

Dagverpleging: financieel ondoorzichtig

Y.W. van Kemenade en J.W. Schouten

Bij de huidige budgetsystematiek is dagverpleging financieel onaantrekkelijk, maar is dagverpleging voor een ziekenhuis financieel nadelig?

DE DAGVERPLEGING staat momenteel volop in de belangstelling. Een kort ziekenhuisverblijf wordt door patiënten veelal gepreferred. Voor ziekenhuizen betekent dagverpleging enerzijds een verhoging van de doorstroom van patiënten, anderzijds is het financieel onaantrekkelijk in vergelijking met een klinische opname. In het budgetteringssysteem van ziekenhuizen is de budgetwaarde voor dagverpleging de helft van die van een klinische opname. Ziekenhuizen ervaren dit als een negatieve prikkel om dagverpleging verder te stimuleren.

Het is duidelijk, dat dagverpleging bij de huidige budgetsystematiek financieel onaantrekkelijk is. De vraag is echter, of dagverpleging voor een ziekenhuis financieel nadelig is. Om die vraag te beantwoorden is inzicht noodzakelijk van de werkelijke kosten van een opname in dagverpleging en in de kliniek. Een reële verhouding van de budgetparameters 'dagverpleging' en 'klinische opname' zal de eventuele (oneigenlijke) financiële belemmeringen ten aanzien van de bevordering van dagverpleging wegnemen. Indien voor ziekenhuizen de financiering inderdaad een belemmering blijkt te zijn om dagverpleging te bevorderen, zal de verdere ontwikkeling ervan stagneren, ondanks eventuele inspanningen van beroepsbeoefenaren op dit terrein. Dit artikel is gebaseerd op een advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1993).

Ontwikkeling

Onder dagverpleging wordt over het algemeen verstaan: een vorm van behandeling waarbij de patiënt binnen één dag in het ziekenhuis wordt opgenomen, behandeld, verpleegd en weer ontslagen. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (1987) hanteert de volgende definitie: "Dagverpleging is een, een aantal uren durende, vorm van verpleging in een zie-

kenhuis, in het algemeen voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch specialist." Het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) (1992) sluit zich hierbij aan en plaatst dagverpleging naast andere vormen van zorg om een duidelijk onderscheid aan te brengen:

- poliklinische zorg: de patiënt ondergaat een onderzoek of behandeling en kan zonder dat enige vorm van ziekenhuisverpleging nodig is huiswaarts;
- dagverpleging: de patiënt ondergaat een onderzoek of behandeling en heeft in verband daarmee gedurende enkele uren ziekenhuisverpleging nodig;
- short stay: de patiënt ondergaat een onderzoek of behandeling en heeft in verband daarmee enkele (1 à 5) dagen ziekenhuisverpleging nodig;
- klinische zorg: de patiënt wordt voor langere tijd voor onderzoek of behandeling in een ziekenhuis opgenomen.

Dagverpleging heeft de laatste jaren een positieve ontwikkeling doorgemaakt (FOZ 1993). Het aantal opnames in dagverpleging is in de periode 1985-1991 gestegen. Van 1988 naar 1989 is er echter sprake van een vermindering in de stijging van dagverpleging. In 1991 is de groei weer toegenomen. Ten opzichte van het aantal verpleegdagen bedraagt het aantal opnames in dagverpleging in 1991 3%, ten opzichte van het totaal aantal opnames klinisch (31,4%) en ten opzichte van het aantal opnames klinisch en in dagverpleging 23,9% (zie tabel).

Het aantal opnames in de Nederlandse ziekenhuizen is tot 1983 jaarlijks gestegen. Na 1983, het jaar waarin de budgettering werd ingevoerd, veranderde deze ontwikkeling in een opnamedaling. Aan deze daling kwam in 1988 een eind. Van 1987 tot 1988 bleef het aantal opnames nagenoeg gelijk en van 1988 tot 1989 steeg deze weer. In 1990 vindt een daling plaats. Over de laatste vijf jaar bezien lijkt het aantal opnames zich te stabiliseren. In het buitenland kent de dagverpleging een veel langere traditie dan in Nederland. Dagverpleging kwam tot grotere ontwikkeling na de tweede wereldoorlog, toen het idee werd verlaten dat voor herstellende patiënten voornamelijk rust noodza-

kelijk was. Het tekort aan bedden en de verdere vooruitgang van diagnostische, chirurgische en anesthesistische technieken maakte de weg vrij voor dagverpleging op grote schaal. Bekend is, dat de dagverpleging in de Verenigde Staten, Canada en Engeland een grote vlucht heeft genomen. In Engeland is het aantal patiënten in dagverpleging gestegen van 9% in 1974 tot 17% in 1986 (Morgan 1990). The Operational Research Unit of the North East Thames Regional Health Authority, die de richtlijnen van het Royal College hanteerde, schatte de dagverpleging ('day case surgery') in de regio op een stijging van 17% tot 38% van het totaal aantal patiënten. In Nederland is het percentage dagverpleging van het totaal aantal opnames (klinisch en dagverpleging) 24%, wat echter niet vergelijkbaar is met de genoemde 38%, omdat dit laatste cijfer alleen is gebaseerd op snijdende specialismen.

Schattingen op basis van 83 procedures die in dagverpleging kunnen plaatsvinden van een panel van anesthesisten en algemeen chirurgen wijzen op een onderbezetting van de dagverpleging in de Engeland. Een vergelijking tussen landen is echter moeilijk te trekken door de verschillen in interpretatie van de begrippen 'dagverpleging', 'polikliniek' en 'kliniek'.

Ook in de Verenigde Staten is dagverpleging een geaccepteerde methode geworden (Burn 1979) voor alle 'minor (and much intermediate) elective surgery'; zelden worden deze procedures in ziekenhuizen routinematig in de kliniek verricht. Burn is van mening, dat de omvang van de procedures ongetwijfeld zal stijgen, omdat veel van de procedures die nu klinisch plaatsvinden zijn gebaseerd op traditie en niet op noodzakelijkheid.

De ontwikkeling van dagverpleging in de Verenigde Staten is gebaseerd op economische argumenten, maar de vraag was eerder afkomstig van de patiënten die niet in staat waren het duurdere ziekenhuisverblijf te betalen dan van de specialist. In ons land kwam de dagverpleging in de jaren zeventig tot ontwikkeling en waren de ziekenhuizen de initiatiefnemers. De eerste officiële dagverpleging in Nederland dateert uit 1975, toen het ziekenhuis de 'Weezenlanden' te Zwolle van de Ziekenfondsraad bij wijze van experiment

de gelegenheid kreeg om een afdeling dagverpleging te starten.

In Nederland is de toename van dagverpleging een relatief autonoom proces geweest. De toename is vooral het gevolg geweest van technologische ontwikkelingen, met name in de kleine chirurgie en in de anesthesie. Gelet op de voortgaande ontwikkeling van de medische technologie en behandelmethoden mag worden aangenomen dat in het indicatiegebied voor dagverpleging verschuivingen zullen blijven plaatsvinden ten gunste van deze zorgvorm, zij het minder spectaculair dan voorheen. Niet alleen de medisch-technische mogelijkheden bepalen de grenzen van dagverpleging, maar ook wat uit het oogpunt van kwaliteit voor een individuele patiënt aanvaardbaar is.

Kosten en financiering

Ervan uitgaande dat het uit kwalitatieve overwegingen wenselijk is dagverpleging verder te ontwikkelen, is het de vraag of de huidige financieringsystematiek daaraan een bijdrage levert. De belangen bij het wel of niet stimuleren van dagverpleging zijn voor de betrokken partijen (ziekenhuizen, medisch specialisten, ziektekostenverzekeraars, eerstelijnszorg, patiënten en de rijksoverheid) verschillend. Voordat deze belangen worden besproken, gaan wij eerst in op de kosten van dagverpleging.

Recentelijk hebben het CBO (1992) en het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi 1992) onderzoek gedaan naar de kosten van dagverpleging met betrekking tot één of meer ingrepen. De onderzoeken zijn kleinschalig van opzet, maar illustratief voor de genuanceerdheid van het kostenprobleem; zij zijn gericht op de (exploitatie-) kosten van dagverpleging in vergelijking met een klinische opname voor dezelfde ingrepen. De investeringskosten die mogelijk voor dagverpleging moeten worden

gemaakt, zijn in de onderzoeken buiten beschouwing gelaten en voorts wordt uitgegaan van de beschikbaarheid van behandelprotocollen.

Uit het onderzoek van het CBO [1992] naar de kosten-effectiviteit van dagverpleging voor de ingreep athroscopische meniscotomie in het Maaslandziekenhuis in Sittard bleek, dat meer voordelen te verwachten zijn van een opname in dagverpleging dan van een klinische opname. Dagverpleging bleek qua voeding en medische middelen goedkoper te zijn. De benodigde tijd van de verpleegkundige per patiënt en daarmee de personeelskosten bleken relatief hoger te zijn dan bij een klinische opname, althans voor dezelfde ingreep. Daartegenover stond dat de kosten in verband met avond-, nacht-, en weekenddiensten bij dagverpleging ontbraken.

Het NZi [1992] heeft een effect-evaluatie verricht van het project grensverleggende dagverpleging in Zoetermeer ('t Lange Land Ziekenhuis). Gekeken is naar de werkelijke kosten en de financiële consequenties van dagverpleging ten aanzien van geprotocolleerde ingrepen, zoals anus-chirurgie, liesbreuken en uitgebreide spataderen. Uit het onderzoek komt naar voren, dat de extra kosten die de nazorg thuis met zich meebrengt ongeveer gelijk zijn aan de kostenbesparingen in het ziekenhuis.

Uit de onderzoeken blijkt, dat niet zonder meer kan worden gesteld dat dagverpleging goedkoper is. De enig duidelijk lagere kostenpost bij dagverpleging is de voeding. Hierbij moet worden opgemerkt, dat deze onderzoeken betrekking hebben op een of enkele ingrepen. Wanneer het gaat om de effecten van grotere aantallen patiënten, waarbij een klinische afdeling zou kunnen worden gesloten, kunnen ook besparingen op de lange termijn worden gerealiseerd op andere kostenposten. Er kunnen kanttekeningen worden ge-

plaatst bij bovenstaande onderzoeken met betrekking tot de aard van de ingreep, de organisatie en substitutie, die van invloed zijn op het kostenvraagstuk:

- De *aard van de ingreep* kan tot verschillende kostenconsequenties leiden. In het onderzoek van het CBO werden de kosten gevolgen van een relatief lichte ingreep met elkaar vergeleken. Met name de relatief grotere personele inzet bij dagverpleging had tot gevolg dat de kosten voor een opname in dagverpleging in vergelijking met een klinische opname hoger waren. De in de kliniek opgenomen patiënt kon er gemakkelijk worden 'bijgedaan'. De vraag is, of dat met zwaardere ingrepen ook nog het geval zal zijn.

- De *organisatie* van de dagverpleging kan het kostenniveau beïnvloeden. Een aparte afdeling dagverpleging vereist extra personeel en investeringen. Wanneer daaruit hoofde van substitutie van klinische zorg een besparing van klinisch personeel tegenover staat, worden deze extra kosten weer gedeeltelijk gecompenseerd als een afdeling wordt gesloten. Voldoende rendement van een dergelijke specifieke afdeling zal echter slechts kunnen worden bereikt bij een bepaalde schaalgrootte. Een relatief klein aandeel dagverpleging in een ziekenhuis kan in beginsel worden gerealiseerd op een klinische afdeling, waardoor een deel van de kosten kan worden voorkomen.

- Wanneer dagverpleging leidt tot verhoging van het aantal behandelingen in ziekenhuizen, levert dit *macro-economisch* gezien kosten op, ondanks het feit dat dagverpleging bijdraagt aan de verkorting van de gemiddelde verpleegduur. Kostenvergelijkingen zijn derhalve macro-economisch gezien alleen zinvol wanneer er sprake is van daadwerkelijke substitutie van klinische zorg naar dagverpleging. Op dit moment bestaat geen duidelijk inzicht in hoeverre daarvan sprake is. \square

Tabel. Aantal opnamen, verpleegdagen, dagverplegingsdagen en eerste polikliniekbezoeken (x 1.000).

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	gem. jaarlijkse groei
aantal opnamen (klinisch)	1.360	1.320	1.292	1.293	1.313	1.308	1.317	-0,5
% verschil t.o.v. vorig jaar		-2,9	-2,1	+0,1	+1,5	-0,4	+0,7	
aantal verpleegdagen	16.188	15.445	14.804	14.533	14.355	13.882	13.620	-2,8
% verschil t.o.v. vorig jaar		-4,6	-4,2	-1,8	-1,2	-3,3	-1,9	
aantal opnemingen dagverpleging	203	240	272	302	333	365	414	+12,5
% verschil t.o.v. vorig jaar		+18	+14	+10	+10	+9,6	+13,4	
aantal 1e poli-bezoeken	3.894	4.061	4.467	4.894	5.360	5.625	5.890	+7,1
% verschil t.o.v. vorig jaar		+4,2	+10	+9,5	+9,5	+4,9	+4,7	
% dagverpl. verpleegdagen	1,3	1,6	1,9	2,1	2,3	2,6	3,0	
% dagverpl. opnamen klinisch	14,9	18,2	21,2	23,4	25,4	27,9	31,4	
% dagverpl. aantal opnamen klinisch en dagverpleging	13,0	15,4	17,4	18,9	20,2	21,8	23,9	

Voor het verkrijgen van inzicht in de kosten zal nader onderzoek moeten worden verricht. Er zijn verschillende factoren van invloed op deze kosten waardoor zij per ingreep en per locatie verschillen. Het is niet uitgesloten dat uit het onderzoek zal blijken dat de kostenverschillen tussen klinische opnamen en opnamen in dagverpleging betrekkelijk gering zijn.

Verschillende belangen

Het belang van inzicht in de werkelijke kosten is voor de diverse betrokken partijen bij dagverpleging niet hetzelfde. Voorop staat, dat indien dagverpleging het stimuleren waard wordt geacht, er een

Door dit verschil treedt bij werkelijke substitutie van klinische opnamen naar opnamen in dagverpleging een verlaging van het budget op. Deze budgetverlaging hoeft geen problemen op te leveren, mits de verlaging van het budget parallel loopt met lagere kosten van dagverpleging. Is dit echter niet het geval (en daar lijkt het op), dan zal het ziekenhuis in financieel-technisch opzicht geen reden zien het aantal klinische opnamen te verminderen ten gunste van het aantal opnamen in dagverpleging.

Op dit moment is bij ziekenhuizen slechts ten dele sprake van substitutie van klinische zorg naar dagverpleging. Voor zo-

Regionaal opererende verzekeraars zullen veelal in die situatie verkeren. Landelijk opererende verzekeraars, die in veel ziekenhuizen over relatief kleine marktaandelen beschikken, hebben weinig of geen invloed op de hoogte van het budget van individuele ziekenhuizen. Zij zullen vooral geïnteresseerd zijn in dagverpleging vanwege het relatief aantrekkelijke tarief.

Eerstelijnszorg

Voor de eerste lijn is inzicht in de werkelijke kosten slechts van belang voor zover zij daadwerkelijk, dat wil zeggen op gestructureerde wijze, bij de directe nazorg van medisch-specialistische behandelingen wordt ingeschakeld. Op het ogenblik is dit nog niet of nauwelijks het geval. Of dit in de toekomst wel zo zal zijn, zal er mee van afhangen in hoeverre de grensverleggende dagverpleging financieel wordt gewaardeerd. Dit betekent, dat de werkelijke kosten die in de thuissituatie door hulpverleners worden gemaakt voor vergoeding in aanmerking komen. Of dat het geval zal zijn, zal afhangen van de analyse van kosten en baten in de diverse zorgvormen die op de verschillende niveaus anders kan uitpakken. Met de huidige budgetfinanciering is het niet bij voorbaat en altijd voordelig voor ziekenhuizen om deze verschuiving in zorg te bewerkstelligen, terwijl dit macro-economisch gezien wel het geval kan zijn.

De patiënt

Voor de patiënt spelen voornamelijk de bijkomende kosten van dagverpleging een rol. Een verzekeringsvorm met een hoog eigen risico voor de verzekerde kan een reden zijn om dagverpleging te prefereren boven een klinische opname, omdat het tarief voor dagverpleging lager is. Een snelle terugkeer in de thuissituatie brengt aan de andere kant ook weer kosten met zich mee, bijvoorbeeld van de voeding. Uit het onderzoek van het CBO [1992] is naar voren gekomen dat de kosten die worden gemaakt voor kinderopvang, huishoudelijke hulp, professionele hulp in geval van dagverpleging en een klinische opname nagenoeg gelijk zijn.

De rijksoverheid

De rijksoverheid baseert haar financiële overzichten op de budgetten van onder andere de ziekenhuizen en de thuiszorginstellingen. Voor de overheid zijn derhalve de afspraken over de hoogte van de budgetten vooral van belang en in mindere mate de werkelijke kosten. Beheersing van kosten door de overheid houdt dus vooral beheersing van de budgetten in. Bij een relatief lage budgetparameter voor dagverpleging in vergelijking met

Wanneer dagverpleging leidt tot verhoging van het aantal behandelingen in ziekenhuizen, levert dit macro-economisch gezien kosten op, ondanks het feit dat dagverpleging bijdraagt aan de verkorting van de gemiddelde verpleegdure

reële verhouding behoort te zijn tussen de kosten en de baten. Afhankelijk van de vraag wie welke kosten draagt en op welke wijze deze kosten worden gefinancierd, zal hiernaar verschillend worden gekeken. Achtereenvolgens wordt de positie van de verschillende betrokkenen hieronder belicht.

Ziekenhuizen

Voor ziekenhuizen zijn niet alleen de werkelijke kosten van belang, het gaat om de relatie tussen de werkelijke kosten en de vergoeding ervan in het budget. Aannemende dat de werkelijke kosten van een ingreep in dagverpleging grosso modo overeenkomen met die van dezelfde ingreep klinisch, spitst de vraag zich toe op het verschil in budgetopbrengst tussen een dagverpleging en een kortdurende opname. Als onderdeel van het variabele budget worden productieafspraken tussen verzekeraars en ziekenhuizen gemaakt waarbij op jaarbasis volumeafspraken voor dagverplegingen en opnames worden vastgesteld. De waarde van de budgetparameter voor dagverpleging bedraagt f 450,-, die van een klinische opname loopt afhankelijk van het specialisme en grootte van het ziekenhuis uiteen van f 400,- tot f 1.600,-; daarbij komt nog de opbrengst van de budgetparameter voor twee of drie dagen opname à gemiddeld f 65,-. De budgetwaarde van dagverpleging is derhalve ten minste f 100,- lager dan die voor een opname (van ten minste twee dagen) en loopt op naar een verschil van meer dan f 1.000,-.

ver hiervan sprake is, worden de klinische bedden vaak direct opnieuw gebruikt, zodat in feite de produktie van het ziekenhuis wordt verhoogd. Macro-economisch gezien is er dan sprake van een kostenstijging als gevolg van een produktieverhoging en voor het ziekenhuis van mogelijkheden tot budgetverruiming, omdat er ook meer zorg wordt verleend.

Medisch specialisten

Voor medisch specialisten zijn de werkelijke kosten van dagverpleging niet direct van belang. Zij declareren hun verrichtingen, waarbij het niet relevant is of deze in dagverpleging zijn gerealiseerd. Indirecte effecten van dagverpleging, zoals een stijging van de produktie, is voor de specialisten wel van belang: in korte tijd kunnen zij veel patiënten behandelen. Dit is vooral het geval bij een relatief krappe capaciteit van klinische bedden.

Ziektekostenverzekeraars

Ziektekostenverzekeraars zijn niet zo zeer geïnteresseerd in de werkelijke kosten, maar in het verschil in hoogte van de budgetparameters en de tarieven voor klinische opnamen en dagverpleging. Een verzekeraar die in grote mate bijdraagt aan het budget van het ziekenhuis omdat een groot deel van zijn verzekerdenbestand daar zorg ontvangt, zal belang hebben bij vergroting van het aandeel dagverpleging. Vergroting van het aandeel dagverpleging als substituut voor klinische zorg zal leiden tot een neerwaartse bijstelling van het budget van het ziekenhuis.

die van een klinische opname is het in het belang van de overheid dat het aandeel dagverpleging wordt gestimuleerd. Echter, ook indien de budgetparameter zou moeten worden verhoogd om een reële verhouding met de kosten te weer- spiegelen, is bevordering van dagverple-

Een verzekeringsvorm met een hoog eigen risico voor de verzekerde kan een reden zijn om dagverpleging te prefereren boven een klinische opname, omdat het tarief voor dagverpleging lager is

ging van belang. Een daadwerkelijke substitutie van klinische opname naar dagverpleging heeft, bij gelijkblijvende omstandigheden, een lagere bedbehoefte tot gevolg, met consequenties op de lange termijn voor zaken als bouwbehoefte.

Samenvatting en conclusie

Uit het bovenstaande blijkt, dat het voor de ziekenhuizen momenteel financieel niet aantrekkelijk is dagverpleging te bevorderen. Of het financieel nadelig is voor een ziekenhuis, is mede afhankelijk van de werkelijke kosten van dagverpleging en een klinische opname. Voor de medisch specialisten kan dagverpleging een verhoging van hun inkomsten betekenen. De gevolgen voor de eerstelijnszorg en de

patiënten zijn op dit moment minimaal. De ziektekostenverzekeraars en de rijks-overheid hebben momenteel beide financieel voordeel bij de bevordering van dagverpleging.

Geconcludeerd kan worden, dat er onderzoek zou moeten worden gedaan naar de werkelijke kosten van een behandeling in dagverpleging en in de kliniek. Indien de werkelijke kosten van dagverpleging overeenkomen met die van een klinische opname, betekent dit dat de huidige verhouding van de budgetwaarde van dagverpleging en een klinische opname op elkaar moeten worden afgestemd. Ook tariefmatig dient het verschil in beide behandelvormen kleiner te worden. Een reële verhouding van de budgetparameters 'dagverpleging' en 'klinische opnamen' is noodzakelijk om de eventuele (on-eigenlijke) financiële belemmeringen ten aanzien van de bevordering van dagverpleging weg te nemen. Deze eventuele financiële belemmeringen dienen eerst te worden aangepakt, omdat als blijkt dat de financiering inderdaad een belemmering vormt voor ziekenhuizen om dagverpleging te bevorderen, de verdere ontwikkeling ervan zal stagneren, ondanks eventuele andere inspanningen op dit terrein. •

mw drs Y.W. van Kemenade
is medewerker van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV)

J.W. Schouten,
arts, is medisch adviseur bij het Kontakt-
orgaan Landelijke Organisaties van
Ziektekosten (KLOZ)

Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel.

Literatuur

- Audit Commission. All in a day's work: an audit of day surgery in England and Wales. 1992:4.
- Brun S. Eerste en tweede lijn moeten elkaar als gesprekspartners accepteren. Het Ziekenhuis 1985; 1: 8-13.
- Burn JMB. A blueprint for day surgery. Anaesthesia 1979; 34: 179-805.
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies inzake dagverpleging in algemene ziekenhuizen. 1987.
- Grasveld-van Berckel MA. Kwaliteit van dagverpleging. Een CBO-project. Medisch Contact 1993; 11: 333-6.
- Grasveld-van Berckel MA, Vermey D. Algemene eind-rapportage project 'kwaliteit van dagverpleging'. CBO, 1992.
- Morgan M, Beck R. Variations in length of stay and rates of day care surgery: implications for the efficiency of surgical management. Journal of Epidemiology and Community Health 1990; 44: 90-105.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Dagverpleging. 1993.
- NZi. Instellingen van intramurale gezondheidszorg. 1992.
- NZR. Van ziekenhuiszorg naar thuiszorg. Nota van de projectgroep ziekenhuizen en eerstelijnszorg, ingesteld door het bestuur van de sectie ziekenhuizen van de NZR. Utrecht, 1986.
- O'Connor SJ, Gibbers RW, West P. Patient satisfaction with day surgery. Australian Clinical Review 1991; 11: 143-9.
- Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. Dagverpleging in algemene ziekenhuizen in Zuid-Holland: aanzet tot een behoefte onderzoek. 1991.
- SIG. Jaarboek ziekenhuizen: kliniek en dagverpleging. 1990.
- Schutte S. Huidige financiering remt dagverpleging: onderzoek naar dagverpleging in ziekenhuizen. Het Ziekenhuis 1987; 16: 683-4.
- Tits MHL van. Substitutie: obstakels voor de substitutie van kliniek door dagverpleging en polikliniek. Medisch Contact 1988; 21: 659-62.
- VanderMeulen LJR, Hirs DC, Wiggers CCMC. Nederlandse Zorgfederatie. Specialisten gewogen. Onderzoek kostentoe rekening medisch specialisten functies in het kader van de Evaluatie Functiegerichte Budgettering. 1992.
- Wesseling MF. Project dagverpleging Zoetermeer, eerste effect-evaluatie. Protocollen en kwaliteit van zorg. NZi, 1991.
- Wesseling MF. Project dagverpleging Zoetermeer, effect-evaluatie. Kosten consequenties en financiële consequenties. NZi, 1991.
- Wesseling MF. Project dagverpleging Zoetermeer, effect-evaluatie. Patiëntenstromen. NZi, 1992.
- Ziekenfondsraad. Dagverpleging in ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen. 1984 nr 186. Z

H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe,
psychotherapeute
Psychotherapeutische
Dagkliniek Veluweland,
Klompeweg 175, 6741 PH Lunteren,
tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27,
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray,
tel. 04780-81610

drs W.H. Melles, theoloog,
psychotherapeut
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,
tel. 02159-18361

dr J. Pols
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,
tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregselaan 18, 3055 RG Rotterdam,
tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

prof. dr W.J. Schudel
AZR-Dijkzigt, Rotterdam, tel. 010-4633227

J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),
tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-
33333 (woensdag- en donderdagavond
tel. 05496-74774)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3463449