

OKZ binnen bereik?

OKZ binnen bereik?

De toegankelijkheid van ouder- en kindzorg in geografisch perspectief

R.A. Verheij, P.F. van Boven, F. Kosterman



Bohn
Stafleu
Van Loghum

rivm

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
Het Spoor 2
3994 AK Houten

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die noch-
tans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aanspra-
kelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne
aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een
geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij
elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaan-
de schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurs-
wet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23
augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschul-
digde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.
Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compila-
tiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270556001
ISBN 90-313-3756-0
NUGI 741

VOORWOORD

Dit rapport maakt deel uit van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002 (VTV-2002). Eén van de thema's van de VTV-2002 betreft de toegankelijkheid van gezondheidszorg in regionaal perspectief. Over dit onderwerp zal een reeks publicaties verschijnen. In voorbereiding zijn rapporten op het terrein van de GGZ, sportzorg, ambulancezorg en geneesmiddelen(gebruik). In het onderhavige rapport staan regionale verschillen in de toegankelijkheid van ouder- en kindzorg centraal.

De opdrachtgever is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De auteurs danken de volgende personen voor hun commentaar op eerdere versies van het rapport: mevrouw H. Buijze (LVT), mevrouw J.F. Lim-Feijen (LC-OKZ), de heer S.A. Reijneveld (TNO-PG), mevrouw E. Teunissen (VNG), mevrouw T.A. Wieggers (Nivel), en de heren R.J.F. Burgmeijer, G.J. Kommer, G. Mol, J.A.M. van Oers, D. Ruwaard, L.J. Stokx, A. van der Veen en G.P. Westert (RIVM).

Dank zijn wij ook verschuldigd aan mevrouw M.E. Kroes (College voor Zorgverzekeringen), de heer J.M. Pel (GG&GD Amsterdam) en de heer B. Schildkamp (Thuiszorg Groningen), die zorgden voor een deel van de gegevens die voor dit rapport zijn gebruikt.

dr. R.A. Verheij

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
September 2001

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 5

INHOUDSOPGAVE 7

SAMENVATTING 9

1 Inleiding 15

- 1.1 Aanleiding en achtergrond 15
- 1.2 Onderzoeksvragen en opbouw van het rapport 17
- 1.3 Gegevensbronnen 18

2 Huidige situatie 19

- 2.1 De ruimtelijke spreiding van de behoefte aan OKZ 19
- 2.2 Ruimtelijke spreiding consultatiebureaus 21
 - 2.2.1 Aantallen, afstanden, openingstijden en capaciteiten 21
 - 2.2.2 Beleving van fysieke bereikbaarheid (op het platteland) 27
 - 2.2.3 Fysieke bereikbaarheid cb's in achterstandsgebieden in de grote steden 23
- 2.3 Ruimtelijke verdeling personele inzet 30
- 2.4 Ruimtelijke verdeling budgetten 32

3 Toekomstige ontwikkelingen 35

- 3.1 Ontwikkelingen in de behoefte aan OKZ 35
- 3.2 Afstoten cb-locaties in plattelandsgebieden 36
- 3.3 Aansluiting tussen werkgebieden van GGD'en en OKZ-instellingen 38

4 Conclusies, aanknopingspunten voor beleid en onderzoek 43

- 4.1 Inleiding 43
- 4.2 Fysieke bereikbaarheid 43
- 4.3 Personele inzet 45
- 4.4 De verdeling van budgetten 45
- 4.5 Toekomstige ontwikkelingen 47
- 4.6 Aanbevelingen voor verbetering van de informatievoorziening in het algemeen 47

VERWIJZINGEN 49

BIJLAGEN: BRONNEN, METHODEN EN BEWERKINGEN 51

Bijlage A: Overzicht van gebruikte bronnen 51

Bijlage B: Werkgebieden van instellingen OKZ 51

Bijlage C: Namen van de instellingen, aantal cb-locaties, bevolking in werkgebied en aantal 0-4 jarigen. 53

Bijlage D: Geschatte behoefte aan OKZ 55

Bijlage E: Locatie en openingstijden consultatiebureaus 56

Bijlage F: Personele inzet	57
Bijlage G: Status aparte budgetten	58
Bijlage H: Aantal 0-4 jarigen per werkgebied	58
Bijlage I: Afstand tot dichtstbijzijnde consultatiebureau	59
Bijlage J: Sociaal-economische gebiedskenmerken	59
Bijlage K: Afkortingen, begrippen	60

SAMENVATTING

Inleiding

Aanleiding voor dit onderzoek was de bezorgdheid omtrent regionale verschillen in de toegankelijkheid van ouder- en kindzorg die onder andere naar voren komt in rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en TNO-PG.

Een goede toegankelijkheid van zorg is één van de belangrijkste kwaliteitskenmerken van een zorgsysteem. Grote regionale verschillen in toegankelijkheid worden over het algemeen onwenselijk geacht. In dit onderzoek gaat het om regionale verschillen in de toegankelijkheid van ouder- en kindzorg (OKZ). De OKZ behelst preventie, onderzoek, advisering, voorlichting en opvoedingsondersteuning voor kinderen van 0 tot 4 jaar. De zorg wordt doorgaans verleend door thuiszorgorganisaties (in Amsterdam door de GG&GD) vanuit zogenaamde consultatiebureaus (cb's).

Toegankelijkheid

Toegankelijkheid kan worden afgemeten aan de mate waarin belemmerende en bevorderende factoren van invloed zijn op het gebruik van gezondheidszorg door individuen, bij een gegeven behoefte aan zorg. Van toegankelijke zorg is sprake als personen die behoefte hebben aan zorg die zorg ook daadwerkelijk krijgen. Dit is de feitelijke toegankelijkheid.

Regionale verschillen in de feitelijke toegankelijkheid van OKZ zijn op dit moment niet na te gaan: er bestaat geen (landelijke) registratie van het gebruik en ook het bestaande steekproefonderzoek is niet geschikt voor onderzoek naar regionale verschillen. De vraag naar regionale verschillen in toegankelijkheid kan daarom alleen via een omweg worden benaderd, namelijk door het in kaart brengen van regionale verschillen in factoren die mogelijk van invloed zijn op de toegankelijkheid. Het onderzoek richt zich daarmee op de potentiële toegankelijkheid, en niet op de feitelijke.

Ruimtelijke spreiding cb's, ingezette menskracht en budgettoedeling

In dit onderzoek worden drie factoren belicht die mogelijk van invloed zijn op regionale verschillen in toegankelijkheid: de ruimtelijke spreiding van cb's, menskracht en instellingsbudgetten, elk in relatie tot de ruimtelijke spreiding van de (geschatte) behoefte aan OKZ. De ruimtelijke spreiding van drie aspecten van het 'aanbod' wordt dus gerelateerd aan de ruimtelijke spreiding van de omvang van de behoefte. Zo krijgen we inzicht in de geografische verdeling van middelen die de toegankelijkheid van kwalitatief goede zorg vergemakkelijken of juist bemoeilijken.

In het eerste deel van dit onderzoek wordt de huidige situatie beschreven voor wat betreft de ruimtelijke spreiding van cb's, menskracht en budgetten. In het tweede deel werpen we een blik in de toekomst. Daarbij komt eerst de geschatte ontwikkeling in de behoefte aan ouder- en kindzorg aan bod. Vervolgens kijken we naar twee beleidsmaatregelen die in de nabije toekomst hun beslag zullen krijgen en die van invloed kunnen zijn op de regionale verschillen in toegankelijkheid van OKZ. Het gaat daarbij ten eerste

om de tendens bij veel instellingen om het aantal cb-locaties te beperken. In verband met deze tendens wordt een instrument gepresenteerd met behulp waarvan het aantal locaties op een gecontroleerde manier kan worden teruggebracht. Ten tweede wordt ingegaan op één aspect van de voorgenomen integratie van ouder- en kindzorg met de zorg voor 4-19 jarigen, namelijk de aansluiting tussen GGD regio's en verzorgingsgebieden van instellingen voor OKZ.

Gegevens

De belangrijkste gegevensbronnen zijn een inventarisatie door het RIVM van alle cb's in Nederland (januari 2000) en een vragenlijst-onderzoek van het College voor Zorgverzekeringen onder alle OKZ-instellingen (januari 2000). De budgetgegevens zijn verkregen van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG).

De werkgebieden van de instellingen zijn ontleend aan gegevens van de GG&GD Amsterdam. De regionale behoefte aan OKZ is geschat door het combineren van demografische gegevens van het CBS met het gemiddeld aantal consulten en de gemiddelde consultduur per leeftijdscategorie, apart voor nuljarigen, éénjarigen, tweejarigen en driejarigen. Voor het gemiddeld aantal consulten en consultduur per leeftijdscategorie is gebruik gemaakt van steekproefonderzoek onder gebruikers van OKZ uit 1997 door TNO-PG.

Huidige situatie

Hoe is de fysieke bereikbaarheid gemiddeld in Nederland? Is er sprake van een dalende trend? Hoe groot zijn de regionale verschillen in fysieke bereikbaarheid?

- Er zijn 1.465 cb-locaties in Nederland (inventarisatie RIVM per 1-1-2000). In september 1998 waren er nog 1.523 cb-locaties (inventarisatie Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg): een daling met 4%.
- Er zijn 19,4 cb-locaties per 10.000 0-4 jarigen (per 1-1-2000).
- De cb-dichtheid varieert van 6 cb's per 10.000 0-4 jarigen in Den Haag, tot 47 cb-locaties per 10.000 0-4 jarigen in de Friese Wouden.
- De cb's zijn gemiddeld 12 uur per week open. Dit varieert tussen 5 uur per week in plattelandsgebieden, tot meer dan 20 uur per week in stedelijke gebieden.
- Voor 93% van alle 0-4 jarigen is de afstand tot het dichtstbijzijnde cb kleiner of gelijk aan 4 kilometer.
- Voor een 0-4 jarige is de afstand tot het dichtstbijzijnde cb gemiddeld 2,0 km.

In hoeverre zijn er systematische verschillen in fysieke bereikbaarheid tussen sociaal-economisch zwakkere en sterkere gebieden in de grote steden?

- Binnen de steden met meer dan 100.000 inwoners is de fysieke bereikbaarheid van cb's (gemeten in afstand tot dichtstbijzijnde cb) in de sociaal-economisch zwakkere buurten eerder beter dan slechter in vergelijking met de meer welvarende buurten.

Voor hoeveel 0-4 jarigen is de afstand tot het cb een probleem? En zijn er in dit opzicht verschillen tussen werkgebieden van instellingen?

Alleen voor een steekproef op het Groningse platteland was bekend welke afstand tot het cb mensen acceptabel vinden. We hebben deze gegevens toegepast op de totale plattelandsbevolking in Nederland om een schatting te krijgen hoe groot de afstand is die men acceptabel vindt als afstand tot het dichtstbijzijnde cb.

- Naar schatting voor 91% van de kinderen in plattelandsgebieden in Nederland wordt de afstand tot het dichtstbijzijnde cb door de ouders acceptabel gevonden. Er zijn echter grote verschillen tussen werkgebieden in dit percentage (min. 76%; max. 95%) Uitspraken over de afstand die men in meer stedelijke gebieden acceptabel vindt waren niet mogelijk.

In hoeverre zijn er regionale verschillen in de verhouding tussen de omvang van de zorgbehoefte in een gebied en de ingezette menskracht?

- Gemiddeld wordt 2,55 fte per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte ingezet (cb-artsen, -verpleegkundigen en -assistenten tezamen genomen). De relatieve omvang van het totaal aantal fte loopt uiteen van 1,68 tot 3,46 per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte.
- Gemiddeld wordt 0,47 fte cb-artsen per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte ingezet.
- Gemiddeld wordt 1,73 fte cb-verpleegkundigen per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte ingezet.
- Gemiddeld wordt 0,35 fte cb-assistenten per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte ingezet.
- De personele inzet in verhouding tot de geschatte zorgbehoefte verschilt per regio het sterkst voor de cb-assistenten. Voor de cb-artsen en cb-verpleegkundigen verschillen de regio's weinig.

Een geschikt beoordelingskader voor deze bevindingen ontbreekt echter, zodat onduidelijk blijft in hoeverre de geconstateerde verschillen onwenselijk zijn.

In hoeverre bestaan er regionale verschillen in de verhouding tussen de omvang van de zorgbehoefte in een gebied en het toegedeelde budget?

- Het budget per uur (geschatte) zorgbehoefte verschilt tussen regio's met maximaal factor 1,5 (status aparte budgetten en intensiveringsmiddelen tezamen genomen). Maar omdat niet duidelijk is welke prestaties er voor de budgetten worden geleverd, is het onmogelijk hieraan conclusies over toegankelijkheid van zorg te verbinden.
- De verdeelsleutel voor de status aparte budgetten (exclusief intensiveringsmiddelen) is gebaseerd op verouderde gegevens. Toepassing van meer recente gegevens leidt tot verschuivingen in instellingsbudgetten, variërend van een afname van 10% tot een toename van 17% van het huidige budget.

Ondanks deze uitkomsten is het vergelijken van budgetten met de geschatte zorgbehoefte een hachelijke zaak. Het budget is namelijk niet bestemd voor OKZ alleen, maar ook voor voedingsvoorziening en dieetadvisering.

Toekomstige ontwikkelingen

Hoe zal de regionale verdeling van de behoefte aan OKZ zich ontwikkelen?

- Op grond van de verwachte demografische ontwikkeling zal tussen 1999 en 2005 de totale behoefte aan OKZ met 2% afnemen. In de periode 1999-2010 zal er naar schatting een afname zijn van 8%.

- Er zijn 10 (van 61 in dit onderzoek onderscheiden) OKZ-instellingen waar de vraag met meer dan 5% zal stijgen tussen 1999-2005.

Voorspellingen van het aantal verwachte geboorten zijn echter in hoge mate onzeker. Ook moet gezegd dat andere demografische ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld een groeiend aantal allochtonen, effect kunnen hebben op de geschatte behoefte. Datzelfde geldt voor veranderingen in het takenpakket.

In hoeverre is het mogelijk op gecontroleerde wijze het aantal cb-locaties op het platteland terug te brengen?

Deze vraag is van belang omdat veel instellingen relatief hoge huisvestingskosten hebben. Zij vinden het wenselijk deze te beperken door het afstoten van cb-locaties. De mogelijke effecten van deze tendens op de (potentiële) toegankelijkheid van OKZ zijn op dit moment niet voor heel Nederland na te gaan. In dit onderzoek is aan de hand van een (theoretisch) voorbeeld op het platteland van de provincie Groningen nagegaan hoe een beperking van het aantal cb-locaties van tevoren kan worden geëvalueerd voor wat betreft de gevolgen voor de fysieke bereikbaarheid.

- De *losing locations*-procedure biedt een hulpmiddel om op gecontroleerde en evenwichtige wijze het aantal locaties in te perken, met zoveel mogelijk behoud van de fysieke bereikbaarheid van cb's.

Hoe groot is de overlap tussen werkgebieden van OKZ-instellingen, GGD-regio's, en gemeenten?

De zorg voor 0-4 jarigen zal in de toekomst onder regie van gemeenten komen te vallen. Daarom is in dit onderzoek gekeken naar de overlap tussen de werkgebieden van enerzijds instellingen voor OKZ en anderzijds van GGD'en en gemeenten, met de volgende uitkomsten:

- 31 van de 538 gemeenten (1999) worden thans door meer dan één OKZ-instelling bediend. In de overige gemeenten is steeds slechts één instelling actief.
- Er zijn 33 GGD'en (van de 50 die in dit onderzoek worden onderscheiden) met meer dan één OKZ-instelling binnen het werkgebied.
- Er zijn 35 OKZ-instellingen (van de 61 die in dit onderzoek worden onderscheiden) met meer dan één GGD binnen het werkgebied.
- De overlap tussen GGD-werkgebieden en OKZ-werkgebieden is middels relatief kleine gebiedswijzigingen te vergroten (wat niet wil zeggen dat dit in bestuurlijke zin een eenvoudige zaak is).

Aanknopingspunten voor beleid en onderzoek

Fysieke bereikbaarheid

Met het oog op de tendens bij OKZ-instellingen om cb-locaties af te stoten lijkt het nuttig de fysieke bereikbaarheid van cb's te blijven monitoren. De inventarisatie van het aantal locaties die in het huidige onderzoek door het RIVM is verricht zou in de nabije toekomst herhaald kunnen worden. Het zou daarbij verstandig zijn om aandacht te besteden aan ook andere aspecten van bereikbaarheid dan alleen de locatie van een cb: openstelling en kwaliteit van de locaties en de telefonische bereikbaarheid van de OKZ.

Personele inzet

Ten aanzien van de personele inzet constateren we dat er een beoordelingskader ontbreekt, zodat geen uitspraak kan worden gedaan over de wenselijkheid of onwenselijkheid van verschillen tussen regio's. Het zou goed zijn als een dergelijk beoordelingskader er zou komen, bijvoorbeeld via benchmarking.

Budgetten

Ten aanzien van de budgettaire verdeling constateren we een aantal tekortkomingen die er op neerkomen dat niet duidelijk is welke producten aan welke doelgroep hoe vaak moeten worden geleverd en wat die producten kosten. De op handen zijnde integratie van OKZ met de zorg voor 4-19 jarigen lijkt een goede gelegenheid om iets te doen aan deze tekortkomingen. In ieder geval zal het deel dat bestemd is voor diëtetiek en voedingsadvies buiten de budgetten worden gelaten. Verder zal bij de integratie een uniform deel van de zorg worden onderscheiden, dat overal in Nederland dezelfde inhoud heeft, en een maatwerk-deel, waarvan de inhoud per gemeente of doelgroep kan variëren. We hebben laten zien dat het betrekkelijk eenvoudig is om voor het uniforme deel een budgetsystematiek te maken op basis van een standaard aantal consulten en een standaard aantal minuten per consult, gecombineerd met demografische gegevens over de omvang van de doelgroep in de werkgebieden van de instellingen.

Aanbevelingen voor verbetering van de informatievoorziening in het algemeen

Dit is niet het eerste rapport waarin de toegankelijkheid van OKZ wordt behandeld. Evenals in voorgaande rapporten moet de conclusie zijn dat we niet weten in hoeverre de *feitelijke* toegankelijkheid nu werkelijk in gevaar is. Dit hangt samen met een gebrekige informatievoorziening in de OKZ in het algemeen.

Een goede landelijke registratie van het gebruik van OKZ zou hierin een belangrijke verandering kunnen brengen; een registratie waarin in ieder geval wordt vastgelegd wat er precies wordt geleverd, door wie, aan wie en hoe vaak. Dit is niet alleen van belang om meer zicht te krijgen op het feitelijk bereik van de OKZ, maar ook als basis voor een beter gefundeerde budgetsystematiek. Aangevuld met gegevens over kwaliteit en kosten, kan een dergelijke registratie gebruikt worden in een benchmarkanalyse, waarin kwaliteit, kosten en gebruik tegen elkaar worden afgewogen. De basis van een registratiesysteem zou gezocht kunnen worden in een koppeling met de provinciale ent-administraties.

Naast een registratiesysteem lijkt er ook behoefte aan meer inzicht in de determinanten van het feitelijk gebruik van OKZ. In dit verband kan het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS wellicht een bijdrage leveren. Inzicht in de determinanten van het gebruik van OKZ kan ook worden gebruikt voor het verbeteren van de budgetsysteematiek.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding en achtergrond

Aanleiding: toegankelijkheid OKZ in gevaar?

Dit onderzoek gaat over regionale verschillen in de toegankelijkheid van ouder- en kindzorg (OKZ). Een goede toegankelijkheid tot zorg wordt gezien als een van de belangrijkste kwaliteitskenmerken van een zorgsysteem. Weliswaar blijkt uit gegevens van het CBS (CBS, 1997-2001) dat het aantal bezoekers van het consultatiebureau (cb) en het aantal contacten per jaar per kind in alle leeftijdsklassen nagenoeg constant is, toch lijkt er bezorgdheid te bestaan over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van ouder- en kindzorg.

Onderzoek van KPMG (1999), TNO-PG (Burgmeijer & Rijcken, 1999; Burgmeijer et al., 1997) en van de IGZ (1999) laat zien dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor 0-4 jarigen wellicht in sommige gebieden in gevaar is. Burgmeijer en Rijcken (1999) merken hierover op dat tussen 1996 en 1998 bijna 20% van de locaties voor OKZ is afgestoten, dat minder dan de helft van de organisaties vervangende voorzieningen aanbiedt en dat 70% van de instellingen het effect op het bereik niet in kaart heeft gebracht. Verder blijkt uit onderzoek van Research voor Beleid (Harpe et al., 2000) dat 17% respectievelijk 19% van de instellingen vindt dat bereikbaarheid en toegankelijkheid van OKZ tussen 1996 en 2000 slechter is geworden. Aanvullend merkt de IGZ op dat het niet uitgesloten is dat er met name bij allochtone bevolkingsgroepen in de grote steden bereikbaarheidsproblemen zijn. Het is op dit moment echter niet bekend in hoeverre de problematiek zich in bepaalde regio's concentreert, en of dat vooral het geval is in sociaal-economisch zwakkere gebieden of gebieden met een hoog percentage allochtonen.

Om deze redenen heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gevraagd onderzoek te doen naar regionale verschillen in de toegankelijkheid van OKZ.

Wat is ouder- en kindzorg?

De OKZ behelst preventie, onderzoek, advisering, voorlichting en opvoedingsondersteuning voor kinderen van 0 tot 4 jaar. De zorg wordt verleend door thuiszorgorganisaties, vanuit zogenaamde consultatiebureaus (cb's). Alleen in Amsterdam wordt OKZ deels door de GG&GD geleverd. Een klein deel van de OKZ wordt geleverd door huisartsen. De precieze omvang van dit deel is niet bekend. De OKZ wordt gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Wat is toegankelijkheid?

Van toegankelijke zorg is sprake als personen met een behoefte aan zorg die zorg ook daadwerkelijk krijgen (Smits et al., 2001). Toegankelijkheid kan worden afgemeten aan de mate waarin belemmerende en bevorderende factoren van invloed zijn op het gebruik van gezondheidszorg door individuen, bij een gegeven behoefte aan zorg.

We kunnen daarbij denken aan wettelijke, culturele, financiële, en fysiek-ruimtelijke belemmeringen. Illegaal verblijf in Nederland is bijvoorbeeld een formele belemmering voor het gebruik van de meeste onderdelen van de reguliere gezondheidszorg. Een financiële belemmering is bijvoorbeeld een eigen bijdrage of een te krap budget van een zorginstelling. Een fysiek-ruimtelijke belemmering is bijvoorbeeld de afstand die mensen moeten overbruggen om de gewenste zorg te bereiken.

Belemmerende factoren op verschillende niveaus

Sommige belemmerende factoren vinden hun oorsprong op het individuele niveau (bijvoorbeeld opleiding), andere op een hoger niveau, zoals dat van gemeenten (bijvoorbeeld het aantal voorzieningen) of instellingen (bijvoorbeeld budget) of op het niveau van het gezondheidszorgsysteem (bijvoorbeeld de wetgeving). Sommige belemmerende factoren worden niet als problematisch beschouwd, andere wel. Zo wordt het over het algemeen onwenselijk geacht dat meer welgestelde mensen gemakkelijker toegang hebben tot zorg dan minder welgestelde mensen. Een zekere variatie in het vóórkomen en in de effecten van belemmerende factoren is echter onvermijdelijk. Het is bijvoorbeeld niet zinnig om in ieder dorp een ziekenhuis te willen bouwen teneinde de afstand tot het ziekenhuis voor iedereen gelijk te laten zijn.

Regionale verschillen in feitelijke toegankelijkheid OKZ zijn niet na te gaan

Gegeven de bovenstaande omschrijving kunnen ruimtelijke verschillen in toegankelijkheid eigenlijk alleen worden afgemeten aan ruimtelijke verschillen in het gebruik van OKZ (in verhouding tot de behoefte). Bij een dergelijke onderzoeksopzet gaat het om regionale verschillen in *feitelijke toegankelijkheid* (Joseph & Phillips, 1984). Het gebruik van OKZ wordt echter bij een aantal instellingen niet geregistreerd en de gegevens die wel worden geregistreerd zijn deels onvergelijkbaar en niet voor onderzoek beschikbaar. Ook ontbreekt het aan kwantitatief steekproefonderzoek, waarin op individueel niveau het gebruik van OKZ is nagegaan en de factoren die erop van invloed zijn. Weliswaar verzamelt het CBS in haar Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) gegevens over het gebruik van cb's, maar deze gegevens zijn op dit moment niet bruikbaar voor onderzoek naar regionale verschillen in toegankelijkheid (CBS, 1997-2001).

De potentiële toegankelijkheid van OKZ

Voor een onderzoek naar regionale verschillen in feitelijke toegankelijkheid ontbreken dus de benodigde gegevens. Het onderhavige onderzoek richt zich daarom op een aantal omstandigheden die mogelijk van invloed zijn op het gebruik van OKZ. De mate waarin die factoren daadwerkelijk doorwerken in de feitelijke toegankelijkheid, blijft onbekend. In dit type onderzoek gaat het dus om het vaststellen van de *potentiële toegankelijkheid* (Joseph & Phillips, 1984).

In dit rapport komen drie indicatoren voor de potentiële toegankelijkheid aan de orde:

- de *fysiek ruimtelijke spreiding van consultatiebureaus*, in verhouding tot de ruimtelijke spreiding van de zorgbehoefte;
- de *ruimtelijke verdeling van personele inzet*, in verhouding tot de ruimtelijke verdeling van de zorgbehoefte;

- de *ruimtelijke verdeling van financiële middelen* (instellingsbudgetten), in verhouding tot de ruimtelijke spreiding van de zorgbehoefte.

1.2 Onderzoeksvragen en opbouw van het rapport

Huidige situatie

We kijken eerst naar de ruimtelijke spreiding van de behoefte aan OKZ (paragraaf 2.1). Vervolgens komt de ruimtelijke spreiding van de drie bovengenoemde indicatoren voor potentiële toegankelijkheid aan bod (paragraaf 2.2-2.3).

Ten aanzien van de *fysiek-ruimtelijke bereikbaarheid* van de OKZ worden de volgende vragen beantwoord (paragraaf 2.2):

- Hoe is de fysieke bereikbaarheid van cb's gemiddeld in Nederland?
- In hoeverre is er sprake van een dalende trend in het aantal cb-locaties?
- In hoeverre zijn er verschillen tussen regio's in fysieke bereikbaarheid van cb's?
- In hoeverre zijn er systematische verschillen in fysieke bereikbaarheid tussen sociaal-economisch zwakkere en -sterkere gebieden binnen de grote steden?
- Voor hoeveel (ouders van) 0-4 jarigen is de fysieke bereikbaarheid een probleem?
- Zijn er regionale verschillen in het aantal kinderen voor wie(r ouders) de fysieke bereikbaarheid een probleem is?

In paragraaf 2.3 kijken we naar regionale verschillen in de ingezette *menskracht* aan de hand van de volgende vraag:

- In hoeverre verschillen regio's in ingezette menskracht (relatief ten opzichte van de behoefte in het werkgebied)?

Ten aanzien van de ruimtelijke verdeling van *financiële middelen* kijken we naar de verhouding tussen instellingsbudgetten en de behoefte aan OKZ in het werkgebied van de instellingen (paragraaf 2.4).

- In hoeverre verschillen regio's in het beschikbare budget (relatief ten opzichte van de geschatte behoefte in het werkgebied)?

Toekomstige ontwikkelingen

In hoofdstuk 3 werpen we een blik in de toekomst. In dat hoofdstuk komt een aantal (waarschijnlijke) toekomstige ontwikkelingen aan bod die mogelijk van invloed zullen zijn op de toegankelijkheid van OKZ.

Voor planning en toekomstige budgettering van de OKZ is het van belang te weten welke instellingen in de toekomst rekening moeten houden met een *groei van de behoefte* en welke met een afname. Aan de hand van de volgende vraag wordt dat duidelijk (paragraaf 3.1):

- Hoe zal de regionale spreiding van de behoefte aan OKZ zich in de nabije toekomst ontwikkelen?

Veel instellingen voor OKZ bereiden op dit moment een *beperking van het aantal cb-locaties* voor. Zij zien zich geconfronteerd met een relatief groot aantal locaties en navenant hoge huisvestingskosten en stellen zich de volgende vraag (paragraaf 3.2):

- In hoeverre en op welke wijze is het mogelijk om met een zo klein mogelijk verlies aan fysiek-ruimtelijke bereikbaarheid het aantal cb-locaties te beperken?

Deze vraag wordt beantwoord met het werkgebied van één instelling (Thuiszorg Groningen) als voorbeeld. Er wordt een hulpmiddel gepresenteerd waarmee het mogelijk is vooraf de gevolgen van sluiting van cb-locaties voor de fysieke bereikbaarheid in te schatten. Dit hulpmiddel biedt toepassingsmogelijkheden voor andere instellingen die kampen met hetzelfde probleem.

Met uitzondering van een deel van Amsterdam wordt OKZ aangeboden via thuiszorg-instellingen. De zorg voor 4-19 jarigen is ondergebracht bij de GGD'en. In deze situatie zal verandering komen. De OKZ zal worden *geïntegreerd met de zorg voor 4-19 jarigen* en komen te vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten (Vliegthart, 2000). Voor deze integratie is de volgende vraag van belang (paragraaf 3.3):

- In hoeverre bestaat er ruimtelijke overlap tussen de regio-indeling die thans voor de OKZ geldt en die voor de zorg voor 4-19 jarigen geldt?

1.3 Gegevensbronnen

De belangrijkste gebruikte bronnen voor het onderzoek zijn:

- een landelijke inventarisatie door het RIVM van de locaties van cb's bij alle instellingen die zich met OKZ bezig houden (peildatum januari 2000)
- een enquête onder alle OKZ-instellingen door het College voor Zorgverzekeringen (peildatum januari 2000). Uit deze enquête zijn de vragen over personele inzet en openingstijden gebruikt. Dit gebeurde met toestemming van alle instellingen die aan het onderzoek hadden meegewerkt.
- gegevens van de GG&GD Amsterdam over de werkgebieden van alle OKZ-instellingen (peildatum mei 2000).
- gegevens over de instellingsbudgetten 1999, afkomstig van het College Tarieven Gezondheidszorg.
- Demografische gegevens van het CBS over de aantallen nul-, één-, twee- en drie-jarigen (peildatum 1-1999).

Voor meer gedetailleerde informatie over de gebruikte bronnen en de daarop uitgevoerde bewerkingen verwijzen we naar Bijlage A tot en met Bijlage J.

Het grootste deel van de resultaten wordt gepresenteerd in de vorm van kaarten. Soms worden daarin gemeenten of postcodegebieden in beeld gebracht, maar meestal gaat het om de werkgebieden van instellingen van OKZ. In Bijlage B en Bijlage C staat beschreven welke instellingen horen bij welke werkgebieden.

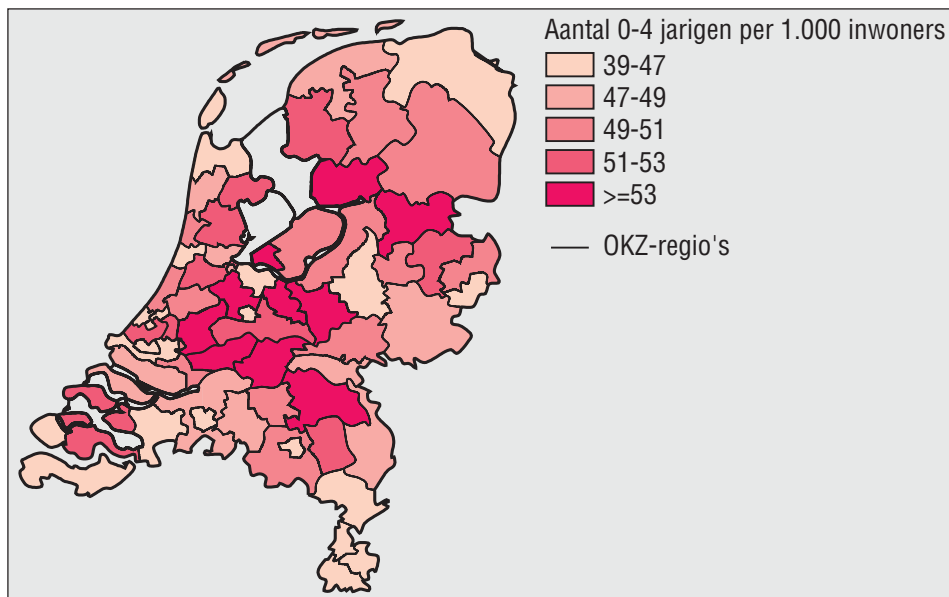
2 HUIDIGE SITUATIE

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de ruimtelijke verschillen in de potentiële toegankelijkheid van OKZ aan de hand van drie indicatoren: de ruimtelijke spreiding van cb's, de relatieve omvang van de personele inzet en de relatieve omvang van de instellingsbudgetten. Eerst wordt echter de ruimtelijke spreiding van de behoefte aan OKZ in beeld gebracht.

2.1 De ruimtelijke spreiding van de behoefte aan OKZ

Eén van de kenmerken van preventieactiviteiten is dat er vaak geen concrete hulpvraag van een cliënt of patiënt aan vooraf gaat. Wel is er een soort maatschappelijk bepaalde behoefte om preventie aan te bieden. De omvang van die behoefte kan dan worden afgemeten aan de grootte van de potentiële doelgroep of de gezondheidswinst die nog te behalen is. In dit rapport operationaliseren we het begrip 'behoefte' aan de hand van de omvang van de doelgroep, namelijk het aantal 0-4 jarigen, gecombineerde met steekproefgegevens over het zorggebruik (Bijlage D).

Het totaal aantal 0-4 jarigen in Nederland bedroeg op 1 januari 1999 778.000. Het aantal 0-4 jarigen per 1.000 inwoners per regio loopt uiteen van 39 in en rond Maastricht, tot 67 in Almere (Figuur 2-1). Vooral de meer landelijke gebieden, zoals delen van Limburg,

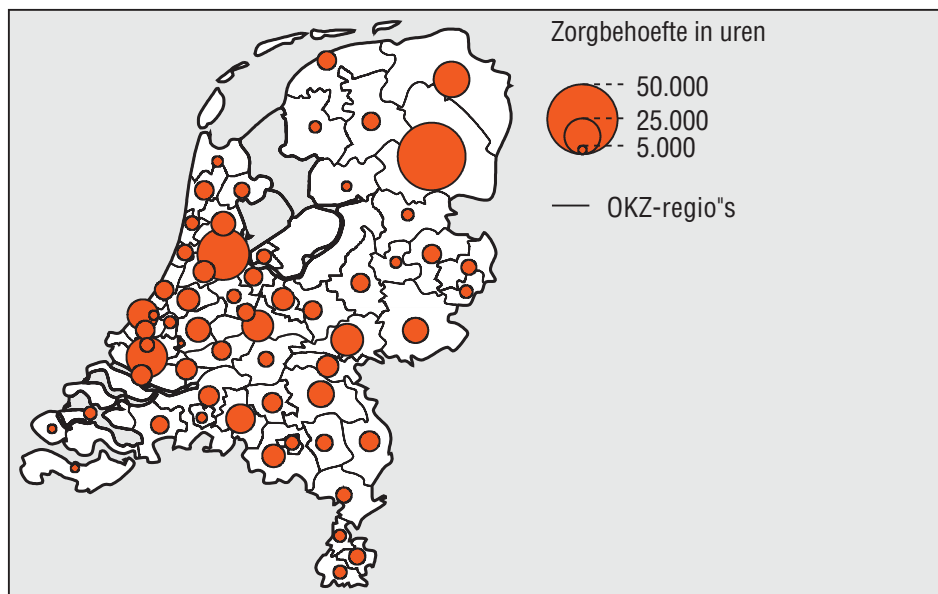


Figuur 2-1 Aantal 0-4 jarigen per 1.000 inwoners, per werkgebied (peildatum 1-1-1999;
Bron: CBS, gegevens bewerkt door RIVM)

Groningen, delen van Zeeland en de kop van Noord-Holland huisvesten relatief weinig 0-4 jarigen. Dit geldt ook voor de steden Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven en Breda. De gebieden met relatief veel 0-4 jarigen bevinden zich net buiten de Randstad in delen van de provincie Utrecht, Noord-Brabant en Overijssel.

Een 0-jarige heeft doorgaans een grotere behoefte aan ouder- en kindzorg dan een 3-jarige. Binnen de groep 0-4 jarigen bestaan dus verschillen in behoefte aan OKZ. Met deze verschillen is in dit rapport rekening gehouden door de drie indicatoren van het aanbod (spreiding cb's, personele inzet, budgetten) niet te relateren aan het aantal 0-4 jarigen, maar aan een modelmatig geschatte zorgbehoefte in termen van uren. Die behoefte is geschat op basis van de aantallen nuljarigen, éénjarigen, tweejarigen en driejarigen in iedere regio in 1999, vermenigvuldigd met het gemiddeld aantal consulten en de consultduur per kind in een bepaalde leeftijd (zie Bijlage D). Figuur 2-2 geeft de aldus berekende schatting van de behoefte aan OKZ in elk van de werkgebieden.

De werkelijke behoefte in een regio wijkt waarschijnlijk af van de hier modelmatig geschatte behoefte. Bij de schatting is er namelijk vanuit gegaan dat ieder kind van een bepaalde leeftijd een standaard aantal consulten per jaar heeft, die gemiddeld een standaard aantal minuten duren (Bijlage D). Er wordt dus voorbij gegaan aan het feit dat de behoefte aan OKZ ook afhankelijk is van factoren als etniciteit of opleiding van de ouders. Verder kunnen kinderen van illegalen ook gebruik maken van het cb. Zij zijn echter niet opgenomen in de gebruikte bevolkingsgegevens van het CBS en in sommige regio's zal dit leiden tot een onderschatting van de behoefte aan OKZ. Om dergelijke factoren ook in het schattingsmodel op te nemen ontbraken echter het noodzakelijke gegevens over de mate waarin deze factoren zouden moeten doorwegen in de zorgbehoefte in een regio.



Figuur 2-2 Modelmatige schatting zorgbehoefte in uren per jaar, per werkgebied (1999;
Bron: CBS, TNO-PG, gegevens bewerkt door RIVM)

2.2 Ruimtelijke spreiding consultatiebureaus

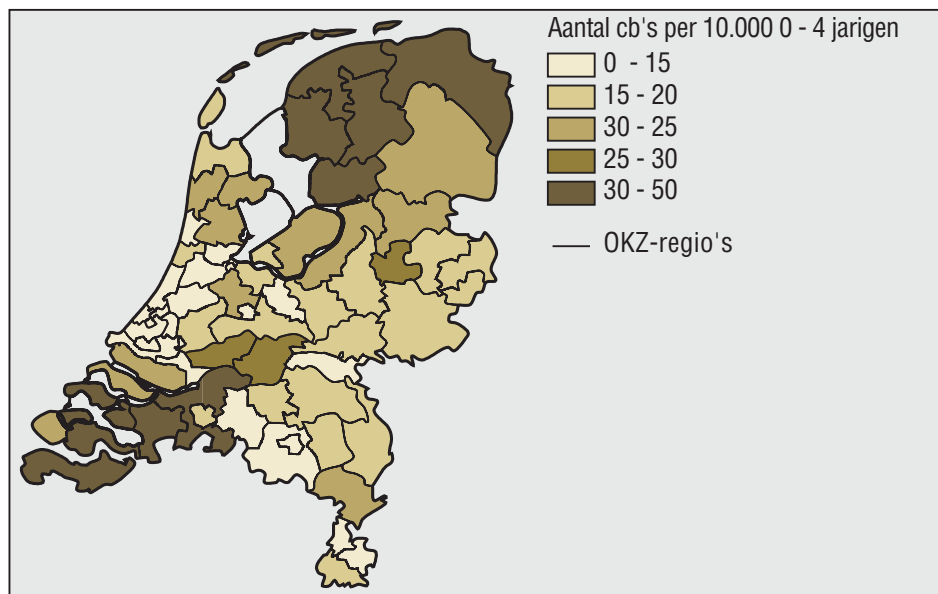
In deze paragraaf wordt eerst een landelijk beeld geschetst van regionale variaties in aantallen cb's, afstanden, openingstijden en capaciteiten. Vervolgens zoomen we in op de beleving van fysieke bereikbaarheid en de fysieke bereikbaarheid in achterstandsgebieden binnen de grote steden.

2.2.1 Aantallen, afstanden, openingstijden en capaciteiten

Dalende trend aantal cb-locaties

Op 1 januari 2000 waren er 1.465 cb-locaties (volgens opgaven van de instellingen zelf). In 58 gevallen betrof het daarbij standplaatsen van mobiele cb's. Voor het aantal cb's per werkgebied, de precieze locaties van de cb's en de wijze waarop de gegevens zijn verzameld, verwijzen we naar Bijlage E. Gemiddeld zijn er 24 locaties per organisatie. Nederland telt 19,4 cb's per 10.000 kinderen van 0-4 jaar (515 0-4 jarigen per cb).

In onderzoek van TNO-PG (Burgmeijer & Rijcken, 1999) werden er in 1996 1.572 locaties geteld, waarbij er 9 instellingen geen gegevens aanleverden. In september 1998 telde het Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg (LCOKZ) nog 1.523 cb-locaties, waarbij alle instellingen gegevens leverden, en in de bovengenoemde meting waren er dus nog 1.465. Er is dus sprake van een dalende trend. Vanwege de verschillende aantallen niet-responderende organisaties en tussentijdse wijzigingen in de werkgebieden en fusies, was het binnen het kader van het onderhavige onderzoek niet mogelijk om precies na te gaan in welke gebieden die daling zich vooral heeft voorgedaan en wat de gevolgen zijn geweest voor de fysieke bereikbaarheid.



*Figuur 2-3 Aantal cb-locaties per 10.000 0-4 jarigen per werkgebied (Peildatum 1-1-2000.
Bron: RIVM, CBS, gegevens bewerkt door RIVM)*

Op het platteland relatief veel cb-locaties

Een eerste indruk van de regionale verschillen krijgen we door te kijken naar het aantal cb's per 10.000 0-4 jarigen bij iedere instelling (Figuur 2-3). Dit aantal loopt uiteen van 6 in Den Haag, tot 47 in de Friese Wouden. Vooral in het noorden van Nederland, in Zeeland en westelijk Noord-Brabant is de cb-dichtheid groot, in verhouding tot de omvang van de doelgroep.

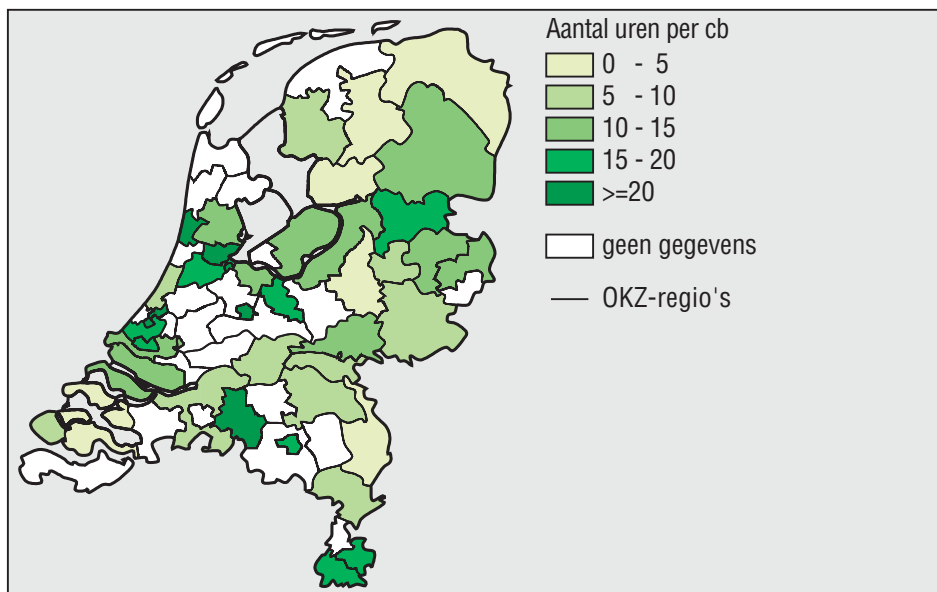
Het gaat daarbij vooral om plattelandsgebieden, maar de cb-dichtheid is niet in alle plattelandsgebieden gelijk. Zo is de cb-dichtheid in de kop van Noord-Holland en de Achterhoek lager dan die in Groningen en Friesland.

Capaciteit per cb verschilt tussen instellingen

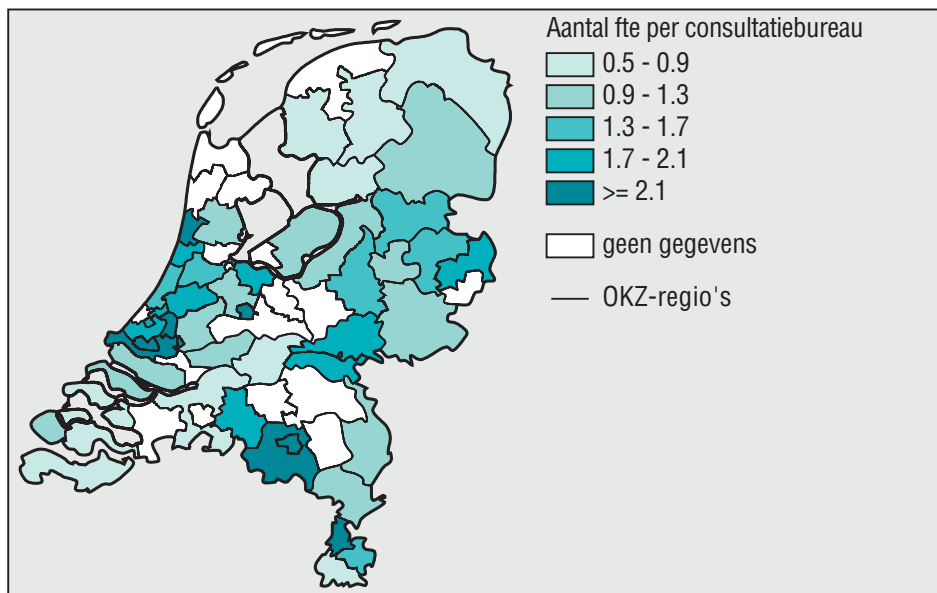
Cb's verschillen in het aantal uren dat ze per week geopend zijn. De openingstijden van ieder individueel cb zijn echter niet bekend. Voor 38 instellingen is echter uit gegevens van het CVZ wel bekend hoeveel uur de cb's in totaal per week per instelling geopend zijn (zie Bijlage A en Bijlage E) (Kroes & Van Egmond, 2000).

Als we het aantal geopende uren delen op het aantal locaties binnen een instelling, zoals staat beschreven in Bijlage E, dan blijkt dat de cb's in plattelandsgebieden relatief weinig uren per week open zijn (Figuur 2-4).

In Groningen en delen van Friesland is het gemiddelde cb minder dan 5 uur per week open. In stedelijke gebieden zijn de cb's langer open. Gemiddeld over Nederland zijn cb's 12 uur per week open.



Figuur 2-4 Aantal geopende uren per cb-locatie per week, gemiddeld per instelling (Peildatum 1-1-2000. Bron: RIVM, CVZ, gegevens bewerkt door RIVM)



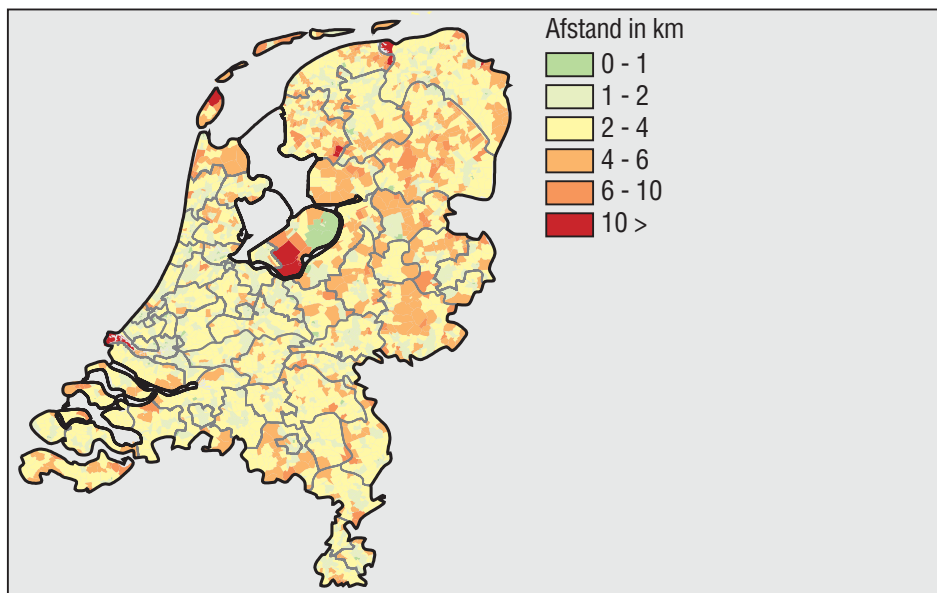
Figuur 2-5 Personele inzet in fte per cb-locatie, gemiddeld per instelling (Peildatum 1-1-2000. Bron: CVZ, gegevens bewerkt door RIVM)

Een andere blik op regionale verschillen in de capaciteit van cb's krijgen we door het aantal cb's te relateren aan de personele inzet binnen een instelling. De gegevens over de personele inzet waren voor 44 instellingen bekend uit de eerder genoemde enquête van het CVZ. In Figuur 2-5 is het totale aantal voor OKZ (1999) begrote fulltime equivalenten gedeeld op het aantal cb's in een regio. Gemiddeld is er ongeveer 1,5 fte per cb.

Afstand tot dichtstbijzijnde cb

In Figuur 2-6 kijken we op het niveau van postcodegebieden naar de afstand tot het dichtstbijzijnde consultatiebureau (zie Bijlage I). Gemiddeld over de postcodegebieden is deze afstand 2,7 km (gemeten over de weg). De bevolking is echter niet gelijk gespreid over alle postcodegebieden in Nederland. De gemiddelde afstand die (de ouders van een) 0-4 jarige moet afleggen naar het dichtstbijzijnde cb is daarom lager, namelijk 2,0 km. Waarschijnlijk is dit een onderschatting van de werkelijke afstand die mensen moeten afleggen naar het cb. In de praktijk maken veel instellingen namelijk rayons, die ertoe leiden dat klanten aan de rand van een rayon niet altijd worden opgeroepen voor het meest nabijge cb.

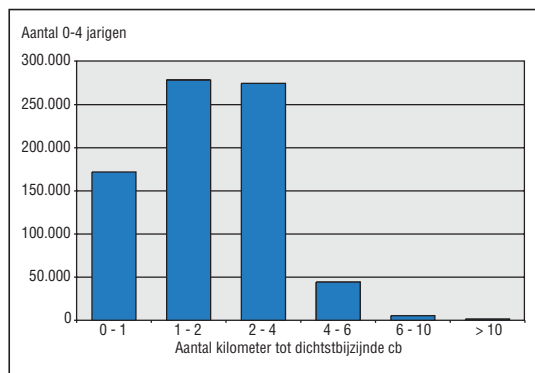
Er is geen wettelijk vastgelegde afstandsnorm waarbinnen er een cb beschikbaar moet zijn. Ook de OKZ-instellingen zelf hanteren in veel gevallen geen norm in termen van een afstand in kilometers. Vaak geldt bij de instellingen 'redelijk inspanningsniveau' als criterium, hetgeen wil zeggen dat 'moeite en kosten overeen moeten komen met de bereikbaarheid van eerste levensbehoeften in een wijk, zoals winkels en scholen'. De instellingen die wel een criterium hanteren in termen van kilometers, geven gemiddeld 7 km als maximale afstand aan (Burgmeijer & Rijcken, 1999). Figuur 2-6 laat zien dat in het grootste deel van het land het dichtstbijzijnde cb zelfs binnen 4 km ligt.



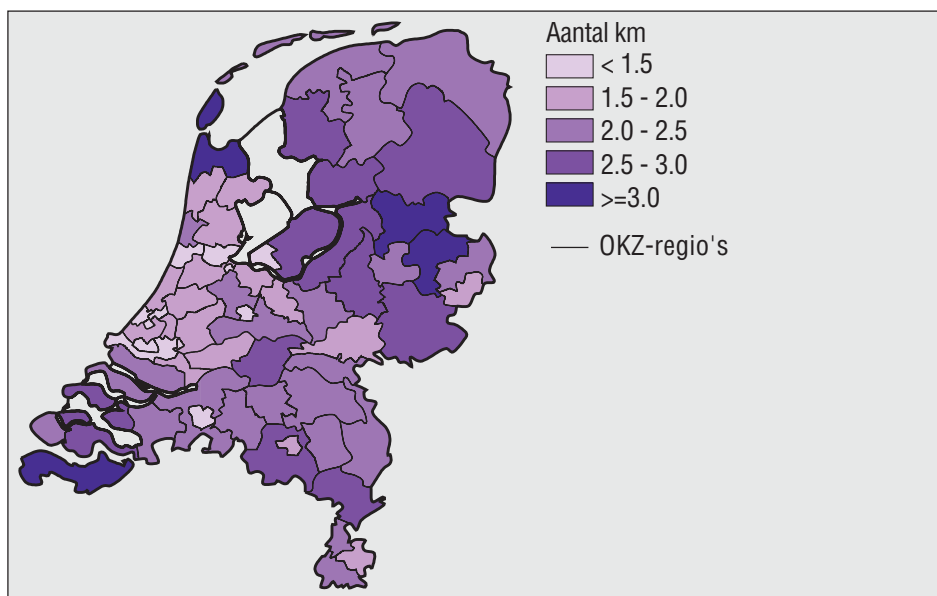
Figuur 2-6 Afstand tot dichtstbijzijnde cb-locatie, per 4-positie postcodegebied (zonder grensoverschrijding tussen instellingen) (Peildatum 1-1-2000. Bron: RIVM, AND, gegevens bewerkt door RIVM)

Alleen op de waddeneilanden en in Flevoland zijn er gebieden waar het cb op meer dan 10 km ligt, maar het gaat dan om gebieden waar zeer weinig mensen wonen. Ook in het Lauwersmeergebied en op de Maasvlakte is de afstand tot het dichtstbijzijnde cb groter dan 10 km, maar het aantal inwoners is daar helemaal verwaarloosbaar. Overigens speelt bij Flevoland ‘optisch bedrog’ een rol: de postcodegebieden hebben daar een groot oppervlak, en vallen daardoor eerder op. Bovendien is de afstand tot het dichtstbijzijnde cb niet overal gelijk binnen het postcodegebied.

In Figuur 2-7 is weergegeven hoe de verdeling is van het aantal kinderen over de verschillende afstandsklassen. De ouders van 7% van het totaal aantal 0-4 jarigen dienen een afstand af te leggen die groter is dan 4 km.



Figuur 2-7 Aantal 0-4 jarigen naar afstand tot dichtstbijzijnde cb-locatie (Peildatum 1-1-2000. Bron: RIVM, AND, CBS, gegevens bewerkt door RIVM)



Figuur 2-8 Afstand in km tot dichtstbijzijnde cb-locatie, gemiddeld per 0-4 jarige per instelling (Peildatum 1-1-2000. Bron: RIVM, AND, CBS, gegevens bewerkt door RIVM)

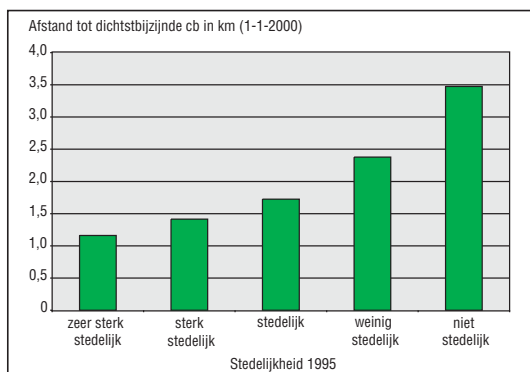
Gemiddelde afstand tot dichtstbijzijnde cb per instelling

De gemiddelde afstand tot het dichtstbijzijnde cb verschilt niet alleen tussen postcodegebieden, maar ook tussen de werkgebieden van instellingen. De afstand die een bezoeker gemiddeld moet afleggen naar het dichtstbijzijnde cb (Figuur 2-8) loopt uiteen van 1,1 km in Capelle aan den IJssel, tot 3,4 km in Salland. In Bijlage I staat uitgelegd hoe deze afstand berekend is.

Stedelijkheid belangrijkste verklaring voor verschillen in fysieke bereikbaarheid

De meest voor de hand liggende 'verklaring' voor verschillen in afstand tot het dichtstbijzijnde cb is de stedelijkheid van een gebied (Figuur 2-9). De afstand tot het dichtstbijzijnde cb is in de niet-stedelijke gebieden drie maal zo groot als in zeer sterk stedelijke gebieden. In absolute zin gaat het om een verschil van twee km. Hierboven werd reeds gewezen op het feit dat er ook binnen de categorie platteland verschillen bestaan in fysieke bereikbaarheid.

Figuur 2-9 Gemiddelde afstand tot dichtstbijzijnde cb-locatie, naar stedelijkheid van postcodegebied (Peildatum 1-1-2000. Bron: RIVM, AND, CBS, gegevens bewerkt door RIVM)



2.2.2 Beleving van fysieke bereikbaarheid (op het platteland)

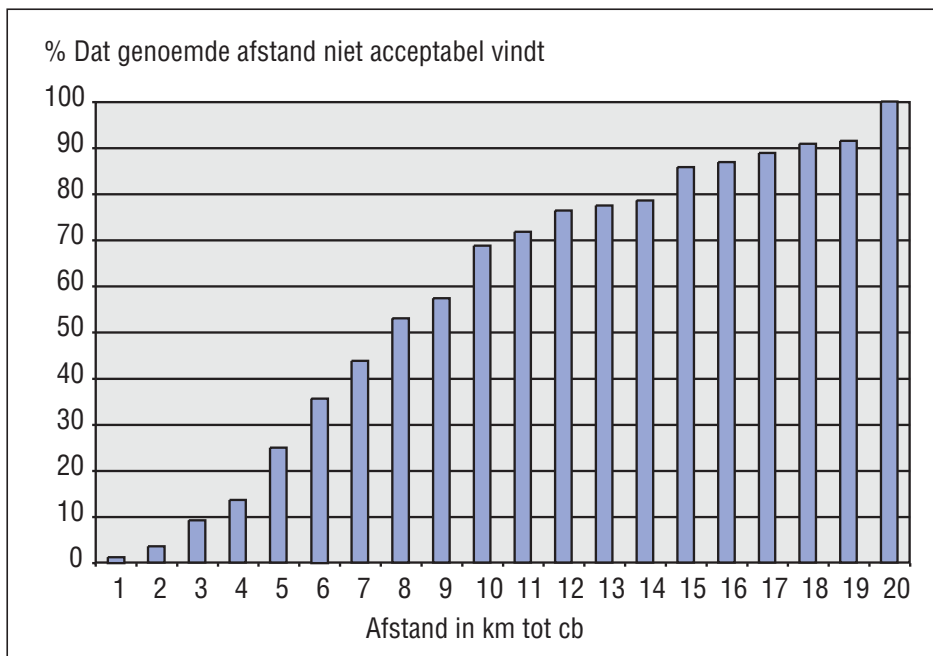
Beleving van afstand belangrijk voor fysieke bereikbaarheid

In de vorige paragraaf hebben we een beeld geschetst van de fysieke bereikbaarheid in termen van afstand tot de dichtstbijzijnde cb-locatie. De beleving van afstand verschilt echter tussen mensen. De één vindt één kilometer al ver, de ander vindt 10 km pas ver. Voor de bereikbaarheid van cb's is dus ook de vraag van belang welke afstand mensen voor een bezoek aan het cb nog acceptabel vinden.

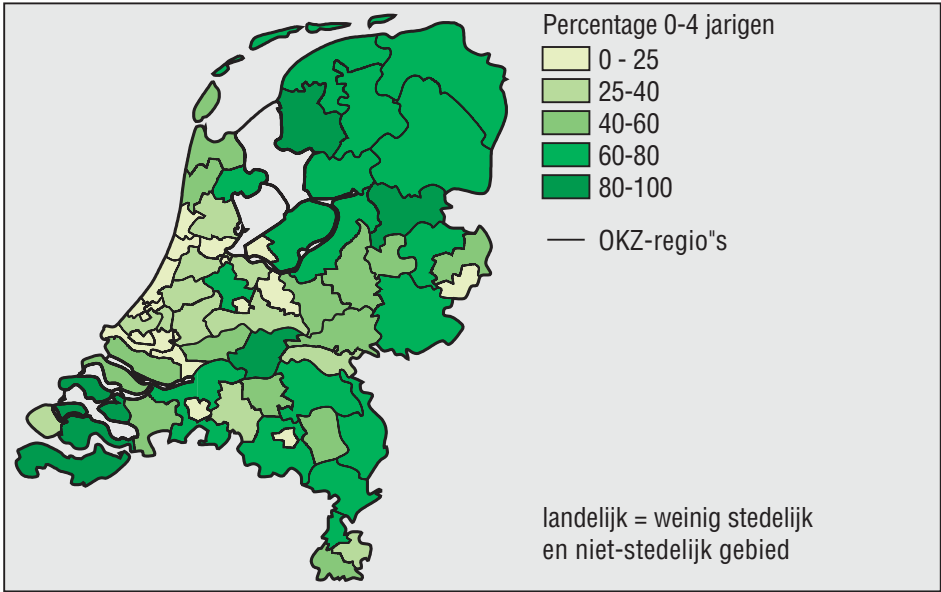
Afstandsvervalfunctie geconstrueerd voor het Groningse platteland

Thuiszorg Groningen heeft in het voorjaar van 2000 onder een deel van haar cb-bezoekers laten inventariseren welke afstand tot het cb ouders nog acceptabel vinden (Aha, 2000). Alleen de plattelandsbevolking van de provincie Groningen is in dit onderzoek betrokken geweest. Er is een zogenaamde 'afstandsverval-functie' geconstrueerd (Figuur 2-10). De figuur laat zien dat niemand een afstand groter dan 20 km nog acceptabel vindt. Ongeveer 50% van de cliënten vindt 8 km een te grote afstand.

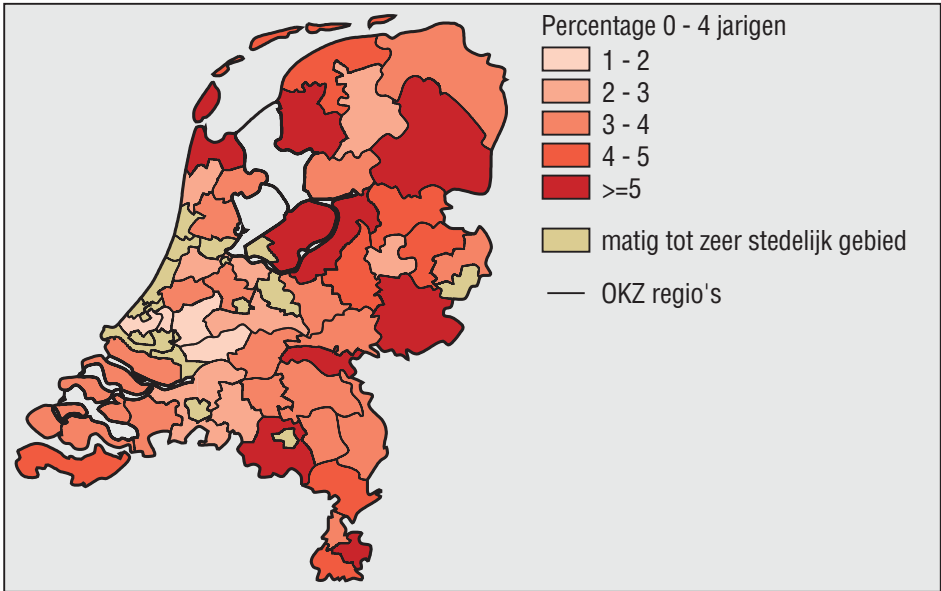
Deze zogenaamde afstandsvervalfunctie is gemaakt op basis van onderzoek onder de Groningse plattelandsbevolking, maar we veronderstellen hier dat deze ook van toepassing is voor andere plattelandsgebieden in Nederland (voor een stedelijke bevolking zal waarschijnlijk een heel andere afstandsvervalfunctie naar voren komen, maar daarover zijn geen gegevens bekend).



Figuur 2-10 Percentage van OKZ-clënten in plattelandsgebieden, dat genoemde afstand niet meer acceptabel vindt (Peildatum voorjaar 2000. Bron: Aha)



Figuur 2-11 Aantal 0-4 jarigen in weinig- en niet- stedelijke postcodegebied als percentage van totaal aantal 0-4 jarigen, per werkgebied (Peildatum 1-1-1999. Bron: CBS)



Figuur 2-12 Modelmatige schatting van percentage 0-4 jarigen in plattenslandsgebieden, voor wie afstand tot cb niet acceptabel, per werkgebied (Peildatum 1-1-2000. Bron: CBS, Aha, gegevens bewerkt door RIVM)

Figuur 2-12 geeft een schatting weer van het percentage 0-4 jarigen op het platteland binnen ieder werkgebied, voor wie de afstand tot het dichtstbijzijnde cb te groot wordt gevonden. Landelijk gaat het om ongeveer 9% van de 0-4 jarigen in plattelandsgebieden. In absolute zin gaat het om iets meer dan 30.000 0-4 jarigen. Het percentage 0-4 jarigen in de plattelandsgebieden voor wie de afstand niet meer acceptabel gevonden wordt, is het laagst (5%) in de omgeving van Gorinchem. Eén uitzondering daargelaten is het percentage nergens hoger dan 14%. Het weergegeven percentage heeft alleen betrekking op de plattelandsbevolking in het betreffende gebied. De relatieve omvang van de plattelandsbevolking in ieder werkgebied staat weergegeven in Figuur 2-11.

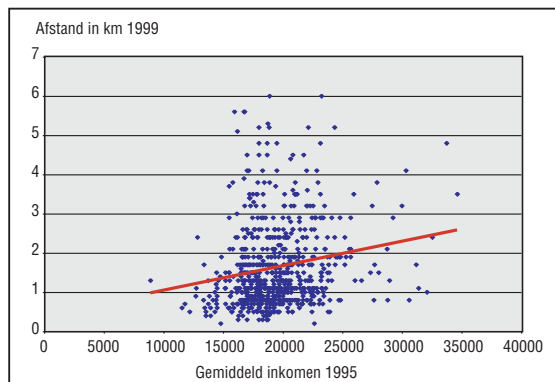
Figuur 2-12 is verkregen door het aantal kinderen in ieder postcodegebied binnen een werkgebied te combineren met de afstand van dat postcodegebied naar het dichtstbijzijnde cb, en met het percentage van de bevolking dat die afstand nog acceptabel vindt (zie Bijlage I).

2.2.3 Fysieke bereikbaarheid cb's in achterstandsgebieden in de grote steden

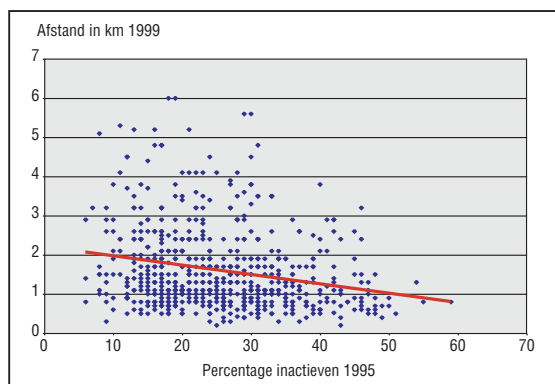
Sociaal-economische achterstand

Een belangrijke aanleiding voor dit onderzoek is de vrees dat de toegankelijkheid van de OKZ met name in sociaal-economisch zwakkere gebieden in de grote steden in gevaar is. De IGZ merkte in dit verband op dat er op grote schaal locaties worden afgestoten en dat niet kan worden uitgesloten dat dit ten koste gaat van de bereikbaarheid van het cb voor met name allochtone bevolkingsgroepen in de 'wat grotere plaatsen' (IGZ, 1999). In Figuur 2-13 tot en met Figuur 2-15 is daarom het verband tussen de afstand tot de dichtstbijzijnde cb-locatie en een aantal sociaal-economische factoren in beeld gebracht. Iedere punt in deze figuren vertegenwoordigt een 4-posities postcodegebied in een van de gemeenten met meer dan 100.000 inwoners. De afstand tot de dichtstbijzijnde cb-locatie is in verband gebracht met respectievelijk het gemiddeld inkomen in een postcodegebied, het percentage niet-werkenden, en het percentage allochtonen. Deze gebiedskenmerken kunnen worden beschouwd als indicatoren voor sociaal-economische achterstand van postcodegebieden (Verheij et al., 1998; Van der Velden et al., 1997).

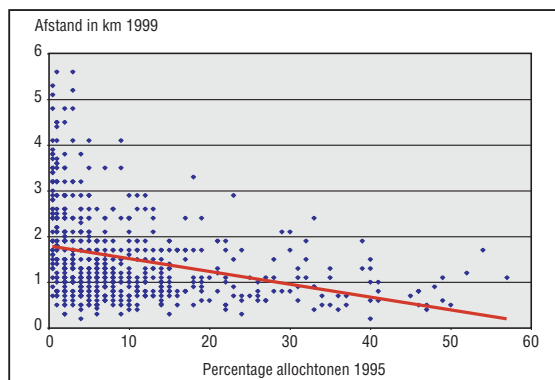
Fysieke bereikbaarheid in stedelijke achterstandsgebieden eerder beter dan slechter
 Figuur 2-13 tot en met Figuur 2-15 tonen dat de fysieke bereikbaarheid in achterstandsgebieden binnen de grote steden niet veel verschilt met die in meer welvarende gebieden binnen de steden. Er lijkt zelfs sprake van een betere bereikbaarheid in de minder welvarende gebieden. Dit lijkt echter geen overbodige luxe. In onderzoek van KPMG (1999) wordt namelijk geconstateerd dat met name in de grote steden, en met name voor allochtonen een fijnmazig netwerk van cb's noodzakelijk is: "het 'territorium' van moeder en kind kan zich beperken tot één wijk. Wanneer een cb in een andere wijk ligt, kan 200 meter een onoverkomelijke afstand zijn." (p. 12).



Figuur 2-13
 Afstand tot cb-locatie en gemiddeld inkomen in postcodegebieden in gemeenten > 100.000 inwoners
 (Bron: RIVM, CBS, AND)



Figuur 2-14
 Afstand tot cb en percentage inactieven in postcodegebieden in gemeenten > 100.000 inwoners
 (Bron: RIVM, CBS, AND)



Figuur 2-15
 Afstand tot cb en percentage allochtonen in postcodegebieden in gemeenten > 100.000 inwoners
 (Bron: RIVM, CBS, AND)

2.3 Ruimtelijke verdeling personele inzet

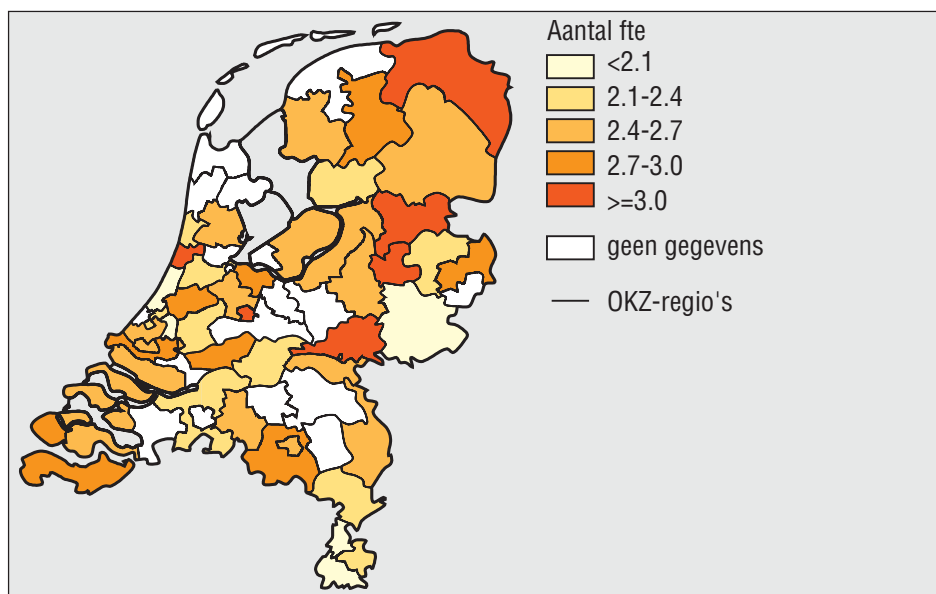
De tweede indicator voor regionale variaties in potentiële toegankelijkheid in dit onderzoek is de ruimtelijke verdeling van de personele inzet. De gegevens zijn afkomstig uit een enquête van het CVZ onder instellingen voor ouder- en kindzorg (zie Bijlage A). In Bijlage F is het voor 1999 begrote aantal fulltime equivalenten per werkgebied in absolute termen weergegeven. Gemiddeld werken er per instelling 32 fte in de OKZ. In de grootste instelling is dit 120, in de kleinste 9 fte (N=44).

Personele inzet in verhouding tot de geschatte behoefte aan OKZ

In Figuur 2-16 gaat het om de relatieve inzet van personeel, ten opzichte van de geschatte behoefte aan OKZ. Gemiddeld wordt 2,55 fte per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte ingezet. Dit varieert sterk tussen de instellingen (min. 1,68 fte, max. 3,46). In verhouding tot de geschatte zorgbehoefte wordt in Limburg weinig personeel ingezet. In Groningen wordt juist veel personeel ingezet.

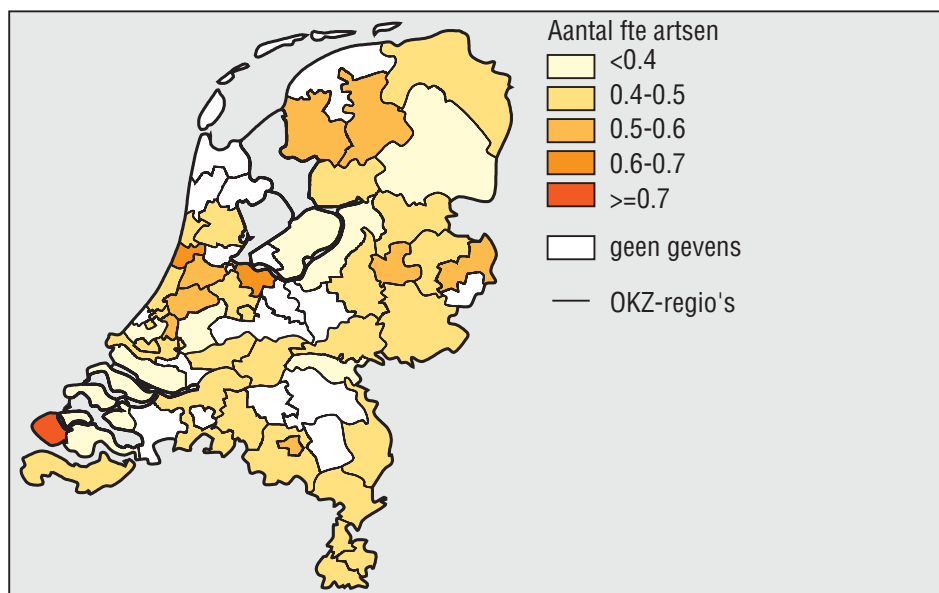
Gemiddeld over de instellingen bestaat 19% van de totale personele inzet voor OKZ uit artsen, 68% uit cb-verpleegkundigen en 13% uit cb-assistenten. Deze percentages variëren sterk tussen de instellingen. Het procentuele aandeel artsen binnen de totale personele inzet, varieert bijvoorbeeld van 13% tot 25%.

Gemiddeld wordt 0,47 fte cb-artsen per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte ingezet. Voor cb-verpleegkundigen en cb-assistenten is dit 1,73, respectievelijk 0,35 fte. Figuur 2-17, Figuur 2-18 en Figuur 2-19 laten de regionale verschillen zien per beroepsgroep.

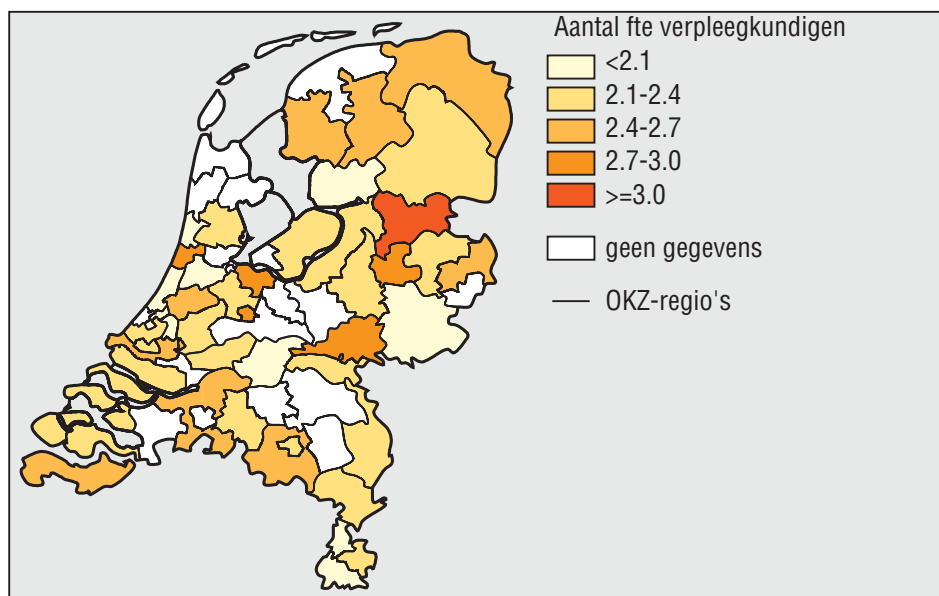


Figuur 2-16 Totaal aantal fte ingezet voor OKZ (begroot voor 1999) per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte (1999. Bron: CVZ, CBS)

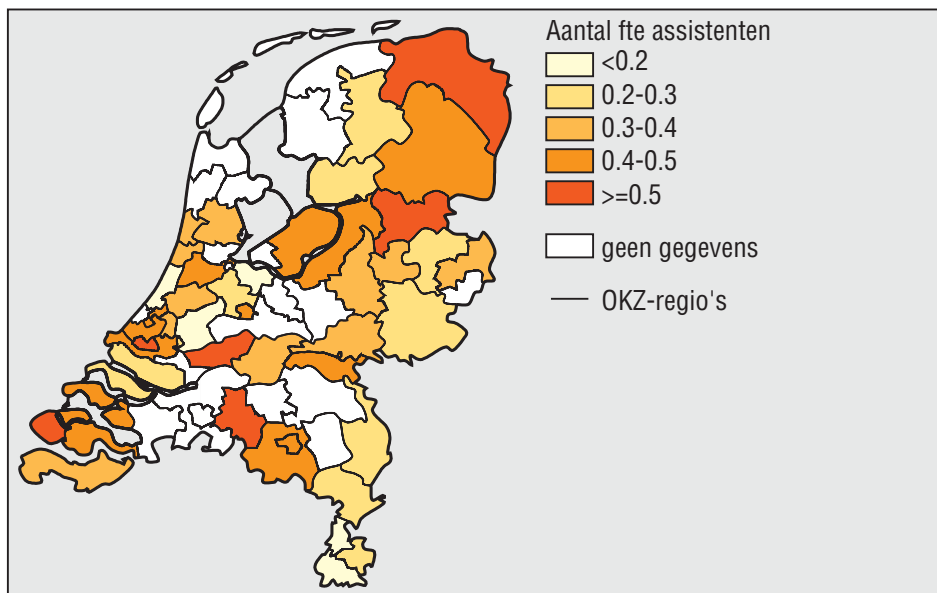
Veel van de variatie in het totaal aantal fte (Figuur 2-16) blijkt terug te voeren op variaties in het relatieve aantal ingezette assistenten. De relatieve aantallen artsen en verpleegkundigen zijn tamelijk constant over de regio's.



Figuur 2-17 Aantal fte cb-artsen (begroot voor 1999) per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte (1999. Bron: CVZ, CBS)



Figuur 2-18 Aantal fte cb-verpleegkundigen (begroot voor 1999) per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte (1999. Bron: CVZ, CBS)



Figuur 2-19 Aantal fte cb-assistenten (begroot voor 1999) per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte (1999. Bron: CVZ, CBS)

Men zou kunnen verwachten dat er substitutie plaats vindt tussen cb-artsen en cb-assistenten; dat instellingen met relatief veel verpleegkundigen relatief weinig artsen inzetten (en andersom). Dit blijkt niet het geval te zijn. Instellingen met relatief veel artsen zetten in het algemeen ook veel verpleegkundigen in (Pearson correlatie 0,35; $p < .05$; $N=43$).

2.4 Ruimtelijke verdeling budgetten

Tot en met 1996 was het budget voor OKZ verwerkt in het budget voor het kruiswerk. Sinds 1997 ontvangen instellingen echter een zogenaamd status aparte budget, een geormerkt budget binnen de AWBZ voor OKZ en voorlichting op het gebied van voeding en diëtetiek (VODI). Het macrobudget bedroeg in 1999 ruim 319,8 miljoen gulden en werd verdeeld over de instellingen op basis van de kenmerken van de werkgebieden in Tabel 2-1.

Het verdeelmodel is tot stand gekomen op basis van onderzoek van KPMG in opdracht van de LVT (KPMG, 1996). Het percentage ouderen en volwassenen is in het verdeelmodel opgenomen omdat ook VODI uit het status aparte budget moesten worden gefinancierd. Het aantal mensen in niet-stedelijke gebieden is in de systematiek opgenomen vanwege de geringere bevolkingsdichtheid in plattelandsgebieden en de noodzaak toch een netwerk van voorzieningen te onderhouden, met navenant grotere huisvestingskosten. Het percentage mensen met een laag inkomen is in de systematiek opgenomen omdat werd aangenomen dat het meer moeite kost deze groep te bereiken.

Tabel 2-1 Verdeelmodel voor het status aparte budget (exclusief intensiveringmiddelen) (COTG, 1996)

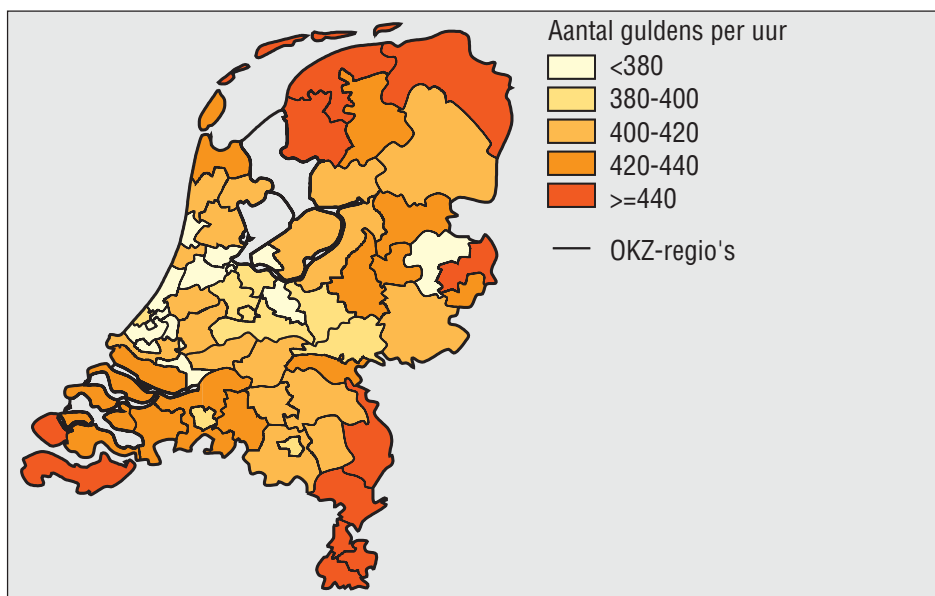
- 70% van het macrobudget wordt verdeeld op basis het aantal 0-4 jarigen (per 1-1-1995);
- 5% op basis van het aantal volwassenen van 20 jaar en ouder (per 1-1-1995);
- 5% op basis van het aantal ouderen (55 jaar en ouder) (per 1-1-1995);
- 10% op basis van het aantal inwoners in niet-stedelijke gebieden (per 1-1-1994);
- 10% op basis van het aantal inwoners met een gezinsinkomen in de 2e en 3e 10-procentklasse (1989).¹

¹ De mensen met de allerlaagste inkomens (de eerste 10-procentklasse) zijn met opzet buiten de verdeel-sleutel gelaten. Als reden wordt aangevoerd dat 'deze klasse voor een groot deel bestaat uit mensen die het zich kunnen permitteren weinig te verdienen, bijvoorbeeld omdat ze nog thuis wonen of samenwonen' (KPMG, 1996).

Het macrobudget voor de status aparte producten werd in 1999 aangevuld met zogenaamde intensiveringmiddelen ter grootte van fl. 3,3 miljoen gulden (COTG, 1999). De verdeling van de intensiveringsmiddelen vond plaats op basis van de groei van het aantal 0-4 jarigen in de periode 1 januari 1995 tot 1 januari 1998 in ieder werkgebied. Het totale bedrag (status aparte budgetten en intensiveringmiddelen tezamen) werd over de instellingen verdeeld zoals weergegeven in Bijlage G. In Figuur 2-20 zijn de instellingsbudgetten gerelateerd aan de geschatte behoefte aan OKZ in het werkgebied van iedere instelling.

Het budget voor één uur geschatte zorgbehoefte loopt tussen instellingen uiteen van fl. 339 tot fl. 497. Figuur 2-20 laat zien dat het noorden, Limburg en Zeeland een relatief hoog budget hebben. Er is in dit opzicht een opvallende overeenkomst met Figuur 2-1 (aantal 0-4 jarigen per 1.000 inwoners): de gebieden met een relatief hoog budget zijn dezelfde gebieden met een relatief laag aantal 0-4 jarigen. Dit is een gevolg van het feit dat de budgetten niet alleen gebaseerd zijn op het aantal 0-4 jarigen, maar ook op het aantal volwassenen, ouderen, het aantal inwoners in niet-stedelijke wijken, en sociaal-economische status (zie Tabel 2-1). Een deel van deze verschillen zal echter ook te wijten zijn aan het feit dat de instellingsbudgetten grotendeels zijn gebaseerd op relatief gedateerde bevolking- en sociaal-economische gegevens. Dit kan een rol spelen in de door veel instellingen ervaren budgettaire tekorten zoals die in het onderzoek van het CVZ werden gerapporteerd (Kroes & Van Egmond, 2000). Indien we het verdeelmodel zouden toepassen met gegevens uit 1999 (CBS, 2001b) dan zou dit voor sommige instellingen tot aanzienlijke verschuivingen in het toebedeelde budget (varierend van een daling van 10% tot een stijging van 17% ten opzichte van het huidige budget) (resultaten niet in kaart).

De vergelijking tussen budgetten en behoefte is echter op een aantal punten problematisch, waardoor conclusies over verschillen in potentiële toegankelijkheid moeilijk getrokken kunnen worden op basis van Figuur 2-20:



Figuur 2-20 Budget (status aparte budget tezamen met intensiveringmiddelen 1999) voor één uur geschatte zorgbehoefte OKZ, per werkgebied (1999. Bron: CTG, CBS, gegevens bewerkt door RIVM)

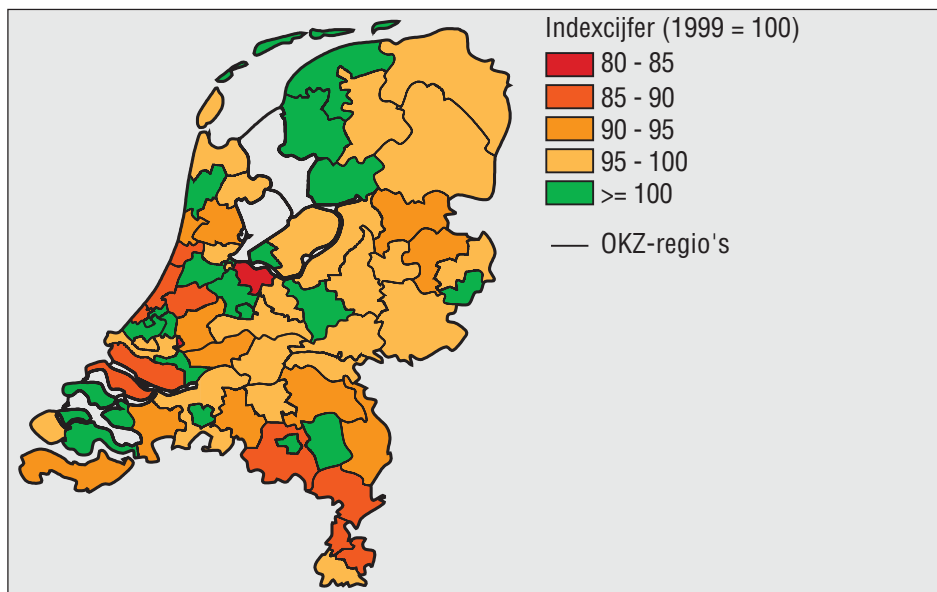
- Niet duidelijk is welke producten er uit het budget worden betaald. Er bestaan grote verschillen tussen instellingen in de aard en omvang van de producten die in het kader van de OKZ worden aangeboden. Harpe et al. (2000) constateerden dat 'er geen duidelijkheid is over wat nu precies OKZ producten zijn' en dat er in dit opzicht grote verschillen tussen instellingen bestaan. Ook kunnen instellingen in een aantal gevallen niet aangeven welk deel van het status aparte budget wordt uitgegeven aan de andere status aparte producten, namelijk voedingsvoorziening en diëtetiek (Kroes & Van Egmond, 2000).
- Bij een aantal instellingen vindt budgetoverheveling plaats, hetzij van thuiszorg naar OKZ, hetzij andersom. Verder komen bij sommige instellingen de overheadkosten OKZ voor rekening van de thuiszorg, terwijl deze bij andere instellingen binnen het status aparte budget verrekend worden (Harpe et al., 2000).
- Een relatief laag budget betekent nog niet dat de betreffende instelling te weinig zorg of zorg van slechte kwaliteit levert. Instellingen verschillen immers in efficiëntie. Met een zelfde budget is de ene instelling in staat meer zorg te leveren dan een andere.

3 TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

In dit hoofdstuk kijken we naar een drietal ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op regionale verschillen in de toegankelijkheid van ouder- en kindzorg in de toekomst. Daarbij komt eerst de geschatte ontwikkeling in de behoefte aan ouder- en kindzorg aan bod (paragraaf 3.1). Vervolgens kijken we naar twee beleidsmaatregelen die in de nabije toekomst hun beslag zullen krijgen en die van invloed kunnen zijn op de toegankelijkheid van OKZ. Het gaat daarbij ten eerste om de tendens bij veel instellingen om het aantal cb-locaties te beperken. In verband met deze tendens wordt een instrument gepresenteerd met behulp waarvan het aantal locaties op een gecontroleerde manier kan worden teruggebracht (paragraaf 3.2). Ten tweede wordt ingegaan op één aspect van de voorgenomen integratie van ouder- en kindzorg met de zorg voor 4-19 jarigen, namelijk de aansluiting tussen GGD regio's en verzorgingsgebieden van instellingen voor OKZ (paragraaf 3.3).

3.1 Ontwikkelingen in de behoefte aan OKZ

Voor het beleid van de instellingen voor OKZ is het van belang te weten of de behoefte in het werkgebied zal toenemen of afnemen. Figuur 3-1 toont de vraag in 2005 in verhouding tot die in 1999. Voor deze kaart is weer gebruik gemaakt van leeftijdspecifieke gegevens over het gebruik van zorg (Burgmeijer & Rijcken, 1999), gecombineerd met Primos-bevolkingsprognoses (ABF, 2000) (zie Bijlage D). Deze prognoses worden ook door het CBS gebruikt.



Figuur 3-1 Verandering van de geschatte zorgbehoefte in 2005 ten opzichte van 1999, per werkgebied (indexcijfer, 1999=100. Bron: ABF. Gegevens bewerkt door RIVM)

Uitgaande van de leeftijdspecifieke bevolkingsprognoses, zal de behoefte aan OKZ in 2005 gemiddeld 2% kleiner zijn dan in 1999. In 2010 zal de behoefte naar schatting 8% lager zijn dan in 1999, vooral onder invloed van een dalend aantal geboorten (Poos MJJC, 2001).

Er zijn 18 instellingen waar de vraag in de periode 1999-2005 zal stijgen. In 9 daarvan zal de stijging kleiner zijn dan 5%; in 6 daarvan zal de stijging 5 à 10% bedragen, en in drie instellingen zal de behoefte aan OKZ stijgen met meer dan 12 %. De daling van de behoefte zet na 2005 waarschijnlijk door. Daardoor zijn er in 2010 nog maar 10 instellingen waar de behoefte gegroeid is ten opzichte van 1999. In deze schattingen zijn andere demografische en sociaal-economische ontwikkelingen niet meegenomen en ook eventuele veranderingen in het takenpakket OKZ zijn niet verdisconteerd.

Overigens is met name het voorspellen van het aantal geboorten een lastige aangelegenheid. Zo was de mini-geboortegolf die aan het eind van de jaren negentig plaatsvond niet in de CBS/Primos-ramingen voorzien. Verder is het zo dat binnen de periode tot 2005/2010 schommelingen kunnen voorkomen in het aantal 0-4 jarigen. De schattingen van de behoefte moeten daarom met de nodige voorzichtigheid worden bekeken.

3.2 Afstoten cb-locaties in plattelandsgebieden

Veel instellingen, met name op het platteland, overwegen om het aantal locaties te beperken, teneinde de huisvestingskosten terug te dringen. De huisvestingskosten bedragen gemiddeld 17% van de totale exploitatiekosten van de OKZ (Kroes & Van Egmond, 2000). Bij het overgrote deel van de instellingen zijn sinds 1996 cb-locaties gesloten (Harpe et al., 2000). Het is belangrijk om een reductie van het aantal locaties niet (te veel) ten koste te laten gaan van de fysieke bereikbaarheid van het cb.

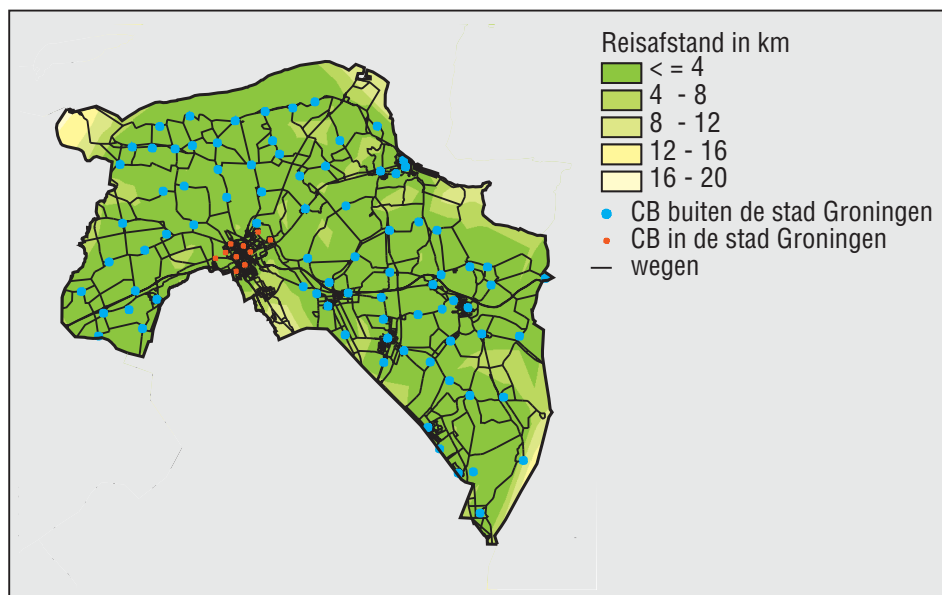
Eén van de instellingen met een relatief groot aantal locaties is Thuiszorg Groningen. In overleg met Thuiszorg Groningen heeft het RIVM een methode ontwikkeld om op een gecontroleerde en verantwoorde manier het aantal locaties te beperken.

Deze methode hebben we *losing locations* genoemd. Op 1-1-2000 waren er 87 locaties (exclusief die in Groningen Stad), met in totaal 24.315 0-4 jarigen in het werkgebied (zie Figuur 3-2). De directie van Thuiszorg Groningen wilde dit terugbrengen tot ongeveer 40 locaties. Overigens zou Thuiszorg Groningen dan op ongeveer 20 cb's per 10.000 kinderen komen, hetgeen ongeveer gelijk is aan het gemiddelde over alle instellingen in Nederland.

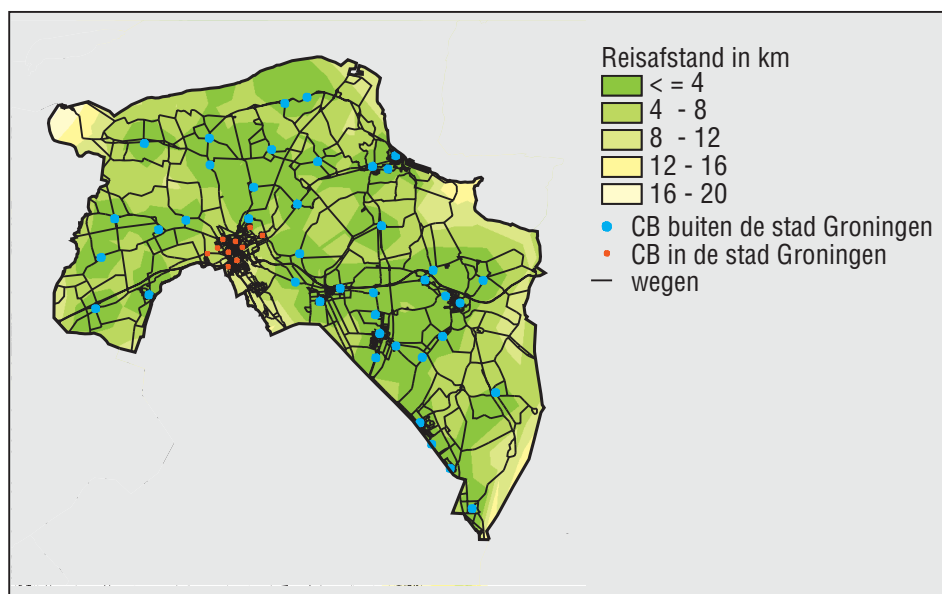
De *losing locations* procedure begint als volgt. Uitgaande van het huidige aantal cb-locaties wordt voor ieder postcodegebied bepaald welke cb-locatie het dichtst bij is. De postcodegebieden die zo tot eenzelfde cb worden toegewezen vormen samen het verzorgingsgebied van een cb.

De 0-4 jarigen in zo'n verzorgingsgebied vormen samen de adherente kinderen van een cb-locatie. Na deze eerste stap, worden één voor één locaties afgestoten, te beginnen met

de locatie met het geringste aantal adherente kinderen. Vervolgens worden de verzorgingsgebieden en aantallen adherente kinderen voor alle overgebleven locaties opnieuw berekend en begint de procedure van voor af aan.



Figuur 3-2 Cb-locaties in provincie Groningen en afstand over de weg tot dichtstbijzijnde cb-locatie, met 87 cb-locaties, exclusief Groningen stad (Situatie december 1999. Bron: Thuiszorg Groningen, AND, gegevens bewerkt door RIVM)



Figuur 3-3 Afstand tot dichtstbijzijnde cb-locatie in provincie Groningen, na (hypothetische) reductie van het aantal locaties tot 41 via losing locations procedure, exclusief Groningen stad (Bron: Thuiszorg Groningen, AND, gegevens bewerkt door RIVM)

De 41 locaties die na de losing locations-procedure uiteindelijk overblijven zijn in Figuur 3-3 weergegeven. Het gedeelte van het werkgebied dat het cb nog binnen 4 km kan bereiken is aanzienlijk geslonken, maar vrijwel alle plaatsen in Groningen kunnen het cb nog wel binnen 8 km bereiken.

Nadat het aantal locaties teruggebracht is, is berekend voor hoeveel 0-4 jarigen op het platteland de afstand nog acceptabel gevonden wordt (door de ouders). Dit is gebeurd op basis van de eerder gebruikte afstandsvervalfunctie (Aha, 2000). Bij de uiteindelijk resulterende 41 locaties, vinden de ouders van 19.906 van de 24.315 kinderen (82%) de afstand nog acceptabel. Ter vergelijking: in paragraaf 2.2.2 vonden we dat, gemiddeld over alle plattelandsgebieden in Nederland, 91% van de ouders de afstand acceptabel vindt.

Overigens is het huisvestingsbeleid van Thuiszorg Groningen nog niet geheel uitgekristalliseerd. De hierboven geschetste *losing locations* procedure houdt namelijk geen rekening met verschillen in de kwaliteit van de verschillende locaties. En dit is een factor die natuurlijk wel moet worden meegewogen bij de beslissing om een locatie op te heffen danwel te handhaven.

3.3 Aansluiting tussen werkgebieden van GGD'en en OKZ-instellingen

Binnen enkele jaren zal de huidige OKZ (voor 0-4 jarigen) worden geïntegreerd met de jeugdgezondheidszorg (JGZ 4-19 jarigen), aldus een recente beleidsbrief van staatssecretaris Vliegenthart (Vliegenthart, 2000). Er komt een landelijk geldend basistakenpakket JGZ 0-19 jarigen. Het basistakenpakket wordt verankerd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). Binnen het basistakenpakket wordt onderscheid gemaakt tussen een uniform deel en een maatwerk-deel. Het uniforme deel wordt onafhankelijk van lokale omstandigheden aangeboden. De invulling van het maatwerk-deel zal wel afhankelijk zijn van lokale omstandigheden.

Met uitzondering van het Rijksvaccinatieprogramma zal de zorg niet meer worden gefinancierd uit de AWBZ, maar via geoormerkte bijdragen aan het gemeentefonds. De regie voor de zorg voor 0-19 jarigen komt in handen van gemeenten. Zij zullen “verantwoordelijk zijn voor de realisering van het basistakenpakket en zij zullen daarbij een regierol vervullen die elementen bevat van afstemming en sturing” (Vliegenthart, 2000). Gemeenten kunnen opdracht verlenen aan aanbieders om het basistakenpakket uit te voeren. Of dit wordt overgelaten aan GGD'en danwel de thuiszorgorganisaties of een combinatie van dezen, zal op lokaal niveau moeten worden bepaald.

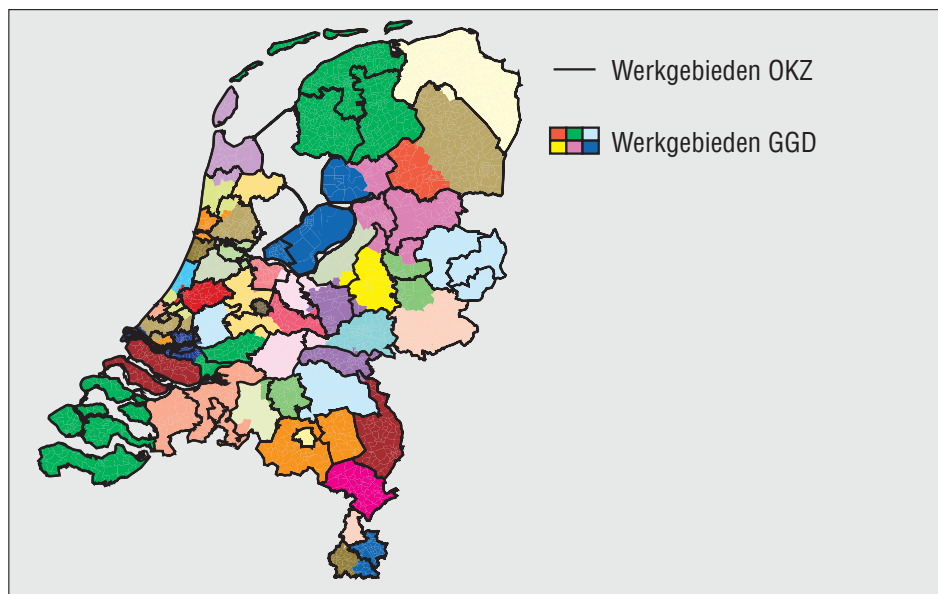
Het samengaan van OKZ met de jeugdgezondheidszorg zal grote organisatorische veranderingen met zich meebrengen. Eén van de mogelijke knelpunten bij deze veranderingen kan zijn de afstemming van de geografische eenheden waarbinnen de zorg wordt georganiseerd (werkgebieden). De mate waarin dit problemen met zich mee zal brengen is mede afhankelijk van de overlap tussen de 50 GGD-regio's en de 61 OKZ-regio's die in het onderhavige onderzoek onderscheiden worden (peiljaar 1999).

Figuur 3-4 geeft een indruk van de overlap tussen de GGD-regio's en OKZ-regio's. Daarbij is uitgegaan van de situatie eind 1999. Het is niet uitgesloten dat de situatie op het moment van verschijnen van dit rapport veranderd is. De laatste jaren is er een fusietendens onder zowel thuiszorginstellingen als GGD'en. Over het algemeen komen de gebiedsindelingen redelijk met elkaar overeen. Er zijn 35 OKZ-regio's waarbinnen meer dan één GGD werkzaam is (Tabel 3-1). De versnippering lijkt daarmee echter groter dan hij in werkelijkheid is. Bij veel van deze OKZ-regio's is namelijk sprake van één dominante GGD, met daarnaast een aantal GGD'en die slechts een paar postcodegebieden bedienen. Binnen het werkgebied van de OKZ-instelling Icare bijvoorbeeld, zijn negen verschillende GGD'en werkzaam. Bij twee van die GGD'en bevindt zich echter slechts één postcodegebied in het werkgebied van Icare. Dit betekent dat met relatief kleine wijzigingen in de gebiedsgrenzen de overlap tussen beide regio's aanzienlijk kan worden vergroot. Hiermee is overigens niet gezegd dat dit in bestuurlijke zin een gemakkelijke operatie zal zijn.

Soortgelijke conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van het aantal OKZ-regio's per GGD-regio. Tabel 3-2 laat zien dat er 33 GGD-regio's zijn waarin meer dan één OKZ instelling werkzaam is. Ook hier kunnen relatief kleine wijzigingen in de gebiedsgrenzen de overlap aanzienlijk vergroten.

Naast de overlap tussen GGD-regio's en OKZ-regio's kan ook de geografische overlap tussen gemeentegrenzen en OKZ werkgebieden een knelpunt zijn.

Er zijn 31 gemeenten in Nederland waar meer dan één thuiszorgorganisatie werkzaam is (zie ook de Bijlage B). Ook binnen die gemeenten gaat het vaak slechts om een zeer klein deelgebied.



Figuur 3-4 Overlap tussen werkgebieden OKZ en werkgebieden GGD'en (Peildatum 1-1-2000.
Bron: GG&GD Amsterdam, bewerking RIVM)

Tabel 3-1 Aantal verschillende GGD'en binnen de werkgebieden van de 61 OKZ-instellingen die in dit onderzoek worden onderscheiden (Peildatum 1-1-2000. Bron: GG&GD Amsterdam, bewerking RIVM)

nr.	okz-instelling	aantal verschillende GGD'en in werkgebied	nr.	okz-instelling	aantal verschillende GGD'en in werkgebied
515	Icare	9	507	Thuiszorg Noord West Twente	2
532	Thuiszorg Zaanstreek/Waterland	5	542	Stichting Maatzorg	2
568	Groene Kruis Noord-Limburg	4	541	Thuiszorg Zoetermeer/De ZorgRing	2
517	Zorggroep Oost-Gelderland	4	566	Thuiszorg Walcheren	1
536	De Vierstroom	3	513	Zorggroep Almere	1
510	Thuiszorg Salland	3	567	Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen	1
516	Thuiszorg Oost-Veluwe	3	502	Thuiszorg Het Friese Land	1
518	Thuiszorg Midden-Gelderland	3	520	Thuiszorg Zuid-Gelderland	1
521	Thuiszorg Eemland	3	506	Thuiszorg Enschede-Haaksbergen	1
522	Weidesticht	3	527	Thuiszorg Kop van Noord-Holland	1
526	Thuiszorg Gooi en Vechtstreek	3	504	Thuiszorg Zuidwest Friesland	1
534	Thuiszorg Amstelland & Meerlanden e.o	3	554	Thuiszorg Eindhoven	1
538	Stichting Rijn-, Duin- en Bollenstreek	3	551	Thuiszorg Kempenstreek	1
540	Opmaat	3	547	Regionaal Kruiswerk Mark en Maas	1
548	Thuiszorg Midden-Brabant	3	546	Thuiszorg West-Brabant	1
558	Groene Kruis Heuvelland	3	545	Zorg en Welzijn Groep	1
509	Thuiszorg Zuidwest Overijssel	2	552	Kruiswerk Peelland (De Zorgboog)	1
557	Thuiszorg Oostelijk Zuid-Limburg	2	539	De Capelse Kruisvereniging	1
524	Vitras	2	525	Thuiszorg Stad (Utrecht)	1
519	Thuiszorg & Mawe "Rivierenland"	2	537	Thuiszorg Groot Rijnland	1
559	Thuiszorg Rotterdam	2	535	Thuiszorg Den Haag	1
528	Regionale Thuiszorg (Alkmaar)	2	424	GG&GD Amsterdam/ Thuiszorg Amsterdam	1
560	Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land	2	533	Kennemer Thuiszorg	1
561	Oosterschelde Thuiszorg	2	555	Thuiszorg Midden-Limburg	1
514	Kruiswerk West Veluwe	2	530	Thuiszorg IJmond	1
569	Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord	2	529	Kruiswerk West-Friesland	1
508	Thuiszorg Centraal Twente	2	550	Thuiszorg Brabant Noord-Oost	1
543	Rivas Thuiszorg en Dienstverlening	2	556	Thuiszorg Westelijke Mijnstreek	1
549	Thuiszorg regio 's-Hertogenbosch	2	553	Kruiswerk Gezinszorg Breda e.o.	1
501	Thuiszorg Groningen	2			
503	Thuiszorg de Friese Wouden	2			
544	Zorggroep Horst en Vlietstreek	2			

Tabel 3-2 Aantal verschillende OKZ-instellingen (zoals onderscheiden in dit onderzoek) werkzaam binnen de werkgebieden van GGD'en (Peildatum 1-1-2000. Bron: GG&GD Amsterdam, bewerking RIVM)

GGD nr	GGD naam	aantal verschillende OKZ instellingen in werkgebied	GGD nr	GGD naam	aantal verschillende OKZ instellingen in werkgebied
46	GGD Rotterdam e.o.	5	9	DGD Zuid-Oost Drenthe	1
10	GGD Regio IJssel-Vecht	5	57	GGD Eindhoven	1
11	GGD Regio Twente	5	55	GGD Brabant Noordoost	1
44	GGD Delfland	4	16	GGD Noordwest Veluwe	1
25	GGD West-Utrecht	4	18	GGD Regio Achterhoek	1
14	GGD Regio Stedendriehoek	4	32	GGD Zaanstreek-Waterland	1
15	GGD West-Veluwe/Vallei	4	53	GGD Midden Brabant	1
52	GGD West-Brabant	4	63	GGD Westelijke Mijnstreek	1
50	GGD Zeeland	3	47	GGD Nieuwe Waterweg Noord	1
41	GGD West-Holland	3	24	GG en GD Utrecht	1
23	GGD Eemland	3	45	GGD Midden Holland	1
21	GGD Regio Nijmegen	3	39	GG en GD 's-Gravenhage	1
34	GG en GD Amsterdam	3	38	GGD Duin- en Bollenstreek	1
4	GGD Fryslân	3	30	GGD Midden-Kennemerland	1
1	GGD Groningen	3	19	Dienst Welzijn en Volksgezondh. Arnhem	1
22	GGD Flevoland	3			
31	GGD Zuid-Kennemerland	2			
20	GGD Rivierenland	2			
8	GGD Zuid-West Drenthe	2			
7	GGD Noord- en Midden-Drenthe	2			
26	GGD Zuid-Oost Utrecht	2			
27	GGD Kop van Noord-Holland	2			
28	GGD West-Friesland	2			
29	GGD Noord-Kennemerland	2			
49	GGD Zuid-Hollandse Eilanden	2			
35	GGD Amstelland - De Meerlanden	2			
62	DGD Zuidelijk Zuid-Limburg	2			
61	GGD Oostelijk Zuid-Limburg	2			
36	GGD Gooi en Vechtstreek	2			
37	GGD Zuid-Holland Noord	2			
56	GGD Zuidoost Brabant	2			
48	GGD Zuid-Holland Zuid	2			
54	Stadsgewest 's-Hertogenbosch	2			
60	GGD Midden-Limburg	1			
59	GGD Noord-Limburg	1			

4 CONCLUSIES, AANKNOPINGSPUNTEN VOOR BELEID EN ONDERZOEK

4.1 Inleiding

Aanleiding voor dit onderzoek was de bezorgdheid omtrent regionale verschillen in de toegankelijkheid van ouder- en kindzorg (IGZ, 2000; 1999; Burgmeijer & Rijcken, 1999; Burgmeijer et al., 1997). In dit onderzoek is gekeken naar een drietal indicatoren voor de zogenaamde potentiële toegankelijkheid.

Zoals uitgelegd in hoofdstuk 1, is onderzoek naar regionale verschillen in de feitelijke toegankelijkheid op dit moment niet mogelijk wegens het ontbreken van geschikte gegevensbronnen. De volgende indicatoren voor potentiële toegankelijkheid zijn aan bod gekomen;

- de *fysiek-ruimtelijke spreiding van consultatiebureaus*, in verhouding tot de ruimtelijke spreiding van geschatte behoefte aan OKZ;
- de *ruimtelijke verdeling van personele inzet*, in verhouding tot de ruimtelijke spreiding van de geschatte behoefte aan OKZ;
- de *ruimtelijke verdeling van financiële middelen* (instellingsbudgetten), in verhouding tot de ruimtelijke spreiding van geschatte behoefte aan OKZ.

In paragraaf 4.2, 4.3 en 4.4 kijken we naar de implicaties van de uitkomsten op deze indicatoren voor potentiële toegankelijkheid. Zo mogelijk worden aanknopingspunten voor beleid en nader onderzoek aangegeven.

Tenslotte wordt in paragraaf 4.6 aandacht besteed aan de informatievoorziening binnen de OKZ in het algemeen. Immers, de beperkte informatievoorziening vormt de belangrijkste reden waarom het zo moeilijk is zicht te krijgen op de (feitelijke) toegankelijkheid van OKZ.

4.2 Fysieke bereikbaarheid

De belangrijkste aanleiding voor dit onderzoek was de bezorgdheid om het sluiten van cb-locaties en de gevolgen voor de fysieke bereikbaarheid. De fysieke bereikbaarheid is in dit onderzoek van verschillende kanten belicht. De vraag is nu wat we daar uit moeten concluderen. Is het nu goed of slecht dat 7% van de 0-4 jarigen meer dan 4 km moet overbruggen naar het dichtstbijzijnde cb? Is het nu goed of slecht dat naar schatting 9% van de plattelandsbevolking de afstand te groot vindt?

Zo'n vraag kan alleen in relatieve termen worden beantwoord: door vergelijking met (wettelijke) normen, door vergelijking tussen instellingen, of door vergelijking in de tijd. Hieronder gaan we daar op in.

1. *Vergelijking met normen*. Een landelijk geldende norm voor een minimale afstand tot het cb is er niet. Een vergelijking met de normen die instellingen zelf hanteren is lastig. De meeste instellingen hanteren namelijk het criterium 'redelijk inspannings-

niveau', hetgeen wil zeggen dat 'moeite en kosten overeen moeten komen met de bereikbaarheid van eerste levensbehoeften in een wijk, zoals winkels en scholen.' De instellingen die wel een criterium hanteren in termen van kilometers, geven gemiddeld 7 km als maximale afstand aan (Burgmeijer & Rijcken, 1999).

Onze analyses laten zien dat er in Nederland maar weinig gebieden zijn waar die norm wordt overschreden. In deze zin kunnen we dus concluderen dat het goed gesteld is met de bereikbaarheid. Aan de andere kant moeten we constateren dat een norm van 7 km wellicht wat ruim is: uit het onderzoek op het Groningse platteland (Aha, 2000) kwam naar voren dat ongeveer 40% van de ouders 7 km een te grote afstand vindt.

2. *Vergelijking tussen instellingen.* Vergelijking tussen (werkgebieden van) instellingen laat een grote variatie zien in de fysieke bereikbaarheid van cb's. In stedelijke gebieden is de bereikbaarheid groter dan in landelijke gebieden. Dit is op zich echter geen probleem; een geringer voorzieningenniveau is nu eenmaal een wezenlijk kenmerk van het platteland. Of dit problematisch is, hebben we in beperkte mate kunnen bepalen voor dat deel van de bevolking dat op het platteland woont.

De ouders van 9% van het aantal kinderen op het platteland vinden de afstand (eigenlijk) onacceptabel. Eén uitzondering daargelaten is het percentage nergens hoger dan 14%. Overigens is niet bekend in hoeverre dit ook daadwerkelijk gevolgen heeft voor het cb-bezoek (regionale gegevens over feitelijk cb-bezoek ontbreken).

3. *Vergelijking tussen sociaal-economisch sterkere en zwakkere gebieden.* Een ander type vergelijking is die tussen sociaal-economisch sterkere en zwakkere gebieden. Deze vergelijking is van belang omdat uit onderzoek van de IGZ (1999) naar voren kwam dat de fysieke bereikbaarheid met name in de sociaal-economisch zwakkere gebieden een probleem zou kunnen zijn. Uit onze analyses blijkt dat de fysieke bereikbaarheid in de sociaal-economisch zwakkere gebieden eerder beter is dan slechter. Of de afstand voldoende kort is om geen belemmering te vormen voor cb-bezoek bijvoorbeeld bij allochtonen, is een vraag die onbeantwoord blijft.

4. *Vergelijking in de tijd.* Is de situatie thans beter of slechter dan vroeger? In onderzoek van TNO-PG (Burgmeijer & Rijcken, 1999) werden er in 1996 1.572 locaties geteld, waarbij er 9 instellingen geen gegevens aanleverden. In september 1998 telde het Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg (LCOKZ) nog 1.523 cb-locaties, waarbij alle instellingen gegevens leverden. In de meting die werd verricht voor het onderhavige onderzoek waren er nog 1.465.

Er is dus sprake van een dalende trend. Vanwege de verschillende aantallen niet-responderende organisaties en tussentijdse wijzigingen in de werkgebieden en fusies, was het binnen het kader van het onderhavige onderzoek niet mogelijk om precies na te gaan in welke gebieden die daling zich vooral heeft voorgedaan en wat de gevolgen zijn geweest voor de fysieke bereikbaarheid. In eventueel toekomstig onderzoek naar de fysieke bereikbaarheid zouden de mogelijkheden voor koppeling van verschillende databestanden verder moeten worden onderzocht, tezamen met een actualisatie van de RIVM inventarisatie van het aantal cb-locaties. In het licht van de tendens bij veel instellingen om locaties af te stoten, is het belangrijk de fysieke bereikbaarheid op de voet te volgen.

Een absoluut oordeel over de fysieke bereikbaarheid leveren deze vergelijkingen niet. Wel kunnen we concluderen dat de fysieke bereikbaarheid regionaal verschilt en dat er op landelijk niveau een daling van het aantal locaties is. Zonder inzicht in andere aspecten van de zorg en van de cb-locaties, zoals kwaliteit en kosten, valt niet uit te maken welke instellingen (=regio's) teveel cb-locaties hebben en welke te weinig. Onduidelijk is, kortom, hoe fysieke bereikbaarheid zich verhoudt tot doelmatigheid en kwaliteit (zie ook paragraaf 4.6).

Het bovenstaande betekent echter niet dat onderzoek naar de fysieke bereikbaarheid op zich geen zin heeft. Veel instellingen overwegen immers nog steeds om locaties te sluiten, zodat monitoring van de fysieke bereikbaarheid noodzakelijk is. In vervolgonderzoek naar de fysieke bereikbaarheid zouden ook openingstijden van de cb's betrokken moeten worden. Dat geldt tevens voor de telefonische bereikbaarheid, die veel instellingen zien als mogelijke compensatie voor het afstoten van locaties (Burgmeijer & Rijcken, 1999).

Met het oog op het afstoten van locaties zou overigens de door het RIVM ontwikkelde *losing locations* procedure (paragraaf 3.2) goede diensten kunnen bewijzen. In dit rapport is het instrument toegepast op de situatie in de provincie Groningen, maar het is ook voor andere instellingen toepasbaar en zou wellicht wat breder onder de aandacht van de instellingen kunnen worden gebracht.

4.3 Personele inzet

Gemiddeld over de instellingen, wordt er 2,55 fte per 1.000 uur geschatte zorgbehoefte ingezet. Het is onmogelijk hier een waardeoordeel over te vellen. Wel stellen we vast dat er grote verschillen zijn tussen instellingen in relatieve omvang van de in totaal voor OKZ ingezette menskracht. Deze verschillen zijn voor het grootste deel terug te voeren op variaties in de inzet van cb-assistenten. De inzet van cb-artsen en cb-verpleegkundigen vertoont minder variatie tussen de instellingen.

Het is niet duidelijk welke gevolgen de ruimtelijke variaties in personele inzet hebben voor de feitelijke toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Nader onderzoek op deze terreinen lijkt gewenst, met als doel te komen tot een beoordelingskader. We denken hierbij aan een benchmarkanalyse, vergelijkbaar met die in de thuiszorg (PWC & Berenschot, 1999) en de ambulancezorg (Van der Veen et al., 2001).

4.4 De verdeling van budgetten

De huidige verdeling van financiële middelen is gebaseerd op het aantal 0-4 jarigen, het aantal volwassenen, het aantal ouderen, stedelijkheid, en sociaal-economische kenmerken in werkgebieden van instellingen (zie Tabel 2-1). In paragraaf 2.4 hebben we de in 1999 verstrekte instellingsbudgetten gelegd naast de geschatte behoefte in het

werkgebied van iedere instelling. Daaruit kwam naar voren dat sommige instellingen relatief meer geld krijgen dan andere. De vraag of dit terecht is of niet, kan echter om een aantal redenen niet goed worden beantwoord:

- *Niet duidelijk is welke producten er geleverd (moeten) worden.* Er is veel variatie in de wijze waarop de OKZ bij verschillende instellingen gestalte krijgt. Daarnaast is het voor een aantal instellingen ook niet duidelijk in welke mate ook voedingsadviezen en diëtetiek uit het budget worden betaald (Kroes & Van Egmond, 2000). In het onderzoek van Harpe et al. (2000) kon een aantal instellingen zelfs niet goed aangeven hoeveel kinderen er in zorg waren en hoeveel zorg die consumeren. Ook is bij veel instellingen niet bekend hoe groot de behoefte aan zorg is bij de kinderen die niet worden bereikt.
- *Niet duidelijk is wat die producten kosten.* We weten niet alleen niet precies wat er wordt geleverd (zie boven), maar ook de hoeveelheid geld die aan de status aparte producten wordt uitgegeven is bij een aantal instellingen niet duidelijk aan te geven.
- *Niet duidelijk is de relatie tussen de factoren die in de systematiek zijn opgenomen en het gewicht van die factoren enerzijds, en de feitelijke kosten anderzijds.* In de systematiek is rekening gehouden met het feit dat het bereiken van de doelgroep moeilijker is in sociaal-economische zwakkere gebieden (achterstandsgebieden). Deze gebieden krijgen extra middelen omdat wordt verondersteld dat het moeilijker is om typisch stedelijke bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld allochtonen) te bereiken. Ook plattelandsgebieden krijgen meer geld, om het instandhouden van een goede fysieke bereikbaarheid in dun bevolkte gebieden mogelijk te maken. De vraag of dit terecht is, kan niet worden beantwoord wegens onduidelijkheid over de vraag welke producten nu precies moeten worden geleverd, hoe vaak, aan hoeveel mensen, en hoeveel moeite het kost deze mensen te bereiken. Met name dit laatste aspect is van belang bij een voornamelijk preventieve zorgvoorziening als de OKZ.

Een deel van de discrepantie tussen de instellingsbudgetten en de geschatte zorgbehoefte in de werkgebieden is te wijten aan het feit dat de budgetsystematiek is gebaseerd op verouderde gegevens. De bevolkingsgegevens die in de systematiek worden gebruikt zijn minimaal 6 jaar oud. Het hoeft geen betoog dat de bevolkingssamenstelling in zo'n periode sterk kan veranderen en het verdient dus aanbeveling om gebruik te maken van recentere gegevens. Het gebruik van recentere gegevens zou in een aantal gevallen leiden tot een flinke verschuiving in de budgettoedeling (paragraaf 2.4).

Kortom, de huidige budgetsystematiek lijkt aan vervanging toe. Wellicht bieden de organisatorische veranderingen in de OKZ en de integratie van de zorg voor 0-19 jarigen (Vliegenthart, 2000) een goede gelegenheid de systematiek op de hierboven genoemde punten aan te passen. Dit rapport biedt in zekere zin een opstap tot een nieuwe financieringssystematiek voor het zogenaamde uniforme deel van het basistakenpakket. Dit uniforme deel heeft namelijk vooral betrekking op de zorg voor 0-4 jarigen, waarbij de inhoud wordt vastgelegd in standaarden en protocollen, en waarin vast ligt welke producten moeten worden geleverd, en tot op zekere hoogte ook hoe vaak, door wie en aan wie. Dat heeft tot gevolg dat het instellingsbudget voor het uniforme deel van het basistakenpakket kan worden berekend via een eenvoudige vermenigvuldiging van

prijzen per product met de omvang van de doelgroep in het werkgebied van iedere instelling, gewogen naar zorgbehoefte. De berekening van de zorgbehoefte in paragraaf 2.1 kan in dit verband worden beschouwd als een eerste aanzet.

4.5 Toekomstige ontwikkelingen

We hebben in hoofdstuk 3 aandacht besteed aan een aantal waarschijnlijke toekomstige ontwikkelingen: ontwikkelingen in de behoefte aan OKZ, de waarschijnlijke verdere afname van het aantal cb-locaties in Nederland, en de aansluiting tussen werkgebieden van GGD'en, OKZ-instellingen en gemeenten. Voor wat betreft de toekomstige ontwikkeling van de behoefte bleek dat over het algemeen moet worden rekening gehouden met een afname van de omvang van de doelgroep. Daarbij merken we op dat de schatting van de ontwikkeling in de behoefte aan OKZ sterk afhankelijk is van het aantal geboortes en dat juist dit aantal moeilijk van tevoren is in te schatten. Verder hebben we een instrument getoond dat behulpzaam kan zijn bij het monitoren van de gevolgen van het afstoten van cb-locaties binnen instellingen (*losing locations*). Tenslotte hebben we gezien dat de aansluiting van GGD-werkgebieden en werkgebieden van OKZ-instellingen met -in geografisch opzicht- relatief kleine ingrepen groter gemaakt kan worden, waarmee overigens niet is gezegd dat dit ook in bestuurlijk opzicht een gemakkelijke zaak is.

4.6 Aanbevelingen voor verbetering van de informatievoorziening in het algemeen

Dit is niet het eerste rapport waarin de toegankelijkheid van OKZ wordt behandeld (IGZ, 2000; 1999; Burgmeijer & Rijcken, 1999; Burgmeijer et al., 1997). Evenals in voorgaande rapporten moet de conclusie zijn dat we niet weten in hoeverre de *feitelijke* toegankelijkheid nu werkelijk in gevaar is. We weten niet in hoeverre mensen die zorg nodig hebben, die zorg ook daadwerkelijk krijgen. Dit hangt samen met de reeds eerder genoemde gebrekkige informatievoorziening in de OKZ, waarop we hieronder dieper ingaan.

Gebruiksregistratie

Sommige instellingen zijn niet in staat aan te geven hoeveel kinderen er het afgelopen jaar 'in zorg' zijn geweest. Ook weten veel instellingen niet aan te geven in hoeverre de kinderen die wegblijven van het cb, wel behoefte hebben aan zorg (Harpe et al., 2000). De aantallen kinderen 'in zorg' zijn in ieder geval niet vergelijkbaar tussen instellingen, omdat verschillende definities van de term 'in zorg' worden gehanteerd (Kroes & Van Egmond, 2000). Iedere instelling vult het OKZ-takenpakket namelijk anders in (Pijpers et al., 2000). Gefundeerde uitspraken over het bereik (aantal kinderen 'in zorg' in verhouding tot aantal kinderen in doelgroep), kwaliteit en doelmatigheid zijn daardoor niet goed mogelijk. Er lijkt behoefte aan een landelijk registratiesysteem waarin wordt vastgelegd wat er precies wordt geleverd, door welke professionals, aan hoeveel kinderen en

hoe vaak. Dit is niet alleen van belang om zicht te krijgen op het bereik, maar ook als basis voor een beter gefundeerde budgetsystematiek. De basis voor zo'n registratiesysteem zou gezocht kunnen worden in de provinciale entadministraties (PEA). Deze zijn gekoppeld aan de gemeentelijke basis-administratie (GBA). Een koppeling van PEA's en GBA met de instellingen voor OKZ, zou iedere instelling in staat stellen op ieder moment up-to-date inzicht te krijgen in de omvang van de doelgroep.

Meer inzicht in determinanten van feitelijke toegankelijkheid

Daarnaast is er behoefte aan meer detailinformatie over het gebruik van OKZ en de factoren die daar -op het individuele niveau- op van invloed zijn. Uit kwalitatief onderzoek van KPMG (1999) is voor een aantal 'probleemgroepen' bekend welke factoren er op het bezoek van het cb van invloed zijn. De omvang van deze effecten is echter niet duidelijk. Om deze te achterhalen is een meer kwantitatieve benadering nodig met grootschaliger vragenlijstonderzoek. Een dergelijke onderzoek zou zich overigens niet moeten beperken tot de 'probleemgroepen', want ook onder de 'gewone' bevolking bestaan verschillen in het gebruik van OKZ. Dergelijk onderzoek zou zicht geven op het totaal van factoren die invloed uitoefenen op het gebruik van OKZ, en daarmee op de toegankelijkheid van deze zorg. Het verdient in dit verband aanbeveling de bruikbaarheid van het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS nader te bekijken (CBS, 1997-2001).

In het POLS wordt gevraagd naar het gebruik van het consultatie-bureau, alsmede een groot aantal achtergrondkenmerken van de respondenten. Om een voldoende aantal respondenten te verkrijgen, zal een aantal jaargangen van het POLS met elkaar gecombineerd moeten worden. Op dit moment is het POLS niet geschikt voor onderzoek naar regionale verschillen in feitelijk gebruik, maar wellicht is door het samenvoegen van opeenvolgende jaargangen ook dat mogelijk.

Inzicht in de determinanten van gebruik van OKZ is verder nuttig voor een kwantitatieve onderbouwing van de budgetteringssystematiek. Hierboven is reeds geconstateerd dat de relatie tussen de huidige budgetsystematiek en de diensten die voor het budget geleverd moeten worden onduidelijk is. In een determinanten-onderzoek zou ook aandacht besteed kunnen worden aan de rol die afstand tot het consultatiebureau speelt bij het feitelijk gebruik van OKZ.

Kwaliteit en doelmatigheid

Hoewel in eerste instantie gericht op toegankelijkheid, raakt dit onderzoek op verschillende punten aan de onderwerpen doelmatigheid en kwaliteit. Verschillende bevindingen uit dit onderzoek doen vermoeden dat er grote verschillen zijn in kwaliteit en doelmatigheid van instellingen. Immers, met een zelfde budget, een zelfde aantal cb-locaties, een zelfde aantal geopende uren, en een zelfde inzet van personeel bedient de ene instelling een grotere populatie dan een andere.

Er lijkt daarmee behoefte aan een benchmarkonderzoek, waarin wordt nagegaan in hoeverre en bij welke instellingen doelmatigheidswinst te behalen is, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de kwaliteit van de dienstverlening.

VERWIJZINGEN

- ABF Research. Primos bevolkingsprognoses (databestand). Delft: ABF Research, 2000.
- Aha. Onderzoek huisvestingsplan Consultatiebureau Thuiszorg Groningen. Groningen: Aha! Marktonderzoek en marketingadvies, 2000.
- AND. Afstanden matrix 4-positie postcodegebieden Nederland (databestand). Rotterdam: AND Products BV, 1999.
- Bohte W, Ritsema Van Eck J, De Jong T, Floor H, Maartens R, Zwakhals L. Handleiding Flowmap. Utrecht: Faculteit Sociale Wetenschappen Universiteit Utrecht, 2000.
- Burgmeijer RJF, Rijcken JAMW. Verboden toegang? Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de ouder- en kindzorg in 1998. Leiden: TNO-PG, 1999.
- Burgmeijer R, Geenhuizen Y, Rileid Kok-Weimar T, De Jager A. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996. Leiden / Maarssen: TNO Preventie en Gezondheid en KPMG NV, 1997.
- CBS. Kerncijfers viercijferige postcodegebieden 1999 (databestand). Voorburg/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2001.
- CBS. Kerncijfers vierpositie postcodegebieden 1995 (databestand). Centraal Bureau voor de Statistiek, 1997.
- CBS. Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS). Voorburg/Heerlen: CBS, 1997-2001.
- CBS. Statline (www.cbs.nl). Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, Augustus 2001.
- COTG. Beleidsregel intensiveringsmiddelen instellingen voor ouder- en kindzorg en dieetadvisering 1999. Beleidsregel IV-416. Utrecht: COTG, 1999.
- COTG. Budgettering thuiszorg 1997. Richtlijn IV-276. Utrecht: COTG, 1996.
- Den Dulk CJ, Van de Stadt H, Vliegen JM. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. *Mndstat Bevolk* 1992; nr 7:14-22.
- GG&GD Amsterdam. Werkgebieden instellingen voor ouder- en kindzorg, GGDen en Provinciale Entadministraties, versie mei 2000. Amsterdam, GG&GD Amsterdam: 2000.
- Harpe M, IJzerman M, Scholten C. Ontwikkelingen in de ouder- en kindzorg 0-4 jaar. Leiden: Research voor Beleid, 2000.
- IGZ. Onderzoek naar de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg anno 2000. Deel I: beknopte rapportage. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000.
- IGZ. Toegang verboden? Onderzoek naar kwaliteit en beschikbaarheid van ouder- en kindzorg. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999.
- Joseph AE, Phillips DR. Accessibility and utilization. *Geographical perspectives on health care delivery*. New York: Harper & Row, 1984.
- Kosterman F. Zorg voor bereikbaarheid (afstudeerscriptie Universiteit Utrecht). 2000.
- KPMG. Het feitelijke gebruik van de JGZ voor 0-4 jarigen. Den Haag: KPMG Management Consulting, 1999.
- KPMG. Verdeelmodel status aparte producten. Maarssen: KPMG, 1996.
- Kroes ME, Van Egmond J. Uitkomsten onderzoek ouder- en kindzorg. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2000.
- Pijpers F, Hirasig R, Verloove-Vanhorick S. Verschillen tussen basistaken jeugdgezondheidszorg, zorgpakket ouder- en kindzorg en zorgen voor jeugd. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000.
- Poos MJJC. Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaal-kompas.nl>> Demografische en sociaal-economische kenmerken/Demografische kenmerken/Totale bevolking, 14 juni 2001.
- PWC, Berenschot. Benchmark onderzoek thuiszorg biedt aanknopingspunten voor instellingen en overheid. Utrecht: PriceWaterhouseCoopers, Berenschot, 1999.
- Smits J, Mol G, Westert G. Toegankelijkheid van zorg in Nederland. Deel I. Definitierapport (concept). CZO/RIVM, 2001.
- Van der Veen A, Zwakhals S, Hazelet-Crans B, Van Manen J. Niet zonder zorg. Een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- Van der Velden J, Rasch P, Reijneveld SA. Identificatie van achterstandsgebieden; een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 1997; 141(14):693-7.
- Verheij RA, Reijneveld SA, De Bakker DH. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden. Evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan de huisarts. Utrecht/Leiden: NIVEL/TNO Prevention and Health, 1998.
- Vliegenthart AM. Positionering Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer d.d. 13 november 2000.

BIJLAGEN: BRONNEN, METHODEN EN BEWERKINGEN

Bijlage A: Overzicht van gebruikte bronnen

De gegevens voor dit onderzoek zijn ontleend aan de volgende bronnen:

- Een inventarisatie van het RIVM van alle cb-locaties in Nederland. In de periode december 1999-januari 2000 zijn alle instellingen voor OKZ telefonisch benaderd met de vraag een lijst toe te sturen met daarop de adressen van alle cb-locaties in het werkgebied, inclusief de standplaatsen van mobiele cb's. Respons 100%.
- Een vragenlijst van het College voor Zorgverzekeringen onder alle instellingen voor ouder-en kindzorg (Kroes & Van Egmond, 2000). Respons: 49 van de 63 instellingen die in dat onderzoek werden onderscheiden. Deze vragenlijst is afgenomen op voorwaarde van anonimiteit van de instellingen. Alle responderende instellingen hebben er echter in toegestemd dat een beperkt aantal vragen voor het onderhavige onderzoek zou worden gebruikt.
- Een enquête onder 750 cb-klanten op het platteland van de provincie Groningen, uitgevoerd door onderzoeksbureau Aha (Aha, 2000) in opdracht van thuiszorg Groningen. Voor het onderhavige onderzoek is gebruik gemaakt van de antwoorden op de vraag welke afstand tot het cb men acceptabel vindt.
- Gegevens over de werkgebieden van instellingen voor OKZ door de GG&GD Amsterdam (GG&GD Amsterdam, 2000). Dit bestand wordt continu bijgehouden en bevat alle 4-positie postcodes van Nederland en de bijbehorende GGD'en en OKZ-instellingen.
- De status aparte budgetten en de zogenaamde intensiveringsmiddelen zoals over de instellingen verdeeld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor 1999 (zonder budgetoverhevelingen).

Dit rapport is dus grotendeels gebaseerd op secundaire analyses van bestaande bronnen. In de Bijlage B tot en met Bijlage J wordt beschreven op welke manier deze bronnen zijn gebruikt en welke bewerkingen er op zijn uitgevoerd.

Bijlage B: Bepalen werkgebieden van instellingen OKZ

Tijdens de voorbereidingen van het onderzoek bleek dat de GG&GD Amsterdam continu bijhoudt welke instellingen in welk 4-positie postcodegebied werkzaam is (GG&GD Amsterdam, 2000). Het doel van deze registratie is puur pragmatisch, namelijk het goed laten verlopen van de overdracht van dossiers bij verhuizingen. Gemeentelijke herindelingen en fusies van organisaties worden steeds in dit bestand verwerkt. In het onderhavige onderzoek wordt van dit gegevensbestand gebruik gemaakt (peildatum mei 2000).

Er waren op 1-1-2000 in totaal 63 instellingen. In dit onderzoek worden echter slechts 61 werkgebieden onderscheiden. In de regio Amsterdam zijn twee instellingen bijeengevoegd omdat het CTG bij de toedeling van budgetten binnen deze regio geen onder-

scheid maakt tussen de GG&GD en Thuiszorg. Datzelfde gebeurde in de omgeving van Zoetermeer, waar de werkgebieden van de Thuiszorg Zoetermeer en De ZorgRing zijn samengevoegd omdat dit onderscheid in de gegevens van de GG&GD Amsterdam niet gemaakt kon worden (regio 541). De nummering van de instellingen is overeenkomstig die bij het College voor Zorgverzekeringen wordt gehanteerd (Figuur B-1 en Bijlage C). Alle instellingen zijn werkzaam in aaneengesloten gebieden, met uitzondering van Icare (nr. 515, blauw in de kaart), dat geheel Drente en een deel van Overijssel en Flevoland als werkgebied heeft. De grenzen van de werkgebieden zijn over het algemeen ‘hard’. Dat wil zeggen dat cliënten woonachtig in één gebied, in normale gevallen geen gebruik maken van de diensten van een instelling in een ander werkgebied.



Figuur B-1 Werkgebieden van instellingen voor OKZ, 1999 (Bron GG&GD Amsterdam, gegevens bewerkt door RIVM)

**Bijlage C: Namen van de instellingen, aantal
cb-locaties, bevolking in werkgebied
en aantal 0-4 jarigen**

Tabel B-1 Instellingen voor OKZ zoals onderscheiden in dit onderzoek, aantallen cb-locaties, inwoners en aantallen 0-4 jarigen (Peildatum 1-1-1999. Bron: RIVM, CBS)

nr ^a	Naam instelling	aantal cb-locaties ^b	aantal inwoners 1-1-1999 ^c	aantal 0-4 jarigen in werkgebied ^c
424	GG&GD/Amsterdam Thuiszorg	36	725.951	34.871
501	Thuiszorg Groningen	96	541.546	24.353
502	Thuiszorg Het Friese Land	39	252.942	12.186
503	Thuiszorg de Friese Wouden	54	230.466	11.435
504	Thuiszorg Zuidwest Friesland	26	137.970	7.184
506	Thuiszorg Enschede-Haaksbergen	13	172.544	7.988
507	Thuiszorg Noord West Twente	19	227.898	11.978
508	Thuiszorg Centraal Twente	17	193.309	9.666
509	Thuiszorg Zuidwest Overijssel	20	134.145	6.823
510	Thuiszorg Salland	17	129.921	7.160
513	Zorggroep Almere	17	136.157	9.079
514	Kruiswerk West-Veluwe	18	218.070	11.874
515	Icare	101	932.449	47.412
516	Thuiszorg Oost-Veluwe	21	258.850	11.997
517	Zorggroep Oost-Gelderland	29	354.533	17.014
518	Thuiszorg Midden-Gelderland	36	437.668	21.690
519	Thuiszorg & Mawe “Rivierenland”	26	172.738	9.581
520	Thuiszorg Zuid-Gelderland	18	295.643	14.219
521	Thuiszorg Eemland	14	260.992	14.665
522	Weidesticht	18	153.158	8.604
524	Vitras	32	409.944	21.187
525	Thuiszorg Stad (Utrecht)	9	232.718	10.749
526	Thuiszorg Gooi en Vechtstreek	20	250.828	11.643
527	Thuiszorg Kop van Noord-Holland	10	137.818	6.521
528	Regionale Thuiszorg (Alkmaar)	26	247.925	12.270
529	Kruiswerk West-Friesland	20	186.598	9.782
530	Thuiszorg IJmond	7	171.588	8.658
532	Thuiszorg Zaanstreek/Waterland	33	310.789	16.012
533	Kennemer Thuiszorg	16	214.404	9.927
534	Thuiszorg Amstelland & Meerlanden e.o	20	274.192	14.264
535	Thuiszorg Den Haag	12	440.743	20.630
536	De Vierstroom	28	298.140	16.247
537	Thuiszorg Groot Rijnland	22	291.856	14.680

vervolg Tabel B-1

nr ^a	Naam instelling	aantal cb-locaties ^b	aantal inwoners 1-1-1999 ^c	aantal 0-4 jarigen in werkgebied ^c
538	Stichting Rijn-, Duin- en Bollenstreek	15	243.689	12.285
539	De Capelse Kruisvereniging	4	65.450	3.324
540	Opmaat	14	274.369	13.781
541	Thuiszorg Zoetermeer/De ZorgRing	7	146.992	7.599
542	Stichting Maatzorg	17	240.477	12.404
543	Rivas Thuiszorg en Dienstverlening	32	218.119	12.130
544	Zorggroep Horst en Vlietstreek	7	125.506	5.545
545	Zorg En Welzijn Groep	31	280.601	13.568
546	Thuiszorg West-Brabant	37	247.555	11.515
547	Regionaal Kruiswerk Mark en Maas	47	268.994	13.255
548	Stg. Thuiszorg Midden Brabant	29	399.672	19.485
549	Thuiszorg regio 's-Hertogenbosch	22	262.025	12.984
550	Thuiszorg Brabant Noord-Oost	30	322.765	17.482
551	Thuiszorg Kempenstreek	20	300.436	15.089
552	Regionale Kruis-verenigingen Peelland	21	204.249	10.657
553	Kruiswerk Gezinszorg Breda e.o.	10	132.136	6.271
554	Thuiszorg Eindhoven	9	199.877	8.708
555	Thuiszorg Midden-Limburg	21	218.412	9.897
556	Thuiszorg Westelijke Mijnstreek	7	168.511	7.561
557	Thuiszorg Oostelijk Zuid-Limburg	14	268.846	10.456
558	Groene Kruis Heuvelland	16	211.816	8.310
559	Thuiszorg Rotterdam	29	595.847	27.925
560	Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land	22	98.403	5.707
561	Oosterschelde Thuiszorg	37	152.406	7.982
566	Thuiszorg Walcheren	12	111.107	5.084
567	Thuiszorg Zeeuws-Vlaanderen	22	107.058	4.777
568	Groene Kruis Noord-Limburg	26	271.717	13.193
569	Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord	9	188.695	8.853

^a nummering zoals gehanteerd door CVZ (december 1999)

^b volgens opgave van de instellingen zelf, peildatum januari 2000.

^c voor de toedeling van het aantal inwoners aan gebieden zie Bijlage B en Bijlage H.

Bijlage D: Geschatte behoefte aan OKZ

De regionale spreiding van de behoefte aan OKZ is niet bekend. Er is daarom een modelmatige schatting gemaakt op basis van gebruikscijfers per leeftijdscategorie. Deze cijfers zijn afkomstig uit onderzoek van TNO-PG uit 1997 (Burgmeijer & Rijken, 1999). Hieraan is de voorkeur gegeven boven gegevens van het CBS, omdat het TNO-PG-onderzoek zowel gegevens bevat over het aantal consulten, als over het aantal minuten per consult (zie onderstaande tabel). De gegevens van het CBS betreffen alleen het aantal consulten.

Tabel B-2: Aantal consulten en consulttijden per jaar per leeftijdscategorie per kind, 1997 (Bron: TNO-PG)

		Zuigeling (0 jarige)	Peuter (1 en 2 jarigen)	Peuter (3 jarige)
cb-arts	gemiddeld aantal consulten consulten per kind per jaar	4	1	2
	gemiddeld aantal minuten per consult	14,87	17,09	17,09
cb-verpleeg- kundige	gemiddeld aantal consulten consulten per kind per jaar	4	1	1
	gemiddeld aantal minuten per consult	15,81	16,97	16,97

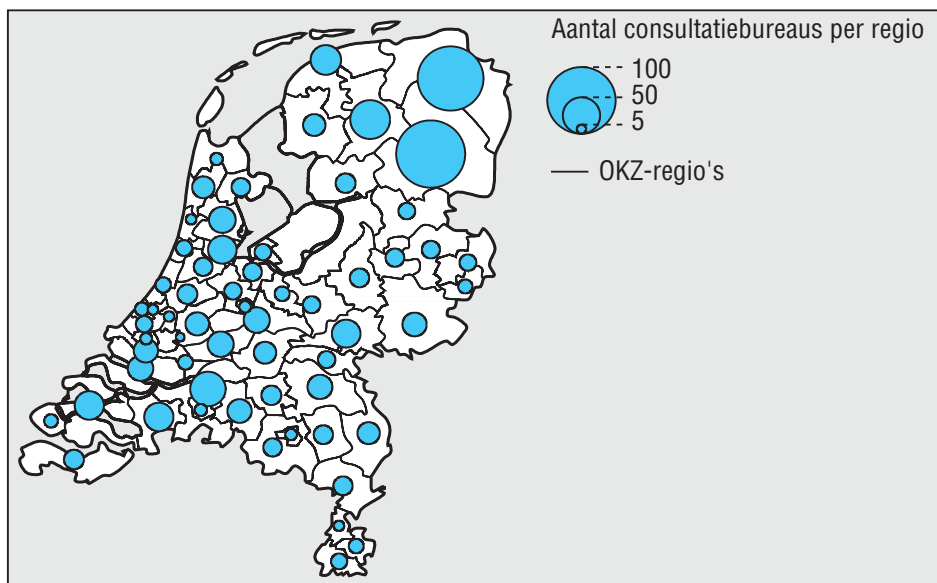
De consulttijden en aantallen consulten zijn vermenigvuldigd met het aantal kinderen in iedere leeftijdscategorie in iedere gemeenten in Nederland in 1999 (CBS, 2001b). Aldus werd de totale behoefte aan OKZ in iedere gemeente en bij iedere instelling gemeten.

Nemen we de 0-jarigen als voorbeeld, dan gaan we er dus vanuit dat iedere 0-jarige in iedere regio 4 consulten per jaar heeft bij een cb-arts, en dat die consulten gemiddeld 15 minuten duren, en dat de 0-jarige daarnaast nog 4 consulten bij een cb-verpleegkundige heeft, die gemiddeld 16 minuten duren.

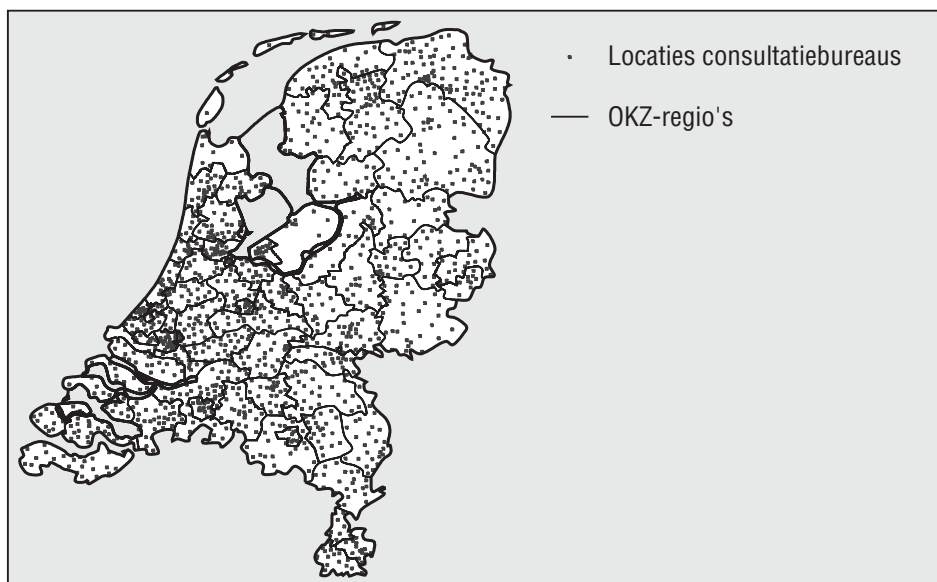
De werkelijke behoefte in een regio wijkt waarschijnlijk af van de hier modelmatig geschatte behoefte. Er wordt immers voorbij gegaan aan het feit dat de behoefte aan OKZ ook afhankelijk is van factoren als etniciteit of opleiding van de ouders. Verder kunnen kinderen van illegalen ook gebruik maken van het cb. Zij zijn echter niet opgenomen in de gebruikte bevolkingsgegevens van het CBS. In sommige regio’s zal dit leiden tot een onderschatting van de behoefte aan OKZ. Om dergelijke factoren ook in het schattingsmodel op te kunnen nemen ontbraken echter de noodzakelijke gegevens.

Bijlage E: Locatie en openingstijden consultatiebureaus

Gegevens over de locaties en openingstijden van cb's worden niet centraal geregistreerd. Het RIVM heeft daarom een eigen inventarisatie uitgevoerd (peildatum 1-1-2000). Iedere instelling is telefonisch benaderd met de vraag de adressen en openingstijden van alle consultatiebureaus in het werkgebied toe te sturen, inclusief de standplaatsen van de mobiele cb's. Wat betreft de adressen was de respons 100%.



Figuur B-2 Aantal cb-locaties per werkgebied per 1-1-2000 (Peildatum 1-1-2000. Bron: RIVM)



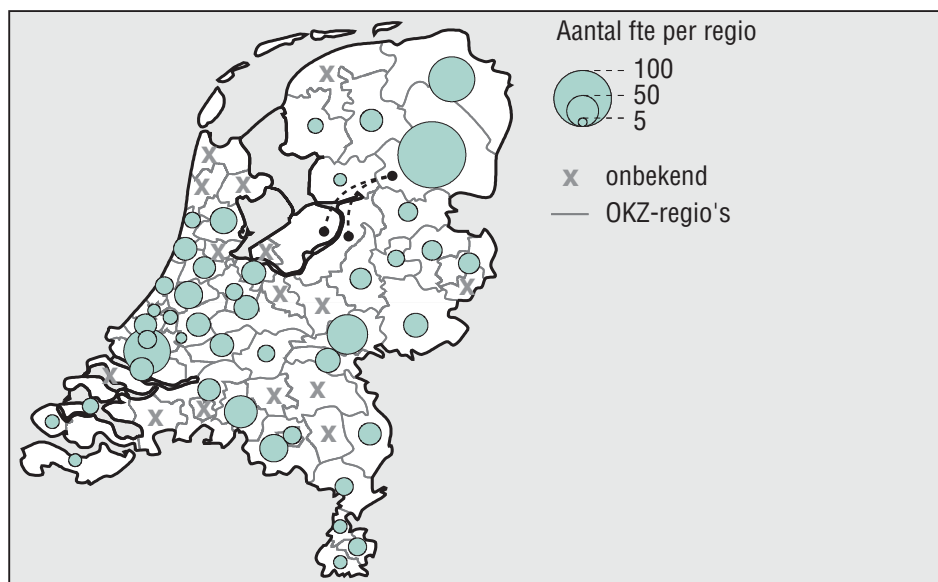
Figuur B-3 Locaties consultatiebureaus per 1-1-2000 (Peildatum 1-1-2000. Bron: RIVM)

Voor wat betreft de openingstijden bleek het echter nauwelijks mogelijk gegevens bij de instellingen te verzamelen. Veel cb's, met name in plattelandsgebieden, werken op afspraak. Een veel gehoord antwoord was dan ook dat het cb open was als de verpleegkundige een afspraak had. De locaties per regio staan weergegeven in figuur Figuur B-2 en Figuur B-3.

Informatie over openingstijden was echter wèl op *instellingsniveau*, bij een beperkt aantal instellingen, bekend uit de enquête van het CVZ. In het onderhavige rapport is gebruik gemaakt van de opgave van instellingen over het totaal aantal geopende uren van de cb's, zoals begroot voor 1999.

Bijlage F: Personele inzet

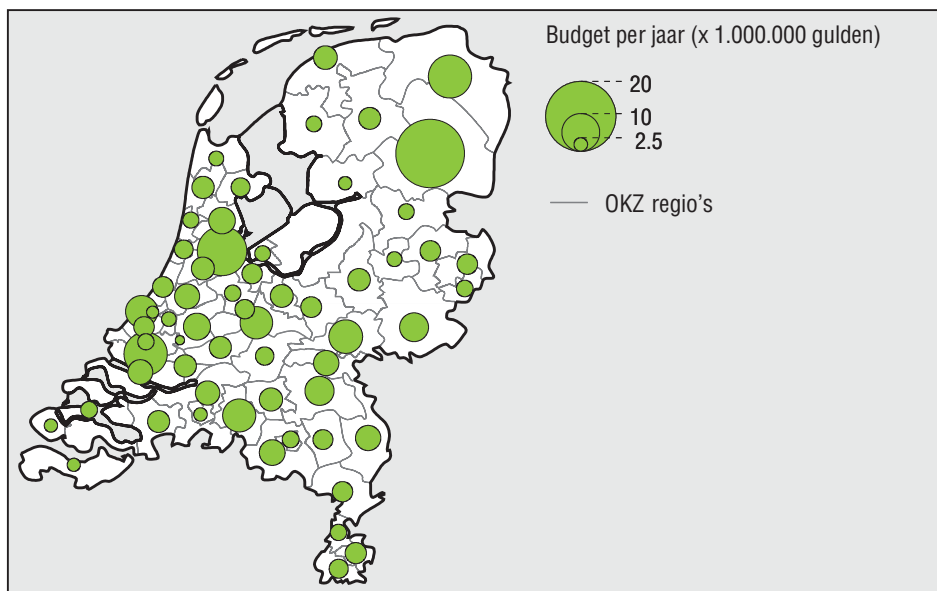
In de vragenlijst van het CVZ (zie bijlage Bijlage A) is het begrote aantal fulltime equivalenten (fte) voor 1999 opgenomen (cb-artsen, cb-verpleegkundigen, cb-assistenten). Dit aantal is in absolute termen weergegeven in Figuur B-4 (artsen, verpleegkundigen en assistenten bij elkaar opgeteld). Voor de regio's met een kruisje waren de gegevens niet beschikbaar.



Figuur B-4 Aantal begrote fulltime equivalenten voor 1999, per instelling (Bron: CVZ)

Bijlage G: Budgetten

Als indicator voor de budgetten per instelling is gebruik gemaakt van de status aparte budgetten 1999 en de zogenaamde intensiveringsmiddelen, die worden verdeeld door het College Tarieven Gezondheidszorg. Eventuele overhevelingen tussen thuiszorg-budgetten en OKZ-budgetten zijn niet meegerekend. Voor Zoetermeer en omgeving onderscheidt het CTG de werkgebieden van Thuiszorg Zoetermeer en de ZorgRing. In de gebruikte gebiedsindeling (GG&GD Amsterdam, 2000) wordt dit onderscheid echter niet gemaakt. Deze werkgebieden zijn daarom samengevoegd tot één regio (regio 541). Tabel 2-1 toont de factoren waarop het verdeelmodel is gebaseerd, het gewicht van die factoren en de jaartallen waaruit de gegevens afkomstig zijn.



Figuur B-5 Status aparte budgetten + intensiveringsmiddelen OKZ en dieetadvisering voor 1999, per instelling (Bron: CTG)

In 1999 werd het status aparte budget (319,8 miljoen gulden) aangevuld met zogenaamde intensiveringsmiddelen ter grootte van fl. 3,3 miljoen gulden (COTG, 1999). De verdeling van de intensiveringsmiddelen vond plaats op basis van de groei van het aantal 0-4 jarigen in de periode 1 januari 1995 tot 1 januari 1998 in ieder werkgebied. Het totale bedrag (status aparte budgetten en intensiveringsmiddelen tezamen) werd over de instellingen verdeeld zoals weergegeven in Figuur B-5.

Bijlage H: Aantal 0-4 jarigen per werkgebied

Van ieder werkgebied is het aantal 0-4 jarigen vastgesteld. Dit aantal is op gemeentenniveau bekend uit de gegevens van het CBS (2001b). Dit gaf geen problemen in die gevallen waar per gemeente slechts één instelling werkzaam was. In gemeenten waar meer dan één instelling werkzaam was is het aantal 0-4 jarigen geschat. Het totaal aantal kinderen is hiertoe verdeeld over de postcodegebieden binnen de gemeente. Dit gebeurde op basis van de procentuele verdeling van het totaal aantal inwoners over de postcodegebieden binnen een gemeente. Dit totaal was bekend uit het postcoderegister van het CBS (2001a). Vervolgens zijn de kinderen van ieder postcodegebied toegedeeld aan de instelling die daar werkzaam was.

Deze methode moest worden toegepast in 31 van de 538 gemeenten. In 30 daarvan zijn twee instellingen werkzaam; in één gemeente zijn drie instellingen werkzaam. De overige gemeenten behoren dus tot één werkgebied.

Bijlage I: Afstand tot dichtstbijzijnde consultatiebureau

De afstand tot het dichtstbijzijnde cb is berekend met speciaal hiervoor ontwikkelde software (Kosterman, 2000). Er is gebruik gemaakt van gegevens van AND (AND, 1999), waarin de afstanden over de weg tussen alle 4-positie postcodegebieden in Nederland opgenomen zijn. Aanvullend is gebruik gemaakt van de volgende formule om de afstand binnen postcodegebieden (intrazonale afstand) in de berekening te betrekken (Bohte et al., 2000):

intrazonale afstand binnen een 4-positie postcodegebied = $2 * \sqrt{(\text{oppervlakte}/3)}$

Figuur 2-6 is met deze formule tot stand gekomen. In Figuur 2-8 zijn deze gegevens wederom gebruikt. Daar is de afstand van een postcodegebied naar het dichtstbijzijnde cb binnen het werkgebied van een instelling weergegeven. Daarbij zijn de postcodegebieden gewogen naar het aantal daarin woonachtige 0-4 jarigen.

In Figuur 2-12 is wederom gebruik gemaakt van de afstand van ieder postcodegebied in Nederland naar het dichtstbijzijnde cb dit keer in combinatie met het aantal 0-4 jarigen in het betreffende postcodegebied, alsmede het percentage van dat aantal voor wie deze afstand niet meer acceptabel wordt gevonden. Een voorbeeld: In werkgebied X ligt het niet-stedelijke postcodegebied A. A heeft 100 0-4 jarigen en de afstand tot het dichtstbijzijnde cb is 5 km. Uit de afstandsvervalfunctie (Figuur 2-10) leiden we af dat 5 km voor 25% van de 0-4 jarigen als een te grote afstand moet worden beschouwd. Dat betekent dat de afstand voor 75 van de 0-4 jarigen niet als te groot wordt beschouwd. Het corresponderende aantal wordt ook voor alle overige weinig stedelijke en niet-stedelijke postcodegebieden binnen de instelling uitgerekend, bij elkaar opgeteld en tenslotte uitgedrukt als percentage van het totaal aantal 0-4 jarigen in weinig stedelijke en niet-stedelijke gebieden (Den Dulk et al., 1992) binnen het werkgebied van die instelling.

Bijlage J: Sociaal-economische gebiedskenmerken

In de inleiding werd gesteld dat de ongerustheid over de toegankelijkheid van OKZ vooral betrekking heeft op achterstandsgebieden binnen de grote steden. Daarom wordt in dit onderzoek gekeken naar de samenhang tussen de afstanden van de 4-positie postcodegebieden tot het dichtstbijzijnde consultatiebureau met omgevingsadressendichtheid (OAD) (Den Dulk et al., 1992), het percentage niet-actieven, het percentage alloctonen en gemiddeld inkomen in die gebieden. Deze gebiedskenmerken worden ook gebruikt bij de berekening van achterstandsvergoedingen aan huisartsen (Van der Velden et al., 1997; Verheij et al., 1998), en ze zijn ontleend aan het postcoderegister van het CBS (1997). Er wordt gekeken in hoeverre er een verband bestaat tussen deze kenmerken en de geografische toegankelijkheid van cb's. De CBS-gegevens stammen uit 1995. Recentere gegevens waren op het moment van onderzoek (op postcodeniveau) niet voorhanden. Sommige gebieden zouden in 1999 andere scores gehad hebben, maar het is niet waarschijnlijk dat de ruimtelijke verdeling van sociaal-economische kenmerken veel veranderd is tussen 1995 en 1999.

Bijlage K: Afkortingen, begrippen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Benchmark	In een benchmarkanalyse wordt de doelmatigheid van organisaties gespiegeld aan vergelijkbare organisaties met de hoogste doelmatigheid (Van der Veen et al., 2001).
Cb	Consultatiebureau
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
Doelmatigheid	De mate waarin de inzet van middelen in redelijke verhouding staat tot de gegenereerde hoeveelheid zorg.
GGD	Gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdienst
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
OKZ	Ouder- en kindzorg
POLS	Periodiek Onderzoek Leefsituatie (van het CBS)
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TNO-PG	TNO-Preventie en Gezondheid
VODI	Voedingsadviezen en diëtetiek
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid