



Oriëntatie op de markt

Een onderzoek naar marktontwikkelingen in de revalidatie

Oriëntatie op de markt

Een onderzoek naar marktontwikkelingen in de revalidatie

Dit onderzoek is in opdracht van Revalidatie Nederland uitgevoerd door:
drs. Robert van Schijndel
drs. Emiel Rolink
drs. Henk Wierda

Utrecht, juni 2007



Inhoudsopgave

Voorwoord en leeswijzer	5
Samenvatting vooraf	7
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding van het onderzoek	11
1.2 Doel van het onderzoek en vraagstelling	11
1.3 Methode van onderzoek	13
2 Bevindingen strategische oriëntatie	17
2.1 Uitkomsten gesprekken landelijke relaties	18
2.2 Uitkomsten gesprekken verdeeld naar sector	22
2.3 Uitkomsten van gesprekken regionale relaties	27
3 Bevindingen kwantitatieve oriëntatie	31
3.1 Revalidatiezorg in Nederland	32
3.2 Demografische ontwikkelingen	41
3.3 Concluderend	51
3.4 Regionale gegevens	51

4 Conclusies en aanbevelingen	53
4.1 Positief beeld over sector	53
4.2 Verscheidenheid aan aanbieders	54
4.3 Ketenzorg moet sterker	55
4.4 Patiënt meer centraal	56
4.5 Concurrentiedruk afhankelijk van samenwerkingsrelatie	57
4.6 Sterkere positie 1e lijn	58
4.7 Uitbreiding regionale samenwerking mogelijk	58
4.8 Groei is gegarandeerd door demografische ontwikkelingen	59
4.9 Diagnosegroepen lijken gelijk te blijven	60
4.10 Verminderde kennisdeling als risico	60
Bijlage Externe relaties	63

Voorwoord en leeswijzer

Voor u ligt het rapport van een onderzoek naar de marktontwikkelingen in de revalidatie, dat is uitgevoerd door Revalidatie Nederland. De aanleiding voor het onderzoek vormt de behoefte van de leden van Revalidatie Nederland om meer zicht te hebben op de ontwikkelingen binnen en buiten de eigen sector welke van invloed kunnen zijn op de toekomstige marktpositie. Deze informatie wordt ervaren als relevante input voor de strategische koersbepaling voor de lidinstellingen. Het marktonderzoek van Revalidatie Nederland heeft plaatsgevonden in de periode van november 2006 tot april 2007.

In dit rapport worden de resultaten van het marktonderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 1 wordt een toelichting gegeven op de aanleiding, de doelstelling en de methode van uitvoering van het onderzoek. De strategische oriëntatie is beschreven in hoofdstuk 2. Hierbij worden de resultaten op drie manieren gecategoriseerd: naar landelijke relaties, naar sector en naar regionale relaties. In hoofdstuk 3 wordt de uitwerking van de kwantitatieve oriëntatie beschreven. In dit hoofdstuk staan de patiëntenaantallen in de verschillende provincies centraal. Deze worden afgezet tegen de demografische ontwikkelingen tot 2025. In hoofdstuk 4 worden de meest relevante bevindingen uit beide onderdelen van het onderzoek op hoofdlijnen beschreven en worden per onderwerp adviezen voor de toekomst gegeven.

Revalidatie Nederland dankt alle landelijke en regionale relaties die hun medewerking hebben verleend aan de uitvoering van dit onderzoek. De openhartige gesprekken over de ontwikkelingen, de kansen en de bedreigingen in de toekomst worden bijzonder gewaardeerd. Deze input zal Revalidatie Nederland en haar leden de komende jaren goed van dienst zijn bij het bepalen van de strategische koers.



Samenvatting vooraf

Tegen de achtergrond van toenemende marktwerking in de gezondheidszorg oriënteert Revalidatie Nederland zich op relevante ontwikkelingen voor de revalidatiesector. Hiermee ontstaat een actueel beeld over de bewegingen binnen en buiten de sector, de verwijzers, eventuele nieuwe zorgproducten en overige aanbieders. De oriëntatie op de toekomst heeft plaatsgevonden door middel van gesprekken met een groot aantal stakeholders, door middel van het in kaart brengen van de productie per regio en door het in kaart brengen van de demografische ontwikkelingen. Samenvattend komen de volgende tien conclusies en aanbevelingen uit het onderzoek naar voren:

1. Er bestaat een positief beeld over de sector.

Advies: Blijf investeren in de eenheid en gedeelde opvattingen binnen de sector en draag zorg voor een eigen identiteit waarmee het onderscheid met anderen duidelijk is.

2. Er ontstaat een verscheidenheid aan aanbieders.

Advies: Het is van belang dat revalidatie-instellingen ondernemend zijn en inspelen op de verschuivingen in de markt. Het afschermen van het eigen domein zal niet succesvol zijn. Het is beter om de samenwerking met ziekenhuizen en verpleeghuizen te intensiveren en daar waar mogelijk allianties aan te gaan.

3. De ketenzorg moet sterker worden georganiseerd.

Advies: Het onderwerp ketenzorg leent zich prima voor kennisuitwisseling en product-ontwikkeling binnen Revalidatie Nederland. Met een blauwdruk en ondersteunende materialen is het voor de leden beter mogelijk de regionale coördinatie op te pakken.

4. De patiënt komt meer centraal te staan.

Advies: Een goede interactie tussen patiënt en zorgaanbieder is van belang voor de juiste match tussen zorgvraag en zorgaanbod. Op het niveau van de instellingen zijn hiervoor periodieke contacten met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties van belang.

5. De concurrentiedruk is afhankelijk van de samenwerkingsrelatie.

Advies: Het is raadzaam om met alle zorgaanbieders in de keten samenwerkingsrelaties te hebben. Dit maakt de onderlinge verhoudingen duidelijk, geeft de positie in het speelveld aan en is van invloed op de concurrentiedruk die binnen de keten zal ontstaan.

6. De positie van de 1e lijn wordt sterker.

Advies: Het beschikbaar stellen van expertise in de vorm van scholing en consultatie komt de kwaliteit van het eerstelijnszorgaanbod en de kwaliteit van de samenwerking ten goede.

7. Uitbreiding van regionale samenwerking is mogelijk.

Advies: De revalidatie-instellingen worden geadviseerd minimaal eenmaal per jaar een bestuurlijke toekomstoriëntatie te organiseren met de samenwerkingsrelaties.

8. De potentiële groei is gegarandeerd op basis van demografische ontwikkelingen.

Advies: Toch is het noodzakelijk om nieuwe producten te ontwikkelen, nieuwe markten aan te boren en nieuwe samenwerkingsvormen te vinden om de huidige groei vast te houden.

9. De verdeling over diagnosegroepen lijkt gelijk te blijven.

Advies: In dat geval kan het ontwikkelpotentieel van de instellingen volledig worden ingezet voor het aanboren van nieuwe markten en het ontwikkelen van nieuwe producten.

10. Het risico van verminderde kennisdeling is aanwezig.

Advies: Ondanks de toename van concurrentie tussen de lidinstellingen, is het voor de landelijke positie van de vereniging van belang deze gezamenlijk te blijven voeden.



1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

De introductie van gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg in Nederland heeft onder andere gevolgen voor de revalidatiebranche en -instellingen. Daarom is marktwerking een centraal onderwerp voor Revalidatie Nederland. De stelselherziening vergemakkelijkt de toetreding op zorgmarkten met als gevolg diverse kansen maar ook bedreigingen. Revalidatie-instellingen kunnen hun producten gemakkelijker op nieuwe markten aanbieden, maar tegelijk kunnen andere zorgaanbieders ook gemakkelijker revalidatiezorg aanbieden. Bovendien zal de revalidatie in de AWBZ op termijn naar de Zorgverzekeringswet worden overgeheveld wat eveneens de toetreding van andere aanbieders verder zal vergemakkelijken. Al met al meer dan voldoende redenen om meer zicht te krijgen op de eigen markt en de bewegingen die daarbinnen gaande zijn.

1.2 Doel van het onderzoek en vraagstelling

Sinds 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringswet van kracht, waardoor de concurrentie op de verzekeringsmarkt is toegenomen. De bekostigingssystematiek wordt in toenemende mate geënt op geleverde prestaties. En er is groeiende belangstelling voor transparantie en maatschappelijke verantwoording.

Voor het behoud van de continuïteit van een organisatie is het van belang om periodiek een strategische analyse te maken op basis waarvan de strategische doelen kunnen worden bepaald. Hierbij is het essentieel dat men zich een beeld kan vormen van de ontwikkelingen die zich, met grote mate van waarschijnlijkheid, gaan voordoen en die van invloed kunnen zijn op de markt waarin de organisatie actief is. Op basis van de te verwachten ontwikkelingen kunnen de kansen en bedreigingen in kaart worden gebracht en kan het beleid hierop worden afgestemd.

De gezondheidszorg in Nederland is continu in beweging. De hoofdthema's van de laatste decennia zijn de ontwikkelingen van aanbod naar vraaggestuurde zorgverlening, de introductie van de marktwerking en de invoering van de DBC's als nieuwe bekostigingssystematiek. Ontwikkelingen die kunnen worden gezien in het licht van de beperkte rol die de overheid zich in de gezondheidszorg aanmeet: het veiligstellen van de toegang tot zorg voor alle Nederlanders, een voldoende kwaliteit en het bewaken van de kosten door het vaststellen van maximale kostprijzen voor zorgproducten. De prijsvorming wordt verder overgelaten aan de markt.

Tegen deze achtergrond oriënteert Revalidatie Nederland zich op de toekomstige ontwikkelingen die relevant zijn voor de revalidatiesector. Hierdoor ontstaat een actueel en samenhangend beeld over de bewegingen binnen en buiten de sector, over de verwijzers, eventuele nieuwe zorgproducten en overige aanbieders. Dit is ondermeer van belang voor de koersbepaling van de vereniging en het in kaart brengen van mogelijkheden voor toekomstige samenwerkingsrelaties.

Het marktonderzoek bestaat uit twee onderdelen:

- a) Strategische oriëntatie bij relevante partners en koepelorganisaties inzake de ontwikkelingen in de markt en mogelijke nieuwe samenwerkingsvormen.
- b) Inzicht in de revalidatie productiecijfers per regio, afgezet tegen de demografische ontwikkeling.

1.3 Methode van onderzoek

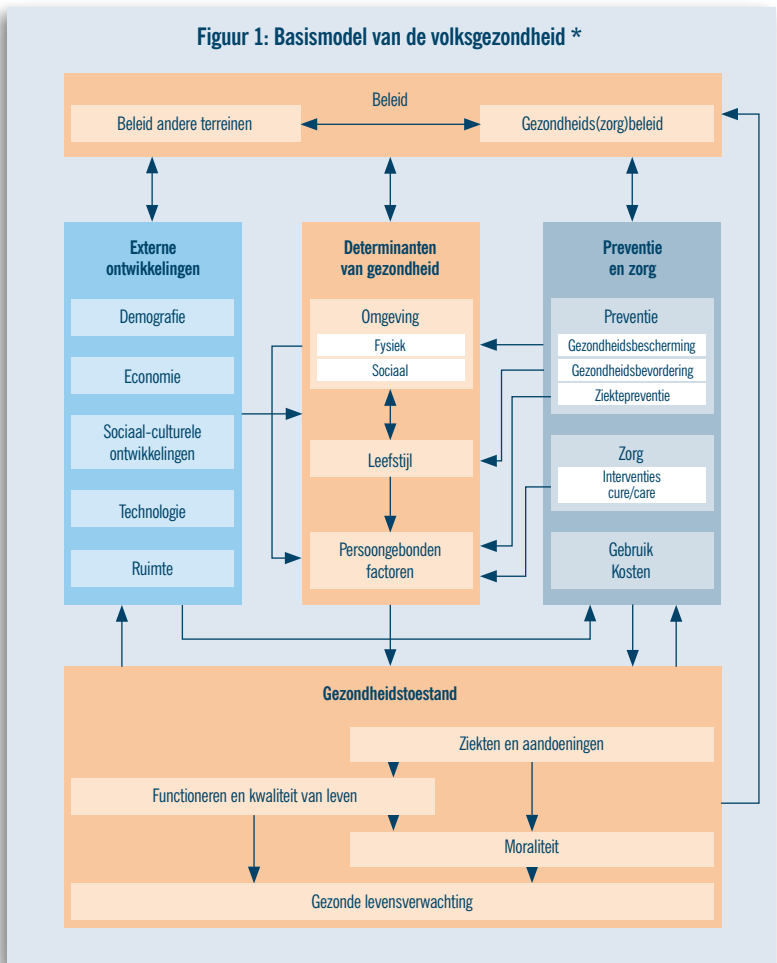
Voor haar beleidsonderbouwing en -ontwikkeling laat het Ministerie van VWS periodiek onderzoek verrichten door het RIVM. In deze onderzoeken, de “Volksgezondheid Toekomst Verkenningen” (VTV), geeft het RIVM aan welke ontwikkelingen er gaande zijn of verwacht kunnen worden die van invloed kunnen zijn op de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Het laatste rapport is uitgebracht in 2006. Voor het raamwerk van deze verkenningen wordt gebruik gemaakt van het zogenaamde ‘VTV model’ waarin alle causale verbanden en determinanten die de gezondheidstoestand bepalen in beeld zijn gebracht (zie figuur 1).

Het marktonderzoek van Revalidatie Nederland begeeft zich met name in het domein van externe ontwikkelingen. Hierbij wordt de vraag gesteld welke grote ontwikkelingen er gaande zijn en/of voor de toekomst worden gesignaleerd. Deze oriëntatie op de toekomst heeft plaatsgevonden door middel van gesprekken met een groot aantal stakeholders, door middel van het in kaart brengen van de productie per regio en door het in kaart brengen van de demografische ontwikkelingen.

Ten behoeve van de gesprekken met landelijke organisaties en regionale ketenpartners zijn voorafgaand vragenlijsten ontwikkeld. Alle interviews zijn vastgelegd in gespreksverslagen welke ter accordering aan de respondenten zijn voorgelegd. Voor een overzicht van de organisaties die aan het onderzoek hebben deelgenomen wordt verwezen naar de bijlage.

Voor de kwantitatieve oriëntatie wordt met name ingegaan op een zeer bepalende en voorspelbare determinant: de demografische ontwikkelingen in Nederland. Hiertoe is gebruik gemaakt van de bevolkingsprognose 2006-2025 van het CBS. Deze prognose is gebaseerd op het Pearl model dat op basis van bekende trends en verwachte ontwikkelingen een inschatting maakt van de toekomstige bevolkingsopbouw en omvang. Uit de beschikbare prognoses van dit model zijn twee jaren gekozen: 2015 en 2025. Voor deze jaren zijn de bevolkingsprognoses gekoppeld aan de patiëntengegevens van verslagjaar 2005, welke beschikbaar zijn in de landelijke Revalidatie databank.

Figuur 1: Basismodel van de volksgezondheid *



* Bron: VTV-2006: Zorg voor gezondheid



2 Bevindingen strategische oriëntatie

De oriëntatie op de ontwikkelingen in de revalidatiesector vindt plaats langs twee lijnen. Enerzijds een oriëntatie op relevante inhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen door het voeren van gesprekken met landelijke en regionale relaties van Revalidatie Nederland en een aantal revalidatie-instellingen. Anderzijds door een kwantitatieve benadering die is gericht op het in kaart brengen van regionale productiecijfers in relatie tot demografische ontwikkelingen.

In paragraaf 2.1 wordt een indruk gegeven van de meest gehoorde geluiden in de gesprekken met de relaties van Revalidatie Nederland. De respondenten hebben hun kijk gegeven op onderwerpen als: het beeld van de revalidatiesector, de aard van de samenwerking, de ontwikkelingen in de markt en de mogelijke risico's die hierbij komen kijken. Ook wordt in dit kader een aantal adviezen gegeven aan de vereniging Revalidatie Nederland. Een overzicht van de organisaties die hebben deelgenomen aan dit onderzoek is opgenomen in de bijlage.

In paragraaf 2.2 wordt op basis van de gevoerde gesprekken een aantal dwarsverbanden per sector weergegeven. Het aantal gesprekken is te gering om algehele conclusies over een sector te kunnen trekken. Wel is het mogelijk om bepaalde trends waar te nemen en deze aan elkaar te relateren.

Paragraaf 2.3 geeft een beknopte weerslag van de uitkomsten van de in de regio gevoerde gesprekken met drie revalidatie-instellingen en enkele van hun lokale relaties. Op die manier was het mogelijk een meer concrete invulling te krijgen van de aard van de regionale samenwerkingsrelaties en de perspectieven voor de toekomst. Een overzicht van de regionale ketenpartners waarmee is gesproken is opgenomen in de bijlage.

2.1 Uitkomsten gesprekken landelijke relaties

2.1.1 Beeld van de revalidatiesector

De externe relaties hebben een positief beeld van de revalidatiesector. De revalidatiesector wordt ervaren als hecht, sterk en met een eigen identiteit. Met name het gezamenlijk onderzoeksprogramma, met de focus op evidence, en het gezamenlijk uitvoeren van grote projecten wordt als sterk gezien. De sector werkt op een goede wijze aan haar kwaliteitsbeleid door de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en een HKZ-certificatieschema. Tenslotte wordt gesignaleerd dat de sector steeds minder behoefte heeft aan bijzondere regelingen, waaruit blijkt dat de revalidatiesector volwassen is geworden.

2.1.2 Over de samenwerking

Samenwerking is maatwerk. Volgens de respondenten wordt de samenwerking met ziekenhuizen veelal bepaald door het profiel van het ziekenhuis. In veel gevallen zijn duidelijke afspraken gemaakt over de patiëntenstromen. In toenemende mate speelt ook de inrichting van de samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen een belangrijke rol. Er ontstaan diverse samenwerkingsvormen op dit terrein. De kruisbestuiving tussen de curatieve sector en de verpleeghuizen zal toenemen door de technologische ontwikkelingen. De fysieke grenzen verdwijnen door meer gebruik van telematica.

De afspraken binnen zorgketens zijn nog weinig geformaliseerd tussen de deelnemende organisaties, maar veelal gebaseerd op persoonlijke afspraken en onderling vertrouwen. Ook is vaak niet duidelijk wie de ketenregisseur is. Een uitzondering hierop betreft de ketenafspraken over de strokeservice, welke vaak wel goed zijn uitgewerkt.

Het is niet raadzaam om de 'eigen markt' te willen afschermen, maar het is beter om in het eigen aanbod te excelleren en te kijken naar welke andere markten er nog meer beschikbaar zijn. Zorginstellingen moeten ondernemend

zijn en dienen te zoeken naar nieuwe mogelijkheden. De grenzen tussen sectoren in de zorg, tussen zorg en wonen en tussen zorg en werken, zullen vloeiender worden. Dit geeft interessante perspectieven.

De revalidatiesector en de verpleeghuissector zitten in zeker opzicht dicht bij elkaar. Er is een wisselende intensiteit van samenwerking tussen de instellingen. Domein-denken is en blijft hierbij een risico. Revalidatie-instellingen en verpleeghuizen kunnen vaker allianties aangaan dan nu het geval is. Er zijn in de verpleeghuizen veel patiënten die geholpen willen worden op het terrein van revalidatie en reactivering. Ook ten aanzien van de consultatiebureaus voor ouderen, die veel V&V-instellingen aan het inrichten zijn, is samenwerking tussen revalidatie-instellingen en verpleeghuizen goed mogelijk. De consultatiebureaus zijn laagdrempelig en hebben een preventieve doelstelling.

Veel landelijke relaties noemen het gezamenlijke onderzoeksprogramma van de revalidatie instellingen als een sterk punt. Ook tussen de brancheverenigingen zou onderzoek gezamenlijk uitgevoerd kunnen worden, bijvoorbeeld op thema's als de kwaliteit van leven, behandel-effecten en op longitudinaal onderzoek.

2.1.3 Gesignaleerde ontwikkelingen

Een groot aantal van de huidige grenzen tussen zorgaanbieders zullen de komende jaren minder relevant worden. Door marktwerking en de overheveling van curatieve zorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, ontstaat een veelvormig aanbod met veelvormige aanbieders. Hierbij behoren ook buitenlandse toetreders tot de mogelijkheid. Revalidatie zal in de toekomst in elk geval door meerdere aanbieders worden aangeboden. Het advies is om tot meerdere aanbiedingsvormen te komen dan alleen traditionele revalidatie-instellingen. Er zal meer sprake zijn van schaalvergroting door middel van samenwerking, fusies en/of gezamenlijk inkopen. Zorgaanbieders zullen steeds vaker als keten gaan samenwerken.

De DBC's hebben een stimulerend effect op de ketensamenwerking. De schotten tussen aanbieders verdwijnen. Er zullen naar verwachting keten-DBC's voor grote groepen patiënten gaan ontstaan, waarbij het vooralsnog niet duidelijk is wie hierin de hoofdaannemer zal zijn. Mogelijk het ziekenhuis. Er zal zeker behoefte zijn aan ketenregie.

Revalidatie heeft de kans om zich nadrukkelijker te ontwikkelen als de schakel tussen care en cure en tussen cure en arbeidsparticipatie. De consultfunctie van revalidatiecentra richting ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartsen kan worden vergroot. Niet de vorm maar de inhoud, de expertise, is hierbij van belang. Ook de grenzen tussen zorg, onderwijs, wonen en arbeid zullen veranderen. Voor arbeidsrevalidatie worden veel kansen gezien.

Revalidatie-instellingen worden geadviseerd de samenwerking met patiëntenorganisaties op te zoeken. Op deze manier kunnen wensen van patiënten sneller in kaart worden gebracht en kunnen zorgaanbieders en patiënten gezamenlijk komen tot een sterkere belangenbehartiging. Nieuwe producten zijn ook aan de kant van de zorgverzekering mogelijk. Zo zouden bijvoorbeeld zorginstellingen samen met patiëntenorganisaties het initiatief kunnen nemen om zorgverzekeraars te interesseren voor collectieve contracten en/of producten voor de aanvullende verzekering.

Er is sprake van een algehele trend in de gezondheidszorg om minder klinisch en dichter bij de patiënt te behandelen. Instellingen moeten meer vermaatschappelijken. Het institutionele karakter van de zorg zal veranderen, en een meer op service gerichte, niet institutionele, vorm van zorg zal opkomen. Revalidatie-instellingen zullen in deze trend moeten meegaan.

Verder liggen er kansen in de 'aftersale', ook na een behandeling in een revalidatie-instelling. Bijvoorbeeld bij de aankomende generatie mondigere ouderen. Deze mensen willen niet lijdzaam aftakelen, maar actief weerstand bieden en de kwaliteit van leven hoog houden, en als zij iets mankeren zo goed mogelijk revalideren.

Een belangrijke ontwikkeling is de empowerment van de patiënt. Het doel is om mensen zelfredzaam te laten zijn. Empowerment speelt ook in de revalidatie, bij de patiënt die zijn eigen verantwoordelijkheid neemt in het stellen van de behandeldoelen. De revalidatiesector heeft hierin een voorsprong ten opzichte van andere zorgaanbieders aangezien de sector al geruime tijd per patiënt individuele behandelplannen en doelen opstelt.

2.1.4 Mogelijke risico's

De externe relaties signaleren met name drie potentiële risico's die zijn verbonden aan de verdere ontwikkeling van marktwerking in de zorg. Dit betreft:

1. Het wegvallen van een afgebakende markt door toetreding van anderen: verpleeghuizen, AWBZ-instellingen en ziekenhuizen. Het aanbod en de aanbieders worden veelvormig. Verpleeghuizen zullen zich nadrukkelijker gaan profileren en mogelijk zal door ziekenhuizen in de toekomst meer nazorg geboden gaan worden. De toegevoegde waarde van de revalidatiezorg en de revalidatie-instellingen kan ter discussie komen te staan.
2. De grote mate van afhankelijkheid van ziekenhuizen, welke geldt voor veel revalidatie-instellingen. De profielkeuze van het ziekenhuis is hierbij van belang. Wil een ziekenhuis wel of geen revalidatie zelf doen. Wellicht zullen ziekenhuizen in toenemende mate overcapaciteit inzetten voor een groter aandeel in de keten, zoals bijvoorbeeld revalidatiezorg.
3. De vermindering van kennisdeling binnen de vereniging als reactie op een toename van concurrentie in het zorgaanbod.

2.1.5 Advies aan Revalidatie Nederland

De landelijke externe relaties geven in het kader van marktwerking een aantal adviezen aan de branchevereniging Revalidatie Nederland:

1. Houdt niet vast aan traditionele organisatievormen van het zorgaanbod, maar speel in op de grotere pluriformiteit. Denk in ketens en in zorgpaden en niet meer in instituties.
2. Doe onderzoek naar de behoefte aan nieuwe revalidatieproducten, met speciale aandacht voor chronische patiënten.

3. Doe onderzoek naar de opbrengst en effecten van zorg en draag dit uit.
4. Breng een duidelijkere transparantie en profilering in de belangenbehartiging aan. Door differentiatie bij de leden is collectieve belangenbehartiging steeds moeilijker. Het is te overwegen om maatwerkdiensten aan te bieden.

2.2 Uitkomsten gesprekken verdeeld naar sector

De landelijke en regionale relaties waarmee is gesproken zijn afkomstig uit verschillende sectoren in de zorg, zoals de eerste lijn, verpleeghuizen en ziekenhuizen. Uit deze gesprekken zijn een aantal overeenkomsten en interessante ontwikkelingen naar voren gekomen, die in deze paragraaf beknopt worden beschreven. Een kanttekening hierbij is dat er sprake is van een gering aantal waarnemingen per sector en er derhalve geen gefundeerde sectorbrede uitspraken kunnen worden gedaan. De gesprekken kunnen echter wel worden gebruikt als een mogelijke indicatie van bepaalde ontwikkelingen.

2.2.1 Verpleeghuizen

Een groot aantal respondenten noemt de verpleeghuizen als een (potentiële) concurrent van de revalidatie instellingen. Binnen de verpleeghuissector gaat het vooral om circa 185 somatische verpleeghuizen, die het dichtst tegen de revalidatie aan zitten. Een aantal van deze instellingen hebben een revalidatie erkenning. Ook legt de regelgeving nog nauwelijks beperkingen op om revalidatiezorg aan te bieden. De schaal van deze instellingen is vaak groot in vergelijking met de revalidatie-instellingen.

2.2.1.1 Concurrentie

Er is sprake van een grijs gebied tussen het werkgebied van de verpleeghuizen en revalidatie-instellingen. Concurrentie met verpleeghuizen zal eerder plaatsvinden bij het ontbreken van heldere samenwerkings- en ketenafspraken. Verpleeghuizen met overcapaciteit kunnen relatief snel opnamecapaciteit beschikbaar stellen. Verpleeghuizen hebben over het algemeen belangstelling om revalidatiepatiënten te behandelen, omdat deze een welkome

afwisseling vormen voor het personeel door de nog te behalen progressie in de behandeling van de patiënten.

Een ontwikkeling die de concurrentiedruk verhoogt is grotere samenwerking en fusies tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen. De bekostigingsregimes van verpleeghuizen en ziekenhuizen maken dat beide organisaties elkaar veel te bieden hebben. Ziekenhuizen kunnen patiënten snel ontslaan als hierover goede afspraken zijn gemaakt met verpleeghuizen en kunnen zo verdienen op een DBC. Verpleeghuizen kunnen hierdoor hun (over)capaciteit optimaal benutten.

Verpleeghuizen zijn zich bewust van de mogelijke overheveling van kortdurende AWBZ revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet. Verpleeghuizen gaan hierdoor productieafspraken maken met zorgverzekeraars. Dit kan een verdere verhoging van de concurrentiedruk met zich meebrengen.

2.2.1.2 Samenwerking

Samenwerking tussen revalidatie-instellingen en verpleeghuizen vindt op verschillende wijzen plaats. Tijdens de gesprekken zijn de volgende vormen genoemd:

- Werkafspraken over welke organisatie welke patiëntengroepen behandelt.
- Consulten door revalidatieartsen in verpleeghuizen, waarbij de revalidatiearts onderdeel kan uitmaken van het behandelteam.
- Scholing van verpleeghuisartsen door revalidatieartsen.
- Toepassen van het kwaliteitssysteem van revalidatie-instellingen op de verpleeghuizen. Op deze wijze profiteren de verpleeghuizen van de kennis uit de revalidatiesector en ontstaat een intensievere band tussen beide organisaties.
- Beschikbaar stellen van expertise aan consultatiebureaus voor ouderen, waar ouderen preventief worden onderzocht.

Revalidatie-instellingen en verpleeghuizen hebben elkaar in potentie veel te bieden. De komende decennia zal de vergrijping resulteren in veel oudere

patiënten die niet lijdzaam willen aftakelen maar actief de kwaliteit van leven op een hoog peil willen houden. Revalidatie-instellingen kunnen een meerwaarde bieden aan verpleeghuizen. Domein-denken wordt hierbij als een risico gezien.

2.2.2 Ziekenhuizen

Of een ziekenhuis wel of niet zelfstandig revalidatie aanbiedt lijkt voor een belangrijk deel af te hangen van de strategische profielkeuze die een ziekenhuis maakt. De relatie met ziekenhuizen is van groot belang voor de meeste revalidatiecentra. De ziekenhuizen worden ook wel de 'navelstreng' van de revalidatie genoemd omdat veel revalidatiepatiënten afkomstig zijn uit de ziekenhuizen.

2.2.2.1 Concurrentie

Waarschijnlijk zal de marktwerking het maken van scherpe profielkeuzes bevorderen. Dit kan er voor zorgen dat ziekenhuizen juist wel of juist geen revalidatie gaan aanbieden. De profielkeuze kan mede ingegeven worden door overcapaciteit in de ziekenhuiszorg, vanwege doelmatigere behandelingen. Dit kan ertoe leiden dat ziekenhuizen een groter deel van de keten gaan bedienen en de aanpalende revalidatie gaan verzorgen.

De samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen lijkt toe te nemen zoals ook in paragraaf 3.2.1.1 is te lezen. Nog onduidelijk is wat het effect zal zijn van de invoering van de DBC's in de revalidatie. Leidt dit tot meer concurrentie of juist meer samenwerking tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra?

2.2.2.2 Samenwerking

Er is sprake van een breed uiteenlopend palet aan samenwerkingsvormen tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra. Voor revalidatiecentra lijkt een goede samenwerking met ziekenhuizen essentiëler, dan omgekeerd. Circa 70-80% van de patiënten in revalidatie-instellingen is afkomstig uit ziekenhuizen. Voor de ziekenhuizen wordt, op de totale patiëntenpopulatie, een beperkte patiëntengroep naar de revalidatiecentra verwezen.

De meest vergaande organisatorische samenwerking is een fusie van een ziekenhuis en revalidatiecentrum. Voordelen zijn dat verwijzersprotocollen binnen de hele organisatie zodanig kunnen worden ingericht, dat de revalidatieafdeling meer patiënten aangeboden krijgt. Verder gelden de voordelen van de voorzieningen van een ziekenhuis zoals diagnostische apparatuur. De samenwerking kan ook nadelen met zich meebrengen, zoals een grotere terughoudendheid van andere ziekenhuizen in de regio om patiënten te verwijzen en om consulten te laten verlenen door het revalidatiecentrum. Ook vermindert de autonomie van het revalidatiecentrum binnen een grotere ziekenhuisorganisatie.

Ook zonder fusie vindt veel samenwerking plaats. Revalidatiecentra verlenen de revalidatiezorg in een ziekenhuis, onder eigen merknaam of onder de merknaam van het ziekenhuis. Het voordeel voor het ziekenhuis is dat men zich niet vergaand hoeft te specialiseren in de revalidatiegeneeskunde omdat deze zorg door een samenwerkingspartner op niveau wordt geleverd. Voordeel voor revalidatiecentra is dat het ziekenhuis door de samenwerking minder snel een concurrent wordt. Een ander voordeel is dat patiënten naar het revalidatiecentrum doorverwezen kunnen worden met name voor klinische behandelingen.

Er vindt ook samenwerking plaats tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra zonder geformaliseerde afspraken. In dit geval gaat het om het doorverwijzen van klinische patiënten en andere complexe patiënten, vanuit het ziekenhuis naar het revalidatiecentrum. Omgekeerd worden ook patiënten verwezen.

Op inhoudelijk gebied vindt ook samenwerking plaats met het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij de triage van CVA patiënten. In het aanpassen van verwijzersprotocollen lijkt nog een ontwikkelpotentieel voor de revalidatiecentra te liggen. Mogelijk dat bij bepaalde patiëntengroepen de mogelijkheden tot revalidatie nog niet volledig worden benut.

2.2.3 Eerste lijn

Schaalvergroting en intensievere multidisciplinaire samenwerking tussen werkers in de eerste lijn zijn algemene trends in de eerste lijn die ook in dit onderzoek zijn aangetroffen.

2.2.3.1 Concurrentie

Een voorzichtige conclusie is dat de eerste lijn in toenemende mate een concurrent gaat vormen voor de tweede- en derdelijnszorg. Eerstelijnszorgaanbieders doen succesvol mee in aanbestedingen voor het verlenen van zorg voor chronische patiënten met bijvoorbeeld diabetes en COPD. Zorgverzekeraars die op prijs inkopen, zullen in de eerste lijn mogelijk een aantrekkelijke partner vinden.

2.2.3.2 Samenwerking

Tegelijk biedt de eerste lijn ook veel mogelijkheden voor samenwerking met de revalidatie-instellingen. Zoals:

- Periodieke scholing van huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders, door professionals uit revalidatiecentra. Dit wordt zeer gewaardeerd en als effectief ervaren.
- Samenwerking in zorgketens waarbij de eerste lijn een grote rol speelt en de tweede- en derde lijn kennis kan inbrengen.
- Het bieden van de mogelijkheid om patiënten, onder regie van de huisarts, voor een consult of kortdurend klinisch verblijf op te nemen in de tweede en derde lijn.
- Voorzieningen in revalidatie-instellingen beschikbaar stellen aan patiënten van eerstelijns praktijken, bijvoorbeeld in de avonden.

Een opvallende ontwikkeling is het gebruik van ICT in de eerste lijn, dat helpt bij het verwijzen van patiënten. De wachttijden en beschikbaarheid van andere zorgaanbieders is hiermee snel te raadplegen. Wie niet in dergelijke systemen is opgenomen kan patiënten mislopen.

2.3 Uitkomsten van gesprekken regionale relaties

In de opzet van het onderzoek zijn ook drie revalidatie-instellingen en een deel van hun regionale relaties meegenomen. De gesprekken in de regio hebben vaak een verhelderende en verdiepende functie gehad ten aanzien van de regionale ontwikkelingen, de opties voor samenwerking en de potentiële kansen en risico's. In deze paragraaf worden in het kort de bevindingen per regio aangegeven, zonder in detail te treden. Vanzelfsprekend zijn voor de deelnemende revalidatie-instellingen en hun regionale relaties de volledige gespreksverslagen beschikbaar, op basis waarvan men desgewenst verder met elkaar in gesprek kan gaan.

2.3.1 Regio Eindhoven

Er is gesproken met Revalidatiecentrum Blixembosch van de Libra Zorggroep en hun relaties Stichting Verpleging en Verzorging Eindhoven en Stichting Gezondheidscentra Eindhoven. Er is sprake van een langdurige en stevige samenwerkingsrelatie tussen Blixembosch en de regionale relaties waarmee is gesproken. De partners zijn tevreden over de huidige samenwerking en de onderlinge relaties. In het licht van de marktwerking en ontwikkelingen binnen de zorgsector worden door de samenwerkingspartners diverse mogelijkheden voor de toekomst gezien om de samenwerking verder uit te bouwen en de ketenzorg verder in te richten. Blixembosch wordt van harte uitgenodigd hierover met haar regionale relaties in gesprek te gaan.

2.3.2 Regio Groningen

In de regio Groningen is gesproken met revalidatie-instelling UMCG Beatrixoord en de regionale relaties Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Huisartsenpraktijk Medisch Centrum Vecht en Zorggroep Groningen. De regionale relaties geven aan dat er nog geen sprake is van een intensieve samenwerkingsrelatie. Er zijn weinig ketenafspraken gemaakt. Men vindt het iets om voor de toekomst meer structureel op te pakken. Men wil ook graag gebruik maken van de expertisefunctie van UMCG Beatrixoord door middel van kennisoverdracht. Het UMCG Beatrixoord ziet kansen voor nieuwe zorgproducten in de toekomst.

2.3.3 Regio Leiden

In de regio Leiden is gesproken met Rijnlands Revalidatiecentrum en de regionale relaties Ziekenhuis Rijnland, REOS Zorg en Valent Rijn-, Duin- en Bollenstreek. De samenwerkingsrelaties zijn tevreden over de aard van de relatie met Rijnlands Revalidatie Centrum. In de regio lijken nog weinig goed uitgewerkte ketenafspraken te bestaan. De organisaties waarmee is gesproken noemen het bestaan van een grijs gebied en doen voorstellen om dit grijze gebied te verkleinen. Hierin worden mogelijkheden gezien voor het Rijnlands Revalidatiecentrum. De revalidatiezorg blijkt in deze regio ook een interessant product voor de andere zorgaanbieders. Dat maakt Rijnlands Revalidatiecentrum enerzijds een concurrent. Anderzijds geeft men ook aan graag met Rijnlands Revalidatiecentrum het gesprek aan te gaan over mogelijke nieuwe vormen van samenwerking.



3 Bevindingen kwantitatieve oriëntatie

In dit hoofdstuk wordt nagegaan wat de invloed is van de demografische ontwikkelingen op de omvang en samenstelling van de patiëntenpopulatie van de revalidatiesector.

Voor deze toekomstverkenningen wordt de aanname gedaan dat er een robuuste relatie bestaat tussen de omvang en opbouw van de bevolking enerzijds en die van de patiënten in de revalidatiecentra anderzijds. In deze verkenning wordt alleen rekening gehouden met de nu bekende demografische ontwikkelingen. Alle andere factoren die de vraag naar revalidatiezorg beïnvloeden, zoals economische-, en politieke ontwikkelingen, gemiddelde gezondheid en andere aanbieders van revalidatiezorg, worden in de verkenning geacht gelijk te blijven. In dit verband wordt vermeld dat demografische ontwikkelingen voor het tijdvak waar het hier om gaat niet of nauwelijks worden beïnvloed door externe factoren en hierdoor nauwkeurig te voorspellen zijn.* Conclusies die op grond van demografische ontwikkelingen worden getrokken zullen zich dus met zeer grote mate van waarschijnlijkheid voordoen.

Voor iedere lidinstelling van Revalidatie Nederland is een set kaarten en tabellen beschikbaar gesteld. Hiermee wordt de spreiding van patiënten in het verzorgingsgebied in beeld gebracht en kan worden ingeschat wat de gevolgen van de demografische ontwikkelingen zijn voor de betreffende instelling.

* Een CBS voorspelling, gemaakt in 1991, voorspelde de bevolkingsomvang van 2005 op minder dan 0,2% nauwkeurig. Het huidige Pearl model houdt in zijn demografische prognoses ook rekening met migratie.

3.1 Revalidatiezorg in Nederland

Voor een goede voorspelling is het belangrijk dat er betrouwbare en volledige informatie beschikbaar is van alle revalidatiepatiënten in Nederland. Essentiële gegevens zijn: de instelling waar de zorg wordt verleend, de woonplaats, leeftijd, geslacht, behandelvorm en de aandoening. Voor het verkrijgen van deze gegevens is informatie verzameld over de volgende deelsectoren waar multidisciplinaire revalidatiezorg wordt verleend:

- Revalidatiecentra
- Stichting Revalidatie Ziekenhuizen (SRZ)
- Overige zelfstandige ziekenhuizen.

De patiëntgegevens van de revalidatie-instellingen zijn beschikbaar op basis van de gangbare verzameling van gegevens. Deze is op onderdelen wat meer verfijnd ten behoeve van dit onderzoek. De patiëntgegevens van SRZ zijn op verzoek en specificatie van Revalidatie Nederland aangeleverd.

In de volgende ziekenhuizen wordt door de SRZ de revalidatiezorg uitgevoerd: Medisch Centrum Alkmaar, Rode Kruis Ziekenhuis, Gemini Ziekenhuis, Kennemer Gasthuis, Westfriesgasthuis en het Waterlandziekenhuis. De patiëntgegevens van de overige ziekenhuizen zijn, tot op heden, niet op het niveau van de individuele patiënt beschikbaar. De patiëntenaantallen van deze ziekenhuizen zijn wel van belang voor de toekomstverkenning die wordt gemaakt. Om die reden zijn deze cijfers op basis van beschikbare gegevens geschat.

Over de revalidatiezorg in de verpleeghuizen was geen informatie te verkrijgen. Zover bekend vindt in deze sector ook weinig tot geen revalidatiegeneeskunde plaats in de multidisciplinaire en specialistische vorm zoals die in revalidatie-instellingen en ziekenhuizen wordt geboden.

Samengevoegd leveren deze informatiebronnen het volgende totaalbeeld op van de revalidatie in Nederland.

Tabel 1 Aantallen unieke patiënten en de revalidatiezorg, verslagjaar 2006

deelsector	behandelvorm		
	poliklinisch	klinisch	totaal
Revalidatiecentra	52.464	7.730	60.194
SRZ ziekenhuizen	1.946	-	1.946
Overige zelfstandige ziekenhuizen	10.849	-	10.849
totaal aantal revalidatie patiënten	65.259	7.730	72.989

In het vervolg van de analyses wordt gewerkt met de gegevens van de revalidatiecentra en de SRZ ziekenhuizen, omdat deze gegevens op patiënniveau beschikbaar zijn en derhalve kunnen worden gespecificeerd naar gemeenten en provincies. Bij het interpreteren van de informatie moet dus rekening worden gehouden met het ontbreken van de geschatte gegevens van de zelfstandige ziekenhuizen. Evenals het ontbreken van informatie over de verpleeghuissector.

In de managementrapporten en het brancherapport van Revalidatie Nederland is het gebruikelijk om onderscheid te maken tussen behandelvorm en leeftijd. Een patiënt wordt als kind ingedeeld als hij op 1 januari van het verslagjaar nog geen 17 jaar is. In tabel 2a worden de patiënten voor verslagjaar 2006 naar deze kenmerken onderverdeeld.

Tabel 2a Aantallen unieke patiënten naar deelsector, leeftijd en behandelvorm (leeftijdsgrens kind/volwassen 17 jaar)

deelsector	behandelvorm					
	poliklinisch	%	klinisch	%	totaal	%
Revalidatiecentra						
kinderen (<17 jaar)	12.109	23,1	354	4,6	12.463	20,7
volwassenen	40.355	76,9	7.376	95,4	47.731	79,3
totaal	52.464		7.730		60.194	
SRZ ziekenhuizen						
kinderen (<17 jaar)	153	7,9	-		153	7,9
volwassenen	1.793	92,1	-		1.793	92,1
totaal	1.946				1.946	

Voor de toekomstverkenning is gebruik gemaakt van de CBS bevolkingsprognose. Deze prognose levert per vijfjaars leeftijdsgroep op het niveau van de gemeente een schatting van het aantal te verwachten inwoners. Om deze prognose eenvoudig te kunnen koppelen wordt daarom voor kinderen een leeftijdsgrens genomen die een veelvoud van 5 jaar is. Onderstaande tabel geeft weer hoe, op basis van een leeftijdsgrens van 20 jaar voor kinderen, de verdeling van patiënten naar leeftijd en behandelvorm uitpakt.

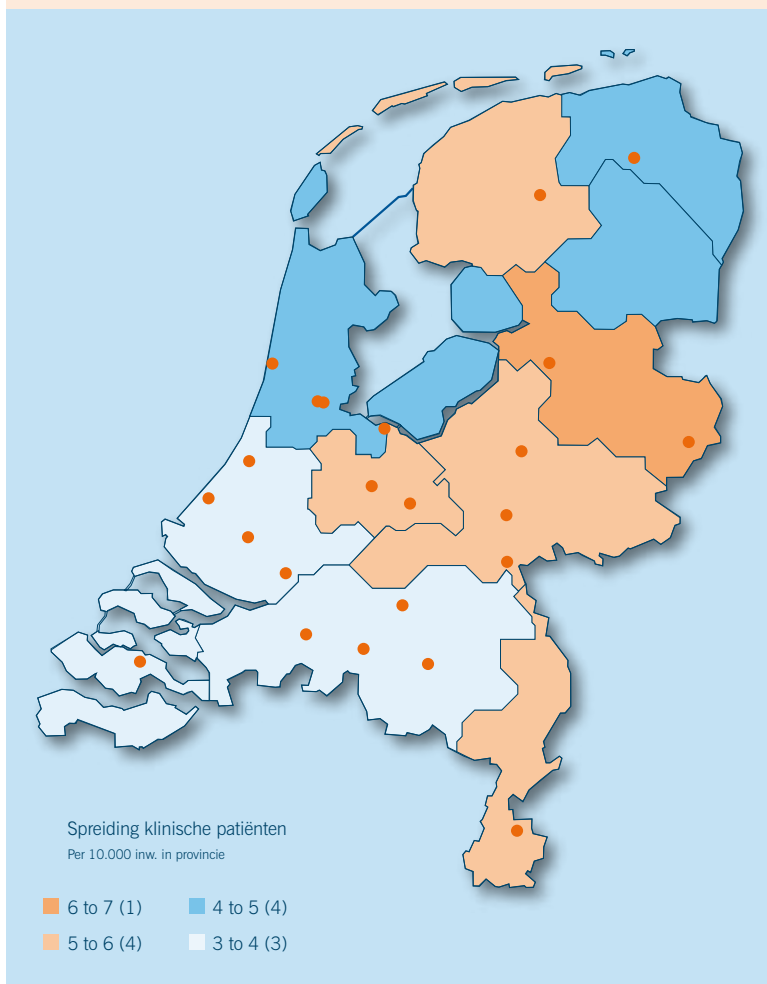
Tabel 2b Aantallen unieke patiënten naar deelsector, leeftijd en behandelvorm (leeftijdsgrens kind/volwassen 20 jaar)

deelsector	behandelvorm					
	poliklinisch	%	klinisch	%	totaal	%
Revalidatiecentra						
kinderen (<20 jaar)	13.439	25,6	531	6,9	13.970	23,2
volwassenen	39.025	74,4	7.199	93,1	46.224	76,8
totaal	52.464		7.730		60.194	
SRZ ziekenhuizen*						
kinderen (<17 jaar)	196	10,1	-		196	10,1
volwassenen	1.750	89,9	-		1.750	89,9
totaal	1.946				1.946	

Om na te gaan in hoeverre er sprake is van een evenwichtige spreiding van de revalidatiezorg in Nederland zijn de patiënten naar provincie ingedeeld. Vervolgens is bepaald welk percentage van de bevolking in 2006 een revalidatiebehandeling heeft ontvangen. In de navolgende kaarten is het resultaat zichtbaar. In de legenda van de kaarten is opgenomen op welke basis de verdeling in categorieën tot stand is gebracht. Met het cijfer tussen haakjes per categorie wordt aangegeven hoe vaak deze categorie voorkomt in Nederland.

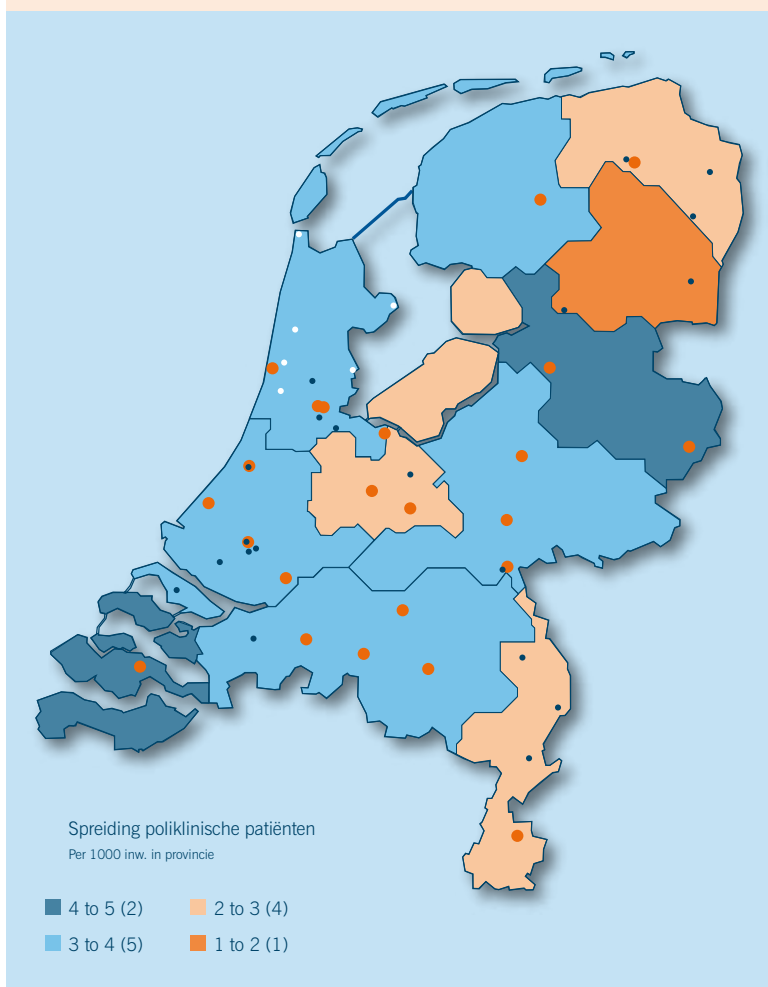
In kaart 1 is de spreiding van de klinische revalidatiepatiënten in Nederland weergegeven, voor verslagjaar 2006. De 24 revalidatiecentra zijn aangegeven met rode stippen.

Kaart 1 Spreiding van de klinische patiënten



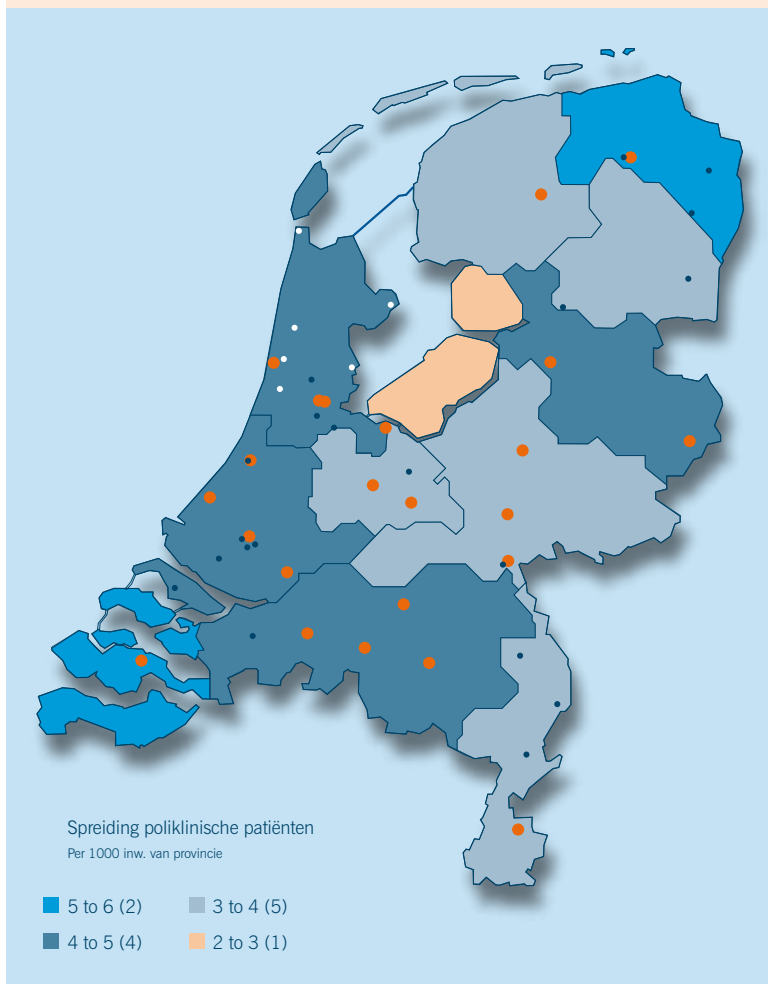
In kaart 2 wordt de spreiding van de poliklinische revalidatiezorg in Nederland weergegeven. Hierin zijn de poliklinische revalidatiepatiënten in ziekenhuizen niet meegenomen, aangezien informatie over de verblijfplaats van deze patiëntengroep ontbreekt. In kaart 2 zijn de 24 revalidatiecentra (rood), 6 SRZ-ziekenhuizen in Noord-Holland (wit) en de overige zelfstandige ziekenhuizen (zwart) weergegeven. De poliklinische patiëntenaantallen van de zwarte stippen zijn dus niet meegenomen. Uit kaart 2 komt naar voren dat de ziekenhuizen vooral zijn gevestigd in de gebieden met een relatief laag aantal patiënten per 1000 inwoners. Dit is een bevestiging van het feit dat de zelfstandige ziekenhuizen van invloed zijn op de patiëntenaantallen van de revalidatie-instellingen.

Kaart 2 Spreiding van de poliklinische patiënten



Ter ondersteuning van de interpretatie van kaart 2 is in kaart 3 een benadering weergegeven van de spreiding van de poliklinische patiënten inclusief de ziekenhuisrevalidatie. Hierbij zijn de poliklinische patiëntenaantallen van de zelfstandige ziekenhuizen volgens een concentrisch model in de kaart opgenomen. Hiermee is het mogelijk om het effect op de patiëntenaantallen te benaderen van de revalidatiezorg die wordt uitgevoerd door de ziekenhuizen.

Kaart 3 Geschatte spreiding van poliklinische patiënten
inclusief ziekenhuisrevalidatie



3.2 Demografische ontwikkelingen

Op basis van het Pearl model heeft het CBS de bevolkingsprognose voor de jaren tot 2025 opgesteld. Voor de jaren 2015 en 2025 levert dit op provincieniveau het volgende beeld op.

Tabel 3 Ontwikkeling bevolkingsomvang per provincie

Provincie	basisjaar	prognosejaar	prognosejaar		
	2005	2015	verschil	2025	verschil
	bevolkings- omvang	bevolkings- omvang	tot 2005	bevolkings- omvang	tot 2015
Groningen	575.072	588.002	2,2%	609.037	3,6%
Friesland	642.977	647.961	0,8%	652.316	0,7%
Drenthe	483.369	488.158	1,0%	493.610	1,1%
Overijssel	1.109.432	1.135.415	2,3%	1.155.748	1,8%
Flevoland	365.859	415.954	13,7%	462.195	11,1%
Gelderland	1.972.010	1.989.474	0,9%	1.993.559	0,2%
Utrecht	1.171.291	1.210.352	3,3%	1.237.474	2,2%
Noord-Holland	2.599.103	2.706.723	4,1%	2.813.403	3,9%
Zuid-Holland	3.458.381	3.563.896	3,1%	3.669.307	3,0%
Zeeland	379.978	370.582	-2,5%	365.148	-1,5%
Noord-Brabant	2.411.359	2.430.209	0,8%	2.430.229	0,0%
Limburg	1.136.695	1.093.914	-3,8%	1.052.096	-3,8%
Totaal Nederland	16.305.526	16.640.640	2,1%	16.934.122	1,8%

bron: CBS bevolkingsprognose op basis van Pearl model

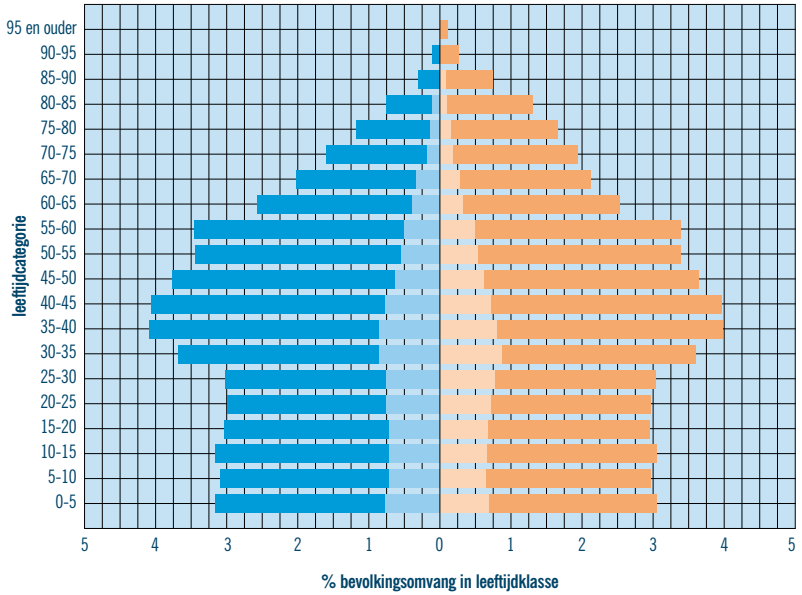
Het CBS model voorspelt een geringe afnemende groei van de totale bevolking. Tussen 2005 en 2015 is de toename 2,06% en tussen 2015 en 2025 wordt een toename van 1,76% verwacht.

Op het niveau van de provincies kan uit tabel 3 worden afgelezen dat er voor een aantal provincies grotere verschillen zijn te verwachten. Hier zal dus wel enig effect op de patiëntenomvang voor het revalidatiecentrum te verwachten zijn.

Uit de ontwikkeling van de bevolkingsomvang in de provincies kan overigens niet direct worden afgeleid hoeveel patiënten revalidatie-instellingen in de toekomst mogen verwachten, daar dit mede afhankelijk is van de bevolkingsopbouw.

Onderstaande bevolkingspiramiden laten duidelijk zien dat de vergrijzing in de nabije toekomst fors toeneemt. En het is vooral de vergrijzing die gevolgen heeft voor het patiëntenaanbod van de revalidatie-instellingen. Duidelijk is te zien dat de “babyboom generatie” opschuift en er tegelijkertijd minder geboorten zijn.

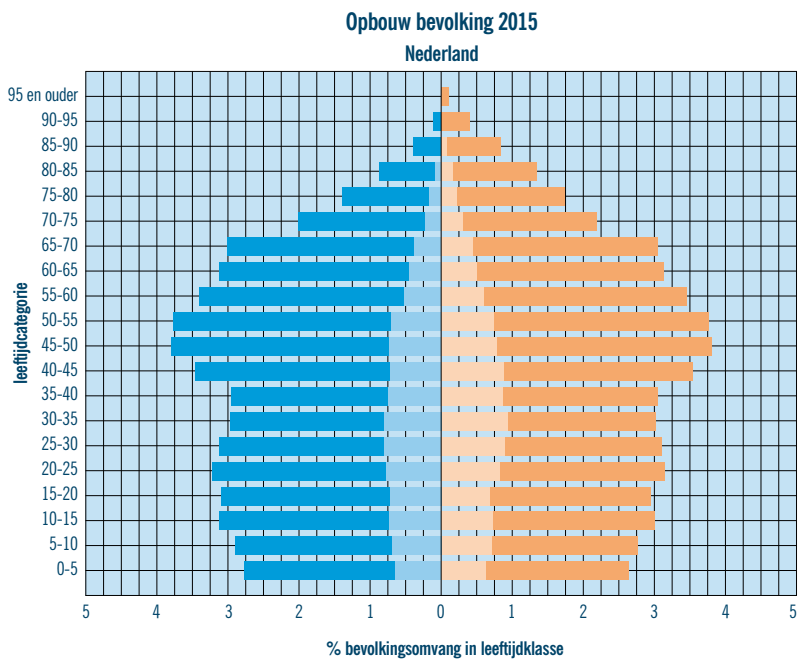
Opbouw bevolking 2005 Nederland



allochtonen: 1e+2e generatie westers en niet-westers

Inwonerscategorie

- mannen autochtoon
- mannen allochtoon
- vrouwen autochtoon
- vrouwen allochtoon

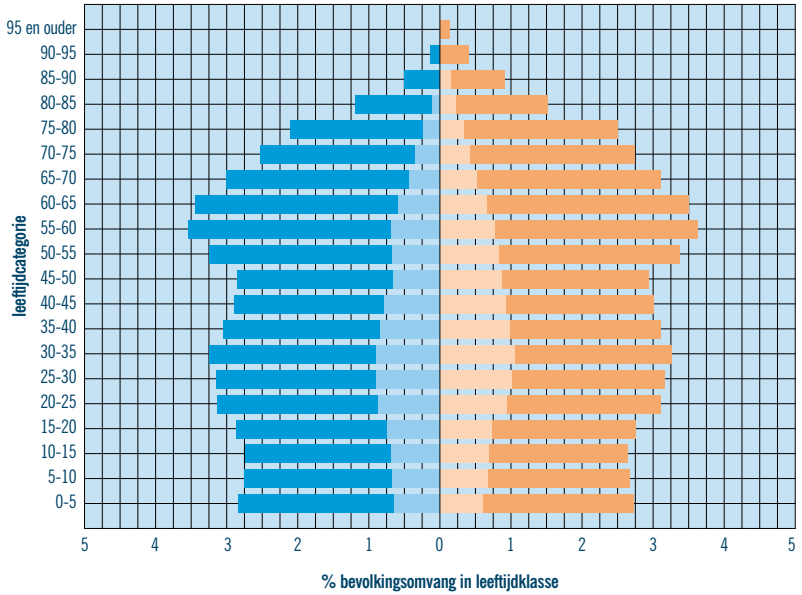


allochtonen: 1e+2e generatie westers en niet-westers

Inwonerscategorie

- mannen autochtoon
- mannen allochtoon
- vrouwen autochtoon
- vrouwen allochtoon

Opbouw bevolking 2025 Nederland



allochtonen: 1e+2e generatie westers en niet-westers

Inwonerscategorie

- mannen autochtoon
- mannen allochtoon
- vrouwen autochtoon
- vrouwen allochtoon

Wanneer zowel de veranderingen in omvang als opbouw van de bevolking worden meegewogen, dan mogen de volgende patiëntenaantallen worden verwacht. Vanzelfsprekend gaat dit uit van onveranderd beleid van de instellingen.

Tabel 4 Aantallen behandelde patiënten naar leeftijd en behandelvorm*

	2006		2015		2025	
behandelvorm	Kind.	Volw.	Kind.	Volw.	Kind.	Volw.
klinisch	531	7.199	530	8.014	496	8.358
poliklinisch	13.635	40.775	13.176	43.948	12.734	45.180
totaal	14.166	47.974	13.706	51.962	13.231	53.538

* (leeftijdsgrens kind/volwassen 20 jaar)

In tabel 5 wordt de te verwachten patiëntenomvang voor iedere provincie ingeschat, rekening houdend met bevolkingsopbouw en omvang.

In de tabellen 1, 2a en 2b zijn de patiëntenaantallen steeds gepresenteerd als unieke patiënten binnen de behandelvormen. Dat levert in de praktijk een gering aantal dubbelstellingen op daar een deel van de klinische patiënten doorstroomt naar een poliklinische vervolgbehandeling en daar ook wordt geteld. In 2006 stroomden in de revalidatiecentra 3710 patiënten door. In tabel 5, en ook in de geografische markt- en spreidingskaarten die nog volgen, wordt uiteraard gewerkt met de fysiek unieke patiënten en zijn de 'doorstromers' dus niet meegenomen.

Tabel 5 Te verwachten patiëntenomvang per provincie

	2006	2006	2006	2015	2025
	totale bevolking	patiënten in provincie	patiënten per 1000 inwoners	schatting patiënten- aantallen op basis van Pearle model	
Provincie					
Groningen	575.072	1.673	2,91	1.800	1.875
Friesland	642.977	2.394	3,72	2.479	2.487
Drenthe	483.369	869	1,80	883	869
Overijssel	1.109.432	5.264	4,74	5.516	5.612
Flevoland	365.859	1.116	3,05	1.334	1.487
Gelderland	1.972.010	6.737	3,42	6.880	6.806
Utrecht	1.171.291	3.430	2,93	3.685	3.731
Noord-Holland	2.599.103	10.053	3,87	11.041	11.563
Zuid-Holland	3.458.381	11.349	3,28	12.233	12.700
Zeeland	379.978	1.935	5,09	1.911	1.873
Noord-Brabant	2.411.359	10.039	4,16	10.478	10.473
Limburg	1.136.695	3.571	3,14	3.377	3.152
Totaal Nederland	16.305.526	58.430	3,58	61.617	62.626

bron: Revalidatie databank, prognose op basis van Pearl model

Op basis van tabel 6 kan worden vastgesteld dat het totale aantal revalidatiepatiënten zal blijven stijgen, van 2006 tot 2015 met zo'n 5,5%, terwijl de bevolkingsomvang in deze periode maar 2% toeneemt. Tussen 2015 en 2025 houdt de stijging van het patiëntenaantal gelijke tred met de groei van de bevolking.

Tabel 6 Stijging omvang bevolking en patiëntenomvang

	2006-2015	2015-2025
totale bevolking	2,06%	1,76%
revalidatiepatiënten	5,45%	1,76%

De gemiddelde leeftijd van de patiënten zal uiteraard ook toenemen:

Tabel 7 Ontwikkeling gemiddelde leeftijd van de patiëntengroepen

	2006	2015	2025
klinisch	50	52	54
poliklinisch	40	42	44
totaal	41	43	45

Wanneer wordt aangenomen dat de huidige relatie tussen leeftijd en aandoeningen waarmee patiënten zich aanmelden, gelijk blijft dan kan de volgende prognose worden samengesteld.

Tabel 8a Prognose verdeling van klinische patiënten naar behandelgroep*

	% verdeling		
	2006	2015	2025
Volwassenen			
Chirurgische en orthopedisch	14,2%	14,0%	14,1%
Neuro. groep/centraal zenuwstelsel	57,2%	58,0%	57,9%
Neuro. groep/perifeer zenuwstelsel en spieren	7,9%	8,0%	8,1%
Reumatische aandoeningen	2,9%	2,9%	2,7%
Orgaanaandoeningen	5,3%	5,4%	5,7%
Cognitieve stoornissen	0,7%	0,8%	0,8%
Pijnsyndromen	5,6%	5,0%	4,7%
Overige revalidatieproducten	4,3%	4,2%	4,2%
geen diagnose	1,8%	1,8%	1,8%
totaal	100,0%	100,0%	100,0%
Kinderen			
Chirurgische en orthopedisch	12,7%	13,1%	12,6%
Neuro. groep/centraal zenuwstelsel	44,6%	44,7%	45,1%
Neuro. groep/perifeer zenuwstelsel en spieren	10,2%	9,9%	10,2%
Reumatische aandoeningen	2,5%	2,6%	2,5%
Orgaanaandoeningen	2,0%	2,1%	2,2%
Cognitieve stoornissen	0,0%	0,0%	0,0%
Pijnsyndromen	22,6%	22,8%	22,3%
Overige revalidatieproducten	3,4%	3,1%	3,4%
geen diagnose	2,0%	1,7%	1,7%
totaal	100,0%	100,0%	100,0%

* leeftijdsgrens kind/volwassen 17 jaar

Tabel 8b Prognose verdeling van poliklinische patiënten naar behandelgroep*

	% verdeling		
	2006	2015	2025
Volwassenen			
Chirurgische en orthopedisch	18,1%	17,9%	17,8%
Neuro. groep/centraal zenuwstelsel	33,1%	33,6%	33,7%
Neuro. groep/perifeer zenuwstelsel en spieren	7,3%	7,3%	7,3%
Reumatische aandoeningen	7,1%	6,9%	6,7%
Orgaanaandoeningen	9,0%	9,6%	10,1%
Cognitieve stoornissen	1,5%	1,6%	1,6%
Pijnsyndromen	12,9%	11,8%	11,1%
Overige revalidatieproducten	4,8%	4,9%	5,0%
geen diagnose	6,1%	6,3%	6,5%
totaal	100,0%	100,0%	100,0%
Kinderen			
Chirurgische en orthopedisch	8,3%	8,4%	8,4%
Neuro. groep/centraal zenuwstelsel	70,4%	69,9%	70,3%
Neuro. groep/perifeer zenuwstelsel en spieren	7,7%	7,8%	7,6%
Reumatische aandoeningen	2,1%	2,1%	2,1%
Orgaanaandoeningen	0,8%	0,9%	0,9%
Cognitieve stoornissen	0,2%	0,2%	0,2%
Pijnsyndromen	2,6%	2,7%	2,6%
Overige revalidatieproducten	4,2%	4,2%	4,2%
geen diagnose	3,8%	3,9%	3,9%
totaal	100,0%	100,0%	100,0%

* leeftijdsgrens kind/volwassen 17 jaar

3.3 Concluderend

Als uitgaande van de situatie in 2006, een prognose wordt gemaakt van de veranderingen in omvang en samenstelling van de patiëntengroepen voor de jaren 2015 en 2025 dan mag op demografische gronden worden verwacht dat:

1. De toename van het aantal revalidatiepatiënten tot 2015 fors hoger is dan de toename van de totale bevolking landelijk en daarna gelijke tred houdt met de groei van de bevolking. Deze toename is vooral toe te schrijven aan de vergrijzing.
2. Tegen de verwachting in is er ondanks de stijging van de gemiddelde leeftijd van de patiënten geen noemenswaardige verschuiving te zien in de verdeling van de aandoeningen waarmee patiënten de revalidatiesector instromen. De verklaring hiervoor is, dat de aandoeningen waarvoor patiënten revalidatiezorg zoeken weinig leeftijdsspecifiek zijn.
3. Omdat de bevolkingsopbouw regionaal grotere verschillen vertoont, kunnen individuele instellingen wel meer veranderingen in de patiëntengroepen verwachten.
4. Er is sprake van een behoorlijke regionale variatie in de spreiding van patiënten. Het is interessant hiervoor verklaringen te vinden. Hoe komt het dat er in de ene regio bijvoorbeeld sprake is van 7 klinische patiënten per 10.000 inwoners en in de andere regio van 3 klinische patiënten per 10.000 inwoners? Door het stellen en beantwoorden van dergelijke vragen wordt het zicht op de eigen sector, en de eventuele mogelijkheden voor de toekomst, vergroot.

3.4 Regionale gegevens

De leden van Revalidatie Nederland hebben op basis van dit onderzoek materiaal over de eigen instelling ontvangen. Dit omvat een kaart waarin per gemeente het marktaandeel van de instelling wordt aangegeven en een tweede kaart waarin per gemeente het totale aantal revalidatiepatiënten wordt weergegeven. Ook wordt aangegeven hoe in de toekomst de patiëntenpopulatie zich op basis van demografische veranderingen zal ontwikkelen.



4 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste conclusies van de strategische en kwantitatieve oriëntatie op de markt. Waar mogelijk wordt op basis van de uitkomsten een advies gegeven voor de toekomst.

Achtereenvolgens komen de volgende tien conclusies aan de orde:

1. Er bestaat een positief beeld over de sector.
2. Er ontstaat een verscheidenheid aan aanbieders.
3. De ketenzorg moet sterker worden georganiseerd.
4. De patiënt komt meer centraal te staan.
5. De concurrentiedruk is afhankelijk van de relatie.
6. De positie van de 1e lijn wordt sterker.
7. Uitbreiding van regionale samenwerking is mogelijk.
8. De potentiële groei is gegarandeerd op basis van demografische ontwikkelingen.
9. De diagnosegroepen lijken gelijk te blijven.
10. Het risico van verminderde kennisdeling is aanwezig.

4.1 Positief beeld over sector

De landelijke relaties van Revalidatie Nederland hebben een positief beeld over de sector. De sector wordt ervaren als hecht, sterk en met een eigen identiteit. Gezamenlijke inspanningen omtrent onderzoek, kwaliteitsbeleid en grote ontwikkelingen zoals het EPD worden positief gewaardeerd door de externe relaties.

Revalidatie Nederland is op basis van de kracht en eenheid van de sector in staat om spreekbuis van de hele vereniging te zijn en kan daardoor landelijke afspraken maken namens alle leden. Dat is sterk.

Advies

Het is van belang om te blijven investeren in de eenheid en de gedeelde opvattingen binnen de sector. Dit komt de eigen identiteit en de externe beeldvorming zeer ten goede. Hierbij is ook van belang dat het onderscheid met andere sectoren duidelijk is. Een sterke positie van de koepel is medebepalend voor het hebben en houden van een rol van betekenis in landelijke relatienetwerken. Bovendien is een sterke positie van de koepel ook van invloed op de regionale positie van lidinstellingen.

4.2 Verscheidenheid aan aanbieders

In vrijwel elk gesprek met landelijke en regionale relaties komt naar voren dat traditionele organisatievormen steeds minder dominant zullen worden. Er zal een grote verscheidenheid aan organisatievormen en aanbieders van zorg gaan ontstaan. Hierbij zal concernvorming zeker een rol gaan spelen. Diverse relaties geven aan dat het maar de vraag is of een revalidatie-instelling sec op termijn nog voldoende bestaansgrond heeft. In dit verband wordt gewezen op de toenemende interesse van ziekenhuizen om samenwerking aan te gaan met verpleeghuizen. Hiermee kan een snellere doorstroom van patiënten worden gerealiseerd en is het bovendien mogelijk voor ziekenhuizen om deels onder eigen regie een groter deel van een keten-DBC uit te voeren. In dit verband ontwikkelen verpleeghuizen producten gericht op reactivering en revalidatie. Deze patiënten zijn een bijzonder interessante doelgroep voor de V&V-instellingen. Dit alles betekent een zeker risico voor de revalidatiesector. Ziekenhuizen worden vaak gezien als de navelstreng van de revalidatie-instellingen. Wanneer de ziekenhuizen voor een bepaalde patiëntengroepen op zoek gaan naar andere zorgpartners, dan kan dit op de langere termijn effecten hebben op de doorstroming van patiënten naar de revalidatie-instellingen.

Advies

Het is van belang dat revalidatie-instellingen ondernemend zijn en inspelen op de verschuivingen die in de markt gaan plaatsvinden. Het afschermen

van het eigen domein zal op termijn niet succesvol zijn. Het is beter om de samenwerking met ziekenhuizen en verpleeghuizen te intensiveren en daar waar mogelijk allianties aan te gaan. Ziekenhuizen gaan meer en meer op zoek naar bedden capaciteit om de doorstroom te versnellen. Ze komen terecht bij concerns van verpleeghuizen. Als gevolg van deze prikkel ontstaat er binnen de verpleeghuissector de behoefte om zorgaanbod op het terrein van reactivering en ook revalidatie te ontwikkelen. Goede samenwerkingsrelaties van revalidatie-instellingen met ziekenhuizen en verpleeghuizen kunnen toegang verschaffen tot deze interessante verschuiving in de markt. Hierbij is het van belang om vooraf de strategische doelen van de samenwerking te definiëren. Alleen het brengen van expertise biedt mogelijk een onvoldoende basis voor een langdurige samenwerking waarvan beide organisaties veel voordelen ervaren.

4.3 Ketenzorg moet sterker

In alle gesprekken is het onderwerp ketenzorg aan de orde gekomen. In veel gevallen is er geen sprake van goed uitgewerkte ketenafspraken. In enkele gevallen zijn een aantal zorgketens, zoals de CVA-keten, professioneel vormgegeven door meerdere organisaties tezamen. Duidelijk is dat het goed organiseren van ketenzorg een intensief proces is. Iedereen lijkt ervan overtuigd dat hiervoor meer aandacht moet komen. Daarbij staat niet langer het zorgaanbod van een instelling centraal, maar is het zorgpad dat een patiënt nodig heeft leidend. Onduidelijk is in hoeverre gebruik wordt gemaakt van blauwdrukken en uitgewerkte concepten, en in hoeverre kennis wordt uitgewisseld tussen de revalidatie-instellingen.

Advies

Niet de organisatie maar de patiënt staat centraal. Aan de diverse zorgaanbieders de uitdaging om het zorgaanbod goed op elkaar af te stemmen, in het belang van de patiënt. Hierbij bestaat behoefte aan coördinatie. Dit is een uitgelezen kans voor revalidatie-instellingen. Het is weinig efficiënt om iedere instelling het wiel opnieuw te laten uitvinden. Er zijn al goede erva-

ringen opgedaan met de CVA-keten. Het onderwerp ketenzorg leent zich prima voor intensievere productontwikkeling en kennisuitwisseling binnen Revalidatie Nederland. Met de beschikking over een soort van blauwdruk en ondersteunende materialen is het voor een revalidatie-instelling beter mogelijk om in de regio de coördinatie op te pakken en tot ketenafspraken te komen. De invoering van de DBC's zal ook een stimulerend effect hebben op het ontstaan van keten-DBC's.

4.4 Patiënt meer centraal

In diverse gesprekken met de externe relaties is gewezen op de gewijzigde positie van patiënten. De patiënt is meer in beeld. Het zorgaanbod wordt steeds beter afgestemd op de wensen en behoeften van patiënten. In dit verband wordt ook gesproken over de empowerment van patiënten. De revalidatiesector heeft hierin een voorsprong ten opzichte van andere zorgorganisaties. Dit als gevolg van de vanzelfsprekendheid binnen de sector om een patiënt actief te betrekken bij het bepalen en evalueren van de eigen behandeldoelen. De patiënt centraal betekent ook de tendens om de behandeling steeds dichterbij de eigen omgeving van een patiënt te laten plaatsvinden.

Advies

Een goede interactie tussen patiënt en zorgaanbieder is van belang om te komen tot een goede match tussen zorgvraag en zorgaanbod. Op het niveau van de instellingen zijn hiervoor periodieke contacten met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties van belang. Ook de inzet van ICT kan een grote bijdrage leveren aan het meer centraal stellen van de patiënt. Vormen van telemedicine maken het mogelijk om de patiënt in de thuissituatie te behandelen en/of te monitoren. Het is raadzaam om dergelijke ICT-toepassingen in het veld door een aantal revalidatie-instellingen uit te laten proberen en de opgedane kennis binnen de vereniging te delen.

4.5 Concurrentiedruk afhankelijk van samenwerkingsrelatie

Daar waar de wederzijdse afhankelijkheden tussen zorgaanbieders groot zijn, lijkt ook het wederzijds respect tussen de aanbieders groot te zijn. Bij een gedefinieerde samenwerkingsrelatie worden de onderlinge positie veelal gewaardeerd. De samenwerking is gebaseerd op een gedefinieerde plaats in het veld, welke is verkregen op basis van o.a. expertise. Vraagstukken omtrent toekomstige ontwikkelingen worden beschouwd vanuit de bestaande relaties tussen zorgaanbieders.

Dit is veel minder het geval in gebieden waar de afhankelijkheden tussen organisaties laag zijn en geen helder gedefinieerde samenwerkingsrelaties aanwezig zijn. Er zijn geen posities belegd en er is vrijwel geen verplichting naar elkaar om posities te respecteren. Dit resulteert in een hogere concurrentiedruk. Zorgaanbieders zullen eerder voor het eigen belang gaan, zonder dat de regionale relaties gerespecteerd hoeven te worden.

Advies

Het is raadzaam om met alle zorgaanbieders in de keten een gedefinieerde samenwerkingsrelatie te hebben. Dit maakt de onderlinge verhoudingen duidelijk, geeft de positie in het speelveld aan en is van invloed op de concurrentiedruk die binnen de keten zal ontstaan. Zonder gedefinieerde samenwerkingsrelaties zullen veel organisaties met name kijken naar het eigen belang en de mogelijkheden om het eigen marktaandeel te vergroten. Wanneer samenwerkingsrelaties zijn gedefinieerd, ontstaat er focus op het gezamenlijk belang, optimale afstemming in de patiëntenzorg, het vergroten van de markt als geheel of de toename van het gezamenlijk marktaandeel ten opzichte van organisaties waarmee geen samenwerking bestaat.

4.6 Sterkere positie 1e lijn

De invoering van de DBC's zal onder andere een versterking van de eerstelijnszorg tot gevolg hebben. Grote eerstelijnszorginstellingen zijn nu al succesvol in de aanbesteding van zorg voor chronische patiënten. De eerstelijnszorgaanbieders zullen daardoor een interessante partij worden voor zorgverzekeraars die op prijs inkopen. De grote eerstelijns instellingen geven aan dat het beschikbaar hebben van bedden capaciteit in revalidatie-instellingen om patiënten een paar dagen ter observatie onder te brengen wenselijk is. Ook wordt gevraagd om overdracht van expertise van medewerkers van revalidatiecentra naar de eerste lijn. In het kader van de eerste lijn als verwijzer, is het interessant voor revalidatie-instellingen om kennis te nemen van de toenemende verwijzing met behulp van ICT-toepassingen.

Advies

Een sterkere eerstelijnszorg heeft kansen en risico's in zich voor de revalidatie-instellingen. Wanneer geïnvesteerd wordt in de gewenste inrichting van de samenwerking, dan zullen de risico's plaats maken voor de kansen. Het beschikbaar stellen van expertise in de vorm van scholing en consultatie zal de kwaliteit van het eerstelijnszorgaanbod en de kwaliteit van de samenwerking ten goede komen.

4.7 Uitbreiding regionale samenwerking mogelijk

De regionale samenwerkingsrelaties zijn overal anders. In de ene regio zijn de relaties meer gedefinieerd dan in de andere, met ook de eerder beschreven gevolgen voor de concurrentiedruk. Wat echter opvalt is dat in elke bezochte regio, de regionale relaties aangeven dat men graag op bestuurlijk niveau met het revalidatiecentrum in gesprek gaat over de mogelijkheden om nieuwe samenwerkingsvormen te vinden. Ook op inhoudelijk vlak worden er mogelijkheden gezien voor samenwerking. Vrijwel in ieder gesprek komt het uitwisselen van expertise aan de orde.

Advies

De drie in dit marktonderzoek participerende revalidatie-instellingen: Blixembosch van de Libra Zorggroep, UMCG Beatrixoord en Rijnlands Revalidatiecentrum, worden geadviseerd op bestuurlijk niveau verder te praten met de besturen van de organisaties die aan het onderzoek hebben meegedaan. De diverse gespreksverslagen geven voldoende input voor een agenda van het gesprek. Het is goed mogelijk dat de bestuurlijke oriëntatie een startpunt kan zijn van een verdere verkenning of invulling van de samenwerking op organisatorisch of inhoudelijk terrein. Ook de overige revalidatie-instellingen worden geadviseerd om minimaal eenmaal per jaar een bestuurlijke toekomstoriëntatie te organiseren met de samenwerkingsrelaties.

4.8 Groei is gegarandeerd door demografische ontwikkelingen

Het totale aantal revalidatiepatiënten van 72.000 in 2006 zal blijven stijgen, van 2007 tot 2015 met bijna 5,5%. Tussen 2015 en 2025 bedraagt de stijging van het patiëntenaantal circa 1,8%. De genoemde stijging van de aantallen patiënten is alleen gebaseerd op de demografische ontwikkelingen. De effecten van andere ontwikkelingen, zoals nieuwe markten en nieuwe producten, zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Dit geeft voor de continuïteit van de vraag naar revalidatiezorg een positief perspectief.

Advies

Het groeicijfer op basis van demografische ontwikkelingen laat echter ook zien dat alleen de bevolkingsgroei, niet voldoende is om de actuele gemiddelde groei van 3% à 4% per jaar ook in de toekomst te blijven realiseren. Dit betekent dat het noodzakelijk is om nieuwe producten te ontwikkelen, nieuwe markten aan te boren en nieuwe vormen van samenwerking te vinden. In dit verband wordt ook gewezen op de kansen die door respondenten worden gesignaleerd ten aanzien van de relatie tussen zorg en wonen en tussen zorg en werken.

4.9 Diagnosegroepen lijken gelijk te blijven

Ondanks de stijging van de gemiddelde leeftijd van de patiënten zal er op basis van de demografische ontwikkelingen geen grote landelijke verschuiving te zien zijn in de verdeling van de aandoeningen waarmee patiënten de revalidatiesector instromen. De verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de aandoeningen waarvoor patiënten revalidatiezorg zoeken weinig leeftijds-specifiek zijn, echter het ligt meer voor de hand dat de huidige classificatiemethodiek onvoldoende gevoelig is voor verschuivingen in de leeftijd van de patiënten.

Advies

Bovenstaande conclusie zou kunnen betekenen dat bij ongewijzigd beleid het type zorg dat nodig zal zijn in 2025, in zekere zin gelijk zal zijn aan het zorgaanbod van vandaag. Een stabiele markt voor de revalidatie-instellingen. In dat geval kan het ontwikkelpotentieel van de instellingen volledig ingezet worden voor het aanboren van nieuwe markten en het ontwikkelen van nieuwe producten voor de bekende markt.

Het is echter ook aan te bevelen de leeftijdsspecificiteit van de huidige A4-classificatie nader te onderzoeken. Wellicht dat hierdoor beter inzicht verkregen kan worden in de toekomstige verschuivingen binnen de diagnosegroepen.

4.10 Verminderde kennisdeling als risico

De marktwerking heeft niet alleen invloed op de positie van revalidatie-instellingen ten opzichte van andere zorgaanbieders. Het is ook van invloed op de positie van revalidatie-instellingen ten opzichte van elkaar. De marktwerking zal de concurrentie binnen de sector doen toenemen. Dit zal worden versterkt door fusies en schaalvergrotingen die zullen gaan plaatsvinden. Door geografische en technologische ontwikkelingen zullen revalidatie-instellingen zich minder laten begrenzen en ook buiten de eigen regio gaan aanbieden. De leden van Revalidatie Nederland worden daarmee in zekere

zin ook elkaars concurrent. Dit kan gevolgen hebben voor de mate waarin er bereidheid is om met elkaar kennis te delen.

Advies

Een vereniging is sterker dan een instelling alleen. De kracht van de vereniging straalt af op de positie van individuele lidinstellingen. Deze kracht is gebaseerd op het collectief van kennisuitwisseling en ontwikkeling. Ondanks de toename van concurrentie, ook tussen lidinstellingen, is het van belang de gezamenlijke vereniging te blijven voeden. De positie van de vereniging is, zoals beschreven in paragraaf 4.1, bepalend voor de invloed die kan worden aangewend op de landelijke ontwikkelingen. De leden van Revalidatie Nederland dienen daarom gezamenlijk te blijven investeren in de versterking van de sector als geheel. Het blijven delen van kennis en het gezamenlijk ontwikkelen van methoden en technieken zal op de lange termijn de meest effectieve strategie zijn.



Bijlage Externe relaties

Aan het marktonderzoek hebben de onderstaande relaties van Revalidatie Nederland en drie revalidatie-instellingen deelgenomen.

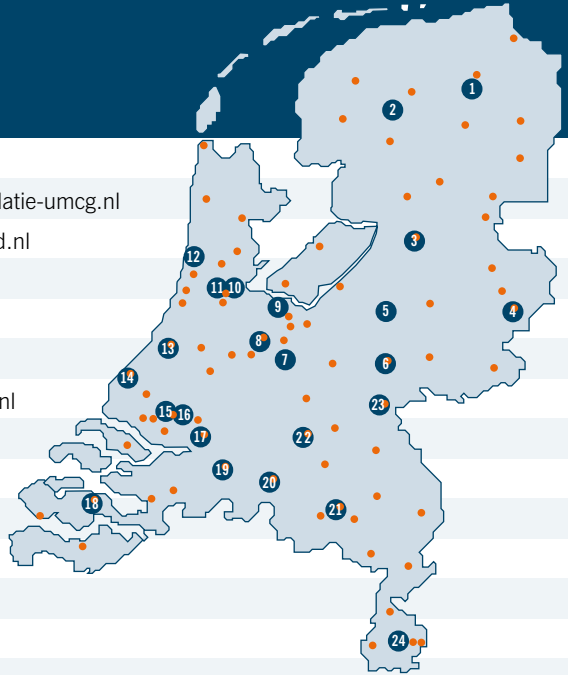
Actiz	Mw. drs. M.E. Rompa, voorzitter directie
College voor Zorgverzekering	Dhr. dr. A. Boer, lid Raad van Bestuur, arts
GGZ Nederland	Dhr. mr. drs. G.V.M. van Gemert, plv. directeur
Huisartsenpraktijk Medisch Centrum De Vecht	Dhr. B. Tent, huisarts
Revalidatiecentrum Blixembosch, onderdeel Libra Zorggroep	Dhr. V.O.M. Buitendijk, lid Raad van Bestuur; Dhr. drs. C. Pijls, lid Raad van Bestuur
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	Dhr. drs. V. Verrijp, beleidsmedewerker
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	Mw. drs. G. Gallé, directeur
REOS Zorg	Dhr. E.G. de Kievit, directeur

Rijnlands Revalidatiecentrum	Dhr. F.A. van den Broek d'Obrenan MHA, voorzitter Raad van Bestuur; Dhr. drs. C.M. van Gestel, lid Raad van Bestuur
Rijnland Ziekenhuis	Dhr. W. den Hartogh, lid Raad van Bestuur
Stichting Gezondheidscentra Eindhoven	Dhr. drs. E.J. van Voorst, directeur
SVVE De Archipel	Dhr. T. Muurling, voorzitter Raad van Bestuur
UMCG Beatrixoord	Mw. drs. G.A. Dolstra, manager zorg revalidatiegeneeskunde; Mw. Y.M. Jensma, manager bedrijfsvoering
Valent RDB	Dhr. J.J. De Vries, voorzitter Raad van Bestuur
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland	Mw. drs. J.E.A.M. Nooren, directeur
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Mw. R. van loon, clustermanager psychosociaal en revalidatie
Zorgverzekeraars Nederland	Dhr. J.W. Schouten, arts; Dhr. B. Geerdes, arts

Waar vindt u de revalidatie-instellingen?

1	Haren	Centrum voor Revalidatie - UMCG, locatie Beatrixoord
2	Beetsterzwaag	Revalidatie Friesland
3	Zwolle	De Vogellanden, centrum voor revalidatie
4	Enschede	Het Roessingh, centrum voor revalidatie
5	Apeldoorn	Kastanjehof, centrum voor revalidatie
6	Arnhem	Groot Klimmendaal, revalidatie voor kinderen, jongeren en volwassenen
7	Doorn	Militair Revalidatie Centrum Aardenburg
8	Utrecht	Revalidatiecentrum De Hoogstraat
9	Huizen	Revalidatiecentrum De Trappenberg
10	Amsterdam	Revalidatiecentrum Amsterdam
11	Amsterdam	Jan van Breemen Instituut
12	Wijk aan Zee	Stichting Heliomare
13	Leiden	Rijnlands Revalidatie Centrum
14	Den Haag	Sophia Revalidatie
15	Rotterdam	Rotterdamse Stichting voor Cardiologische Revalidatie
16	Rotterdam	Rijndam revalidatiecentrum
17	Dordrecht	Revalidatiecentrum De Waarden
18	Goes	Stichting Revalidatiegeneeskunde Zeeland
19	Breda	Stichting Revalidatiecentrum Breda
20	Tilburg	Revalidatiecentrum Leijpark, onderdeel van de Libra Zorggroep
21	Eindhoven	Revalidatiecentrum Blixembosch, onderdeel van de Libra Zorggroep
22	's-Hertogenbosch	Revalidatiecentrum Tolbrug
23	Nijmegen	Revalidatiecentrum van de Sint Maartenskliniek
24	Hoensbroek	Stichting Revalidatie Limburg

050 5338911	www.centrumvoorrevalidatie-umcg.nl
0512 389494	www.revalidatie-friesland.nl
038 4981111	www.vogellanden.nl
053 4875875	www.roessingh.nl
055 5382700	www.kastanjehof.nl
026 3526100	www.grootklimmendaal.nl
0343 598445	www.mrc.nl
030 2561211	www.dehoogstraat.nl
035 6929600	www.trappenberg.nl
020 6071607	www.rcamsterdam.nl
020 5896589	www.janvanbreemen.nl
0251 288222	www.heliomare.nl
071 5195195	www.rrc.nl
070 3593593	www.sophiarevalidatie.nl
010 4366988	www.rscr.nl
010 2412412	www.rijndam.nl
078 6523000	www.rcdewaarden.nl
0113 236236	www.rgz.nl
076 5331700	www.rcbreda.nl
013 5398539	www.rcleijpark.nl
040 2642742	www.blixembosch.nl
073 6992028	www.tolbrug.nl
024 3659911	www.maartenskliniek.nl
045 5282828	www.srl.nl



- Revalidatiecentrum hoofdvestiging
 - Ziekenhuis waar poliklinische en/of consultaire revalidatie wordt geboden
- (Bron: werkadressen VRA)

Hoe kunt u Revalidatie Nederland bereiken?

Revalidatie Nederland, Oudlaan 4, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht

T 030 2739384 F 030 2739406 info@revalidatie.nl www.revalidatie.nl

COLOFON

Uitgave van Revalidatie Nederland

Tekst: Revalidatie Nederland

Fotografie: Inge Hondebrink

Vormgeving: AC+M, Maarsse

Drukwerk: Tailormade, Buren

© Revalidatie Nederland, juni 2007