEMIE
771	CHRONISCHE MYELOIDE LEUKEMIE (CML)	833	MALIGNITEIT URINEWEGEN	742	VON WILLEBRANDZIEKTE
324	CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE (GEEN DIALYSE) (20-40 ML/MIN)	843	MALIGNITEIT WEKE DELEN	224	ZWANGERSCHAPSDIABETES
325	CHRONISCHE NIERINSUFFICIENTIE PREDIALYSE FASE (<20 ML/MIN)	622	MALIGNITEIT, GROOTCELLIG CARCINOOM BRONCHUS		
757	CLL, WALDENSTROM, HAIRY CELL LEUKEMIE	621	MALIGNITEIT, KLEINCELLIG CARCINOOM BRONCHUS		
773	CMMOL	714	MASTOCYTOSE		
331	CONTINUE AMBULANTE PERITONEALE DIALYSE (CAPD)	441	MENINGITIS, ENCEPHALITIS, HERSENABCES		
507	CRYOGLOBULINEMIE	291	MENSYNDROOM		
304	CYSTENIEREN EN ANDERE HEREDITAIRE NIERZIEKTEN	755	MONOKLONALE GAMMOPATHIE (MGUS)		
107	DECOMPENSATIO CORDIS	754	MULTIPEL MYELOOM/PRIMAIRE AMYLOIDOSE		
223	DIABETES MELLITUS CHRONISCH POMPTHERAPIE	403	MYCOBACTERIELE INFECTIES		
222	DIABETES MELLITUS MET SECUNDAIRE COMPLICATIES	763	MYELODYPLASIE OVERIGE NNO		
221	DIABETES MELLITUS ZONDER SECUNDAIRE COMPLICATIES	774	MYELOFIBROSE		
731	DIEP VENEUZE TROMBOSE EXTREMITETEN	104	MYOCARDITIS		
432	ENDOCARDITIS / ENDOVASCULAIRE INFECTIE	341	NIERTRANSPLANTATIE		
713	EOSINOFIELE AFWIJINGEN	263	NIET-FUNCTIONERENDE BIJNERTUMOR		
207	EUTHYREOIDE STRUMA	243	NIET-FUNCTIONERENDE HYPOFYSE TUMOR		
		206	NODUS SCHILDKLIER		
		753	NON HODGKIN LYMFROOM (NHL) INTERMEDI-AIR/HOOGGRADIG		
		752	NON HODGKINLYMFROOM (NHL) LAAGGRADIG		
		451	OSTEOMYELITIS, INFECTIE VAN (GEWRICHTS)PROTHESE OF IMPLANTAAT		
		233	OSTEOPOROSE, OSTEOMALACIE		
		614	OVERGEVOELIGHEID GENEESMIDDELEN		
		139	OVERIGE AANDOENINGEN VENEUZE- EN LYMFVATEN		
		269	OVERIGE BIJNIEAANDOENINGEN		
		119	OVERIGE CARDIALE AANDOENINGEN		
		299	OVERIGE ENDOCRINE EN METABOLE AANDOENINGEN		
		709	OVERIGE ERYTHROCYTAIRE AFWIJINGEN NNO		
		799	OVERIGE HEMATOLOGISCHE AANDOENINGEN NNO		
		749	OVERIGE HEMORRHAGISCHE DIATHESE OBV STOLLINGSTOORNIS NNO		

Tenslotte zijn er nog 6 diagnosecodes bij de internisten die in feite geen diagnose zijn (zie tabel II.8).

Tabel II.8: Overzicht diagnosecodes van internisten die in feite geen diagnose zijn (alfabetisch gesorteerd op de originele omschrijving van de desbetreffende diagnosecode)

CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING	CODE	DIAGNOSE_OMSCHRIJVING
344	(diagnose niet gespecificeerd)	346	(diagnose niet gespecificeerd)	0	OPENINGSCODE: DBC NOG NIET BEKEND
345	(diagnose niet gespecificeerd)	347	(diagnose niet gespecificeerd)	31	PRE-OPERATIEVE BEOORDELING

II.3. Samenvoeging van MDL-diagnoses van MDL-artsen en internisten

Alle typische MDL-diagnoses van de MDL-artsen en de internisten zijn inhoudelijk beoordeeld. Daar waar de diagnoses in principe overeen komen, zijn deze samengevoegd. Voor zover de diagnoses daarna niet zijn samengevoegd tot diagnosegroepen, staat hieronder welke diagnoses van MDL-artsen en internisten aan elkaar verbonden zijn. Ter referentie staat ook het totaal aantal diagnoses vermeld in de periode 2009-2011.

Te zien is dat er voor “Prikkelbaar darmsyndroom” de code 205 wordt gebruikt bij de MDL-artsen en 937 bij de internisten. Bij de internisten wordt daarbij overigens de omschrijving “Prikkelbare darmsyndroom” gebruikt.

Diagnosecode		Aantal in
MDL INT	Korte omschrijving diagnosecode MDL INT	2009-2011
205 937	PRIKKELBAAR DARMSYNDROOM PRIKKELBARE DARMSYNDROOM	132308
606 925	ADENOMATEUZE POLIEPEN* COLONPOLIEP	127698
602 923	COLITIS ULCEROSA* COLITIS ULCEROSA	86526
601 922	M. CROHN CROHN	80219
609 924	DIVERTICULITIS DIVERTICULITIS	25054
409 920	COELIAKIE COELIAKIE/MALABSORPTIE	18134
303 903	BARRETT EPITHEEL BARRETT OESOPHAGUS	17351
207 918	(ONDER)VOEDING VOEDINGSPROBLEMEN	3163

II.4. Samenvoeging van diagnoses tot diagnosegroepen

Na de samenvoeging van de specifieke diagnoses van MDL-artsen en internisten, zijn een groot aantal afzonderlijke diagnoses samengevoegd tot diagnosegroepen. Hieronder staan in tabellen de resultaten.

Als een oorspronkelijke diagnose van MDL-artsen niet te koppelen was aan een oorspronkelijke diagnose van internisten, of andersom, dan staat er als oorspronkelijke code bij het andere specialisme “000” en is de omschrijving voor het andere specialisme “---”.

Oorspronkelijke diagnosecode MDL INT	OMSCHRIJVING DIAGNOSEGROEP Korte omschrijving oorspronkelijke diagnosecode MDL INT	Aantal in 2009-2011
MDL-MALIGNITEITEN TOTAAL		185491
610 927	COLORECTALE MALIGNITEIT* MALIGNITEIT COLORECTAAL	113428
307 904	OESOFAGUS/CARDIA MALIGNIT MALIGNITEIT SLOKDARM/CARD	24332
755 964	PANCREASNEOPLASIEËN* MALIGNITEIT PANCREAS	20072
407 914	MAAGCARCINOOM, EXCLUSIEF MALIGNITEIT MAAG (EXCLUSI	11872
000 979	--- OVERIGE MALIGNITEITEN TRACTUS DIGESTIVUS	5542
735 000	CHOLANGIOPANCREATISCHE CARCINOOM ---	2809
000 955	--- LEVERTUMOR NNO	2665
712 000	MALIGNITEIT IN LEVER* ---	2241
408 000	LYMFOM* ---	1406
810 000	ONCOLOGISCHE BEHANDELING BIJ GI MALIGNITEIT ---	1124
LEVER, GALBLAAS & GALWEGEN TOTAAL		166020
732 951	CHOLEDOCHOLITHIASIS CHOLEDOCHOLITHIASIS	28461
701 000	HEPATITIS ALGEMEEN ---	25910
000 959	--- OVERIGE LEVER- EN GALWEGAANDOENINGEN	15328
707 943	PBC, PSC EN AUTOIMMUUN HE AUTO-IMMUUN HEPATITIS	13131
709 946	CIRROSE GEDECOMPENSEERD* LEVERCIRROSE GEDECOMPENSE	12554
705 705	HEPATITIS B OF C MET ANTI HEPATITIS B/C	10261
708 945	CIRROSE GECOMPENSEERD* LEVERCIRROSE GECOMPENSEER	8352
736 000	OVERIGE EXTRAHEPATISCHE GALWEGPATHOLOGIE* ---	7732
713 000	METABOLE LEVERZIEKTEN* ---	7393
731 000	(SYMPTOMATISCHE) CHOLECYSTOLITHIASIS ---	7077
711 000	BENIGNE LEVERTUMOR* ---	5762
000 948	--- SYMPTOMATISCHE CHOLECYSTOLITHIASIS	5289
714 000	OVERIGE AAND. VAN LEVER EN (PORTALE) CIRCULATIE* ---	4811
000 941	--- ALCOHOLISCHE LEVERZIEKTE	4315
734 947	CHOLECYSTITIS CHOLECYSTITIS	3987
000 952	--- CHOLANGITIS	1912
000 954	--- PRIMAIRE BILIAIRE SCLEROSE / PRIMAIRE SCLEROSEREND	1697
000 953	--- GALWEGOBSTRUCTIE ZONDER STENEN	1468
000 412	--- LEVERABCES NNO	396
718 000	ACUUT LEVERFALEN ---	184
OVERIGE DARMAANDOENINGEN TOTAAL		134612
613 931	CHRONISCHE OBSTIPATIE COMPLEXE CHRONISCHE OBSTI	40382
204 000	CHRONISCHE BUIKPIJN* ---	37959
605 000	INFECTIEUZE (ENTERO-)COLITIS* ---	16342
000 939	--- OVERIGE DARMAANDOENINGEN	14492
410 000	OVERIGE DUNNE DARMAANDOENINGEN* ---	9058
000 929	--- OVERIGE COLLITIS	5771
000 932	--- CHRONISCHE DIARREE ZONDER INFECTIE	5612
000 933	--- ACUTE DIARREE ZONDER INFECTIE	2966
000 912	--- ACUTE BUIK NNO	1270
202 000	SHORT BOWELSYNDROOM ---	760
GI-BLOEDVERLIES TOTAAL		102751
203 016	BLOEDVERLIES TRACTUS DIGE ANALYSE MACROSOPISCH BLOE	56253
612 000	(ACUTE) BLOEDING DISTALE TRACT. DIGESTIVUS* ---	19118
403 000	OORZAKEN ACUUT BLOEDVERLIES (NIET VARICES)* ---	12343
404 000	OORZAKEN CHRONISCH BLOEDVERLIES* ---	11235
000 907	--- NIET VARICEUZE BLOEDING PROXIMAAL	3802

Oorspronkelijke diagnosecode MDL INT	OMSCHRIJVING DIAGNOSEGROEP Korte omschrijving oorspronkelijke diagnosecode MDL INT	Aantal in 2009-2011
	DYSPEPSIE TOTAAL	104921
201 911	FUNCTIONELE DYSPEPSIE* DYSPEPSIE	52757
401 000	GASTRITIS DIVERSEN* ---	23828
000 919	--- OVERIGE MAAGAANDOENINGEN	8703
402 000	(BENIGNE) PEPTISCH ULCUS* ---	8353
000 916	--- EROSIEVE GASTRITIS EN DUODENITIS	7877
000 913	--- BENIGNE ULCUS VENTRICULI	2164
000 915	--- ONGECompliceerd ULCUS DUODENI	1239
	OESOFAGUSPATHOLOGIE TOTAAL	88274
301 901	GASTRO-OESOFAGEALE REFLUX REFLUXZIEKTE	75582
308 909	OVERIGE OESOFAGUSPATHOLOG OVERIGE SLOKDARMAANDOENINGEN	12692
	MOTILITEITSSTOORNISSEN TOTAAL	31124
305 905	OVERIGE OESOFAGUS MOTILIT GESTOORDE SLOKDARMMOTILIT	6806
611 928	ILEUS* ILEUS/VOLVULUS	6557
302 902	BENIGNE STENOSE* BENIGNE STENOSE	6551
406 917	MOTILITEITSSTOORNIS MAAG-DUNNE DARM MOTILITEIT	6121
304 906	ACHALASIE ACHALASIE	3023
306 000	ZENKER'S DIVERTIKEL ---	1128
206 000	CHRON. INTESTINALE PSEUDO-OBSTRUCTIESYNDROOM* ---	938
	PROCTOLOGIE EN BEKKENBODEM TOTAAL	31003
631 936	PROCTOLOGIE* PROCTOLOGISCHE AANDOENING	23062
632 935	BEKKENBODEMPROBLEMATIEK* BEKKENBODEMPROBLEMATIEK	7941
	ERFELIJKE DARM KANKER EN VOORSTADIA TOTAAL	27947
608 926	FAMILIAIRE POLIEPSYNDROME FAMILIAIR POLIEPSYNDROOM	17312
607 000	HNPCC ---	10635
	PANCREAS TOTAAL	26870
753 963	CHRONISCHE PANCREATITIS (CHRONISCHE PANCREATITIS	14035
751 000	ACUTE (NIET-BILIAIRE) PANCREATITIS ---	6608
000 961	--- ACUTE PANCREATITIS ZONDER GALSTENEN	3236
000 969	--- OVERIGE PANCREASAANDOENINGEN	1782
000 962	--- ACUTE PANCREATITIS MET GALSTENEN	1209
	VASCULAIRE DARM TOTAAL	4192
405 934	ISCHEMIE* MESENTERIAAL TROMBOSE ISC	3599
000 938	--- BESTRALINGSENTERITIS	593

