

# DE BESCHRIJVING VAN HET REGISTRATIESYSTEEM VAN BEVESTIGDE HUISARTSEN

INHOUDSOPGAVE		pagina
I	Inleiding	1
II	Doelstellingen van het registratiesysteem	1
III	Criteria voor opname in het systeem	2
IV	Opgenomen gegevens	4
V	Werkwijze en materiaalverzameling	8
VI	De keuze van regionale indelingen	12

**Augustus '79**



## I INLEIDING

Uit de registratie van gevestigde huisartsen kan een voortdurende stroom van gegevens geput worden omtrent het aanbod aan zorg in de eerste lijn van de gezondheidszorg. Kennis van de criteria en definities die gebruikt worden in het registratiesysteem is van groot belang bij de interpretatie van de gegevens.

Er zal daarom hier een overzicht gegeven worden van achtereenvolgens: de doelstellingen van het registratiesysteem, de criteria die gehanteerd worden voor opname in het systeem, de gegevens die opgenomen worden, de werkwijze en materiaalverzameling en een vergelijking van enkele regionale indelingen die gebruikt worden.

## II DOELSTELLINGEN VAN HET REGISTRATIESYSTEEM

Het registratiesysteem van gevestigde huisartsen bestaat al lange tijd. Het is in 1968 door Pijlman (socioloog, als wetenschappelijk medewerker N.H.I.) en Van Es (als directeur N.H.I.) opgezet.

Bij de opzet van het registratiesysteem was het doel een volledige huisartsen-populatie te verkrijgen ten einde steekproeven te kunnen trekken voor wetenschappelijk onderzoek.

Deze doelstelling is bij de hernieuwde opzet van het systeem in 1974 aangevuld met een andere, namelijk het verzamelen van statistisch materiaal om een overzicht van de ruimtelijke verdeling van huisartsen en ontwikkelingen daarvan in de tijd te verkrijgen.

Beide doelstellingen zijn van groot belang voor een onderzoeksinstituut met als terrein de huisartsgeneeskunde. Voor vrijwel ieder onderzoek is een verantwoorde steekproeftrekking een eerste vereiste. De gegevens die men daarvoor nodig heeft, kunnen ook gebruikt worden om een overzicht te geven van het kwantitatieve aanbod van medische zorg door huisartsen - een gegeven dat, zeker omdat ook veranderingen in dit aanbod nauwkeurig worden bijgehouden, van bijzonder belang is voor degenen die zich met de structuur van de eerstelijns gezondheidszorg bezig houden.

Naast deze wetenschappelijke doeleinden vervult het registratiesysteem van gevestigde huisartsen een ideëel doel, doordat het de mogelijkheid schept voorlichting en informatie te geven aan alle of een geselecteerde groep huisartsen.



Daarmee zijn drie doelstellingen van het registratiesysteem van gevestigde huisartsen onderscheiden:

- a. Het verzorgen van een volledige huisartsen-populatie als basis voor steekproeftrekkingen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek;
- b. Het verzamelen van statistisch materiaal om een overzicht van de ruimtelijke verdeling van huisartsen te verkrijgen;
- c. Het verzorgen van een volledig adressenbestand ten behoeve van voorlichting en informatie aan huisartsen.

### III CRITERIA VOOR OPNAME IN HET SYSTEEM

In de registratie van gevestigde huisartsen worden gegevens opgenomen omtrent alle huisartsen in Nederland.

Het Nederlands Huisartsen Instituut hanteert een strikte definitie van het begrip huisarts. Een nauwkeurige begripsomschrijving is de basis van elk registratiesysteem, bepaalt rechtstreeks het aantal huisartsen en eventuele verschillen met andere registraties.

Een huisartspraktijk wordt gedefinieerd als *een direkt, voor ieder toegankelijk centrum van algemene medisch zorg*. De huisarts is degene die deze zorg levert voor tenminste 100 patiënten. In de definitie wordt gesproken over *direkt toegankelijke* zorg om de zorg die in de hogere echelons geleverd wordt uit te sluiten. Voor *ieder toegankelijk* wil zeggen dat niemand categorisch van zorg uitgesloten wordt (dat wil zeggen dat iedere huisartspraktijk ook in feite voor ieder toegankelijk is). Daarmee worden alle artsen die algemene zorg voor beperkte populaties verrichten uitgesloten. Men denke hierbij aan algemeen artsen in inrichtingen of tehuizen, studentenartsen, artsen voor buitenlandse werknemers of artsen met uitsluitend particuliere patiënten.

In de definitie komt nog de term *algemene medische* zorg voor om alle vormen van niet erkende of in of meer gespecialiseerde medische zorg uit te sluiten, zoals acupunctuur, flebologie, e.d. en om overige vormen van beperkte medische zorg uit te sluiten zoals het alleen verrichten van keuringen en contrôles.



Alleen diegenen worden als huisarts opgenomen die *meer dan 100 patiënten* verzorgen. Deze beperking is opgenomen om een aantal instabiele overgangsvormen uit te sluiten, zoals de aanlooperperiode van een vrije vestiging en een langzaam verlopende praktijk van een oudere huisarts. Artsen met minder dan 100 patiënten worden in een aparte categorie in het systeem opgenomen en niet meegeteld bij overzichten van het aantal huisartsen, gemiddelde praktijkgrootte e.d.

Binnen de definitie vallen wel de arts-assistenten (niet in opleiding) die in dienstverband bij een gevestigde collega werken. In deze groep vinden veel mutaties plaats, waardoor de volledigheid en betrouwbaarheid van de gegevens omtrent deze categorie huisartsen mogelijk te wensen overlaat. Ook gegevens omtrent meer permanente assistenschappen, dat wil zeggen assistenschappen die een half jaar of langer duren, zijn minder volledig en betrouwbaar dan de gegevens omtrent zelfstandig gevestigde huisartsen.

Een andere categorie artsen die binnen de omschrijving van huisart valt is de categorie artsen die in waarneming en vervanging hun bestaan vinden. Binnen deze groep is de frekwentie van mutaties nog veel hoger. In het algemeen betreft het vervanging van en waarneming voor gevestigde huisartsen die wegens ziekte of vakantie een korte tijd afwezig zijn. Het is ondoenlijk om deze categorie artsen op te nemen in de overzichten van aantal huisartsen, gemiddelde praktijkgrootte e.d., ook al vallen zij strikt genomen binnen de omschrijving van huisarts.

Behalve het feit dat het opnemen van waarnemers op praktische moeilijkheden stuit, zou het ook leiden tot dubbeltellingen wanneer niet de gevestigde collega waarvoor waargenomen wordt afgevoerd zou worden uit het systeem.

Een laatste categorie artsen die onder de definitie van huisarts valt, maar waarvan de gegevens mogelijk niet altijd volledig en betrouwbaar zijn, is de groep vrouwelijks huisartsen wier echtgenoot ook huisarts is en die een *wisselend* aandeel in de praktijk hebben.

Gegevens van artsen die de huisartspraktijk neerleggen blijven in de registratie bewaard teneinde voor willekeurige tijdstippen in het verleden de ruimtelijke spreiding van het aanbod aan medische zorg te kunnen reconstrueren.





#### IV OPGENOMEN GEGEVENS

Het registratiesysteem heeft twee ingangen: de huisarts als eenheid en het spreekuurpunt als eenheid.

Door dit onderscheid is het mogelijk enerzijds gegevens over de opbouw van de beroepsgroep huisartsen te leveren en anderzijds over de ruimtelijke verdeling van het aanbod aan zorg.

Verschillende spreekuurpunten worden alleen dan opgenomen wanneer de kleinste geografische eenheid die in het systeem onderscheiden wordt, verschilt. De kleinste geografische eenheid is de gemeente, met uitzondering van een aantal grote gemeenten die opgedeeld zijn in wijken of buurten.

Een belangrijk kenmerk van de opbouw van het systeem is dat een aantal gegevens op datum opgeslagen is en bij eventuele wijzigingen blijft bestaan zodat gegevens omtrent huisartsen of spreekuurpunten op een willekeurig tijdstip in het verleden geproduceerd kunnen worden. Het systeem bevat daarom, naast de identificatie of 'key', twee soorten rubrieken: de archief-rubrieken waarin gegevens op datum opgeslagen zijn en waarin bij wijzigingen nieuwe regels toegevoegd worden, en de bijhoudings-rubrieken waarin gegevens opgeslagen zijn, die bij eventuele wijziging of correctie vervangen worden door nieuwe gegevens en die niet bewaard blijven.

De identificatie of 'key' bevat o.a. de geboortedatum en het geslacht, en een mutatiedatum.

De bijhoudings- en archief-rubrieken bevatten de volgende gegevens:

##### bijhoudings-rubrieken

1. postadres
2. woonadres
3. universiteit en jaar van afstuderen
4. universiteit en jaar van promotie

##### archief-rubrieken

1. praktijkadres
2. gemeentecode en wijkcode van praktijkadres
3. lidmaatschap van L.H.V. en N.H.G.
4. vestigingsjaar en aantal malen dat men gevestigd is



5. functie (soort huisarts)
6. vestigingswijze
7. al of niet apotheekhoudend
8. aantal collega's met wie de praktijk uitgeoefend wordt
9. vorm van de praktijkvoering
10. samenwerkingsvorm
11. aantal halve dagen dat men op het betreffende spreekuurpunt werkt
12. reden van afvoer
13. volgdatum.

De bijhoudings-rubrieken behoeven geen nadere toelichting. De archief-rubrieken zullen stuk voor stuk besproken worden.

1. Praktijkadres ofwel spreekuurpunt; alle gegevens zijn per spreekuurpunt opgenomen om overzichten van de ruimtelijke verdeling van het aanbod aan zorg te kunnen produceren. Verschillende spreekuurpunten per arts die binnen dezelfde kleinste geografische eenheid vallen zijn echter niet opgenomen.
2. Gemeentecode en wijkcode van het praktijkadres; voor de gemeentecode wordt de indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek gebruikt. Als wijkcode worden de door de gemeenten vastgestelde teleenheden voor de volkstelling gebruikt.
3. Lidmaatschap van L.H.V. en N.H.G.; dit gegeven stond aanvankelijk in een bijhoudings-rubriek, omdat het alleen gebruikt werd ten behoeve van steekproeftrekking. Het lidmaatschap is een indicatie voor de organisatiegraad van de beroepsgroep en kan ook gebruikt worden voor onderzoeksdoeleinden. De archivering van dit gegeven zal geruimte tijd in beslag nemen; wanneer dat gereed is zullen er overzichten verschijnen van ontwikkelingen in de organisatiegraad van de beroepsgroep.
4. Vestigingsjaar en aantal malen dat men gevestigd is; in deze rubriek wordt het jaar van vestiging opgenomen en een aanduiding of het een eerste of latere vestiging betreft.  
Bij de hernieuwde opzet van de registratie in 1974 is het jaar van laatste vestiging gevraagd. Alleen wanneer een arts meerdere vestigingen heeft gehad, is vaak het jaar van eerdere vestiging onbekend. Bij onbekendheid van het



exacte vestigingsjaar is voorlopig één jaar na afstuderen als vestigingsjaar aangehouden. Langzamerhand zal echter teruggewerkt worden in de gegevensverzameling. Wat betreft het aantal vestigingen het volgende: aangezien men bij arts-assistenten (niet in opleiding) en waarnemers niet kan spreken van een zelfstandige vestiging is bij deze groepen na het vestigingsjaar als vestigingsaantal nul opgenomen.

5. Functie; in deze rubriek wordt een onderscheid gemaakt tussen zelfstandige huisartsen, arts-assistenten, waarnemers in de huisartspraktijk en artsen met zeer kleine praktijk.
6. Vestigingswijze; in deze rubriek is de wijze van vestiging gecodeerd; er worden vier mogelijkheden onderscheiden met een aantal nuances: langdurig assistentschap, vrije vestiging, overname en associatie. Dit gegeven is niet voor de gehele populatie bekend; we streven voorlopig naar volledigheid voor de vestigingen vanaf 1968.
7. Al of niet apotheekhoudend; hierbij is niet de formele apotheekvergunning criterium om iemand als apotheekhoudend te coderen, maar de beschikking over apotheekfaciliteiten. Dit betekent dat wanneer één partner uit een tweemans-associatie een apotheekvergunning heeft, de andere partner ook als apotheekhoudend beschouwd wordt.
8. Aantal collega's met wie de praktijk uitgeoefend wordt; deze rubriek wordt ingevuld als twee of meer huisartsen samenwerken. Onder samenwerking wordt naast een associatie (met gescheiden praktijkvoering of met gezamenlijke praktijkvoering) ook de samenwerking tussen een zelfstandige huisarts en een arts-assistent (niet in opleiding) gerekend. Deze omschrijving van samenwerking verschilt van degene die gehanteerd wordt in de 'Registratie van Samenwerkingsvormen' die ook op het N.H.I. bijgehouden wordt. In rubriek 10, samenwerkingsvorm, wordt de omschrijving van de 'Registratie van Samenwerkingsvormen' gehanteerd.
9. Vorm van de praktijkvoering; in deze rubriek worden verschillende nuances onderscheiden tussen een praktijkvoering als solo-arts en een volledig gezamenlijke praktijkvoering met één of meer collegae. Dit gegeven is nog



niet voor de hele populatie bekend; er wordt gestreefd naar volledigheid vanaf 1968 (op dit moment is het volledig vanaf 1974).

10. Samenwerkingsvorm; in deze rubriek wordt de indeling gecodeerd van 'Registratie van Samenwerkingsvormen' naar groepspraktijken (drie of meer zelfstandige huisartsen onder één dak met gezamenlijke praktijkvoering), klassiek gezondheidscentrum (huisarts(en), maatschappelijk werk en wijkverpleging onder één dak in samenwerking), uitgebreid gezondheidscentrum (huisarts(en), maatschappelijk werk, wijkverpleging en andere hulpverleners onder één dak in samenwerking) en overige multidisciplinaire samenwerkingsvormen (onder één dak).
11. Aantal halve dagen dat men op het betreffende spreekuurpunt werkt; een consequentie van het hanteren van spreekuurpunten als ingang, is dat één arts op verschillende spreekuurpunten werkzaam kan zijn. Het aantal halve dagen dat men op een spreekuurpunt werkt maakt het mogelijk om per geografische eenheid een gewogen aantal huisartsen en gemiddelde praktijkgrootte te berekenen (waarbij tevens rekening gehouden kan worden met part-time werkers).
12. Reden van afvoer; deze rubriek is ingevuld wanneer een huisarts de praktijk neergelegd heeft.
13. Volgdatum; tezamen met de mutatedatum die in de key staat, maakt de volgdatum selecties mogelijk van de situatie op willekeurige tijdstippen.

Voor elk afzonderlijk spreekuurpunt is er een apart archief-record met alle bovengenoemde rubrieken daarin. Bij wijziging van een rubriek wordt er een nieuwe regel met de nieuwe gegevens plus de onveranderde gegevens ingevoerd. Het is ook mogelijk achteraf archiefregels tussen te voegen wanneer nieuwe gegevens over gebeurtenissen die in het verleden plaats gevonden hebben, bekend worden.

Dit betekent dat er met een zogenaamde dynamische opzet gewerkt wordt. De cijfers en overzichten die bijvoorbeeld de situatie bij aanvang van elk kalenderjaar beschrijven, zijn dan ook niet definitief, maar kunnen altijd bijgesteld worden als er nieuwe gegevens bekend worden.

Eenmaal per jaar vindt er een 'updating' plaats van de jaarbestanden die in het verleden gemaakt zijn.





Dit in tegenstelling tot de gegevens omtrent de huisartsengroep van de Geneeskundige Hoofd Inspectie.

De bestanden van de G.H.I. worden jaarlijks bevroren; de cijfers die gepresenteerd worden zijn definitief en veranderen niet meer. Dit heeft voor de gebruiker van de cijfers het voordeel dat alles vast staat, maar het nadeel dat er soms vreemde situaties optreden als door bijvoorbeeld het uitzenden van een enquête lacunes aan het licht komen.

Bij de presentatie van onze gegevens wordt er vanuit gegaan dat zekerheid omtrent volledigheid en betrouwbaarheid van het systeem nooit te bereiken is en dat de gegevens te allen tijde bijgesteld kunnen worden.

#### V WERKWIJZE EN MATERIAALVERZAMELING

De registratie van gevestigde huisartsen werkt met een aantal bronnen die lijsten bevatten van nieuw gevestigde huisartsen dan wel van mutaties in de huisartsen-populatie. Naar aanleiding van gegevens uit een der bronnen start de eigen materiaalverzameling van het Nederlands Huisartsen Instituut.

Vóór de opzet van de registratie van gevestigde huisartsen bestonden centraal geregistreerde huisartsen-gegevens eigenlijk alleen bij de K.N.M.G. (alleen voor wat betreft de leden) en bij de Geneeskundige Hoofd Inspectie die via de provinciale inspecties van de volksgezondheid gegevens krijgt over nieuwe vestigingen van huisartsen.

Sinds 1968 dienen beide bovengenoemde instanties dan ook als bron voor het N.H.I.-huisartsenregistratiesysteem, in die zin dat ze namen en adressen leveren van nieuw gevestigde huisartsen en bovendien geeft de K.N.M.G. door als de betrokken arts van sub-vereniging of lidmaatschaps categorie verandert. Het nadeel van de K.N.M.G. als bron is, dat allen de K.N.M.G.-leden op deze wijze worden gevolgd - als iemand voor het lidmaatschap bedankt of nooit lid geworden is, komt men ook niet meer te weten of hij rustend arts wordt dan wel een andere medische functie aanvaardt. Een nadeel van de G.H.I. als bron



is gelegen in de wat ruimere omschrijving \* van het begrip huisarts, die voortkomt uit het doel van de registratie van de G.H.I.

De G.H.I. is namelijk primair geïnteresseerd in potentiële hulpverleningsposten (bij epidemieën, crises of anderszins) en moet beschikken over een betrouwbaar *adressenbestand*. Hiertoe zendt zij aan praktizerende huisartsen gratis het tamelijk gewaardeerde geneesmiddelen bulletin. Volgens opgave van het G.H.I. komt een verwaarloosbare fractie (3 à 5 promille) van de bulletins als onbestelbaar terug. Tussen K.N.M.G. en G.H.I. vindt een gegevens-uitwisseling plaats, waarschijnlijk om de nadelen van beide registraties enigszins op te heffen.

De derde bron voor de registratie van gevestigde huisartsen is het Landelijk Informatie Systeem van de Ziekenfondsen: dit systeem beoogt de vooral voor financieel administratieve doeleinden verzamelde en uiterst diverse geregistreeerde regionale ziekenfondsgegevens op uniforme, geautomatiseerde wijze geschikt te maken voor beleidsrelevant onderzoek naar structuur en functioneren van de gezondheidszorg.

Binnen dit systeem valt ook een registratie van huisartsen en huisartspraktijken voor zover althans deze huisartsen een formele relatie met de ziekenfondsen hebben. De assistent-artsen (niet in opleiding) vallen daarmee buiten de registratie van het LISZ.

Weliswaar is onder de geregistreeerde huisartsen ook een aantal dat niet meer praktizeert, maar de formele relaties met het ziekenfonds laat bestaan teneinde ooit nog wel eens voor zeer beperkte kring recepten te kunnen schrijven; maar aangezien de grootte van de ziekenfondspraktijk (in deze gevallen niet meer dan ten hoogste enkele tientallen patiënten) ook als gegeven is geregistreeerd, zijn deze artsen makkelijk uit het bestand te selecteren.

Een voordeel van het LISZ-systeem is dat de registratie zowel op individueel niveau (de huisarts als eenheid) als op praktijkniveau (de praktijk en het praktijkadres als ingang) bestaat.

\* Met ingang van de "Statistiek geneeskundigen 1977", zijn de verschillen tussen de registratie van de G.H.I. en die van het N.H.I. kleiner geworden.



Een ander voordeel is dat het LISZ-systeem onafhankelijk (dat wil zeggen er is geen gegevens-uitwisseling) is van beide eerder genoemde bronnen.

Een vierde bron is het ledenbestand en de adres- en ledenmutaties van het N.H.G., maar dit betreft slechts 45% van de totale hoeveelheid huisartsen.

Tenslotte is er ook nog een aantal mutaties dat rechtstreeks naar het N.H.I. wordt gezonden, bijvoorbeeld van de 20 à 30% huisartsen die bepaalde producten van het instituut afnemen.

Wanneer uit één van deze bronnen de naam van een nieuwe huisarts verkregen wordt, wordt door het Nederlands Huisartsen Instituut een vragenlijst gestuurd om de gegevens te verkrijgen die opgeslagen worden in de registratie. In een begeleidende brief wordt het doel van de registratie uiteengezet.

Wanneer uit één van de bronnen een wijziging blijkt van gegevens van een reeds geregistreerde huisarts, worden de mutaties bij de betreffende huisarts geverifieerd.

De functie van de bronnen is dus het geven van een signaal dat er bepaalde relevante veranderingen plaatsvinden in het huisartsenbestand. Daarna begint de eigen verzameling en verifiëring van informatie, slechts voor een gedeelte van de gegevens is de medewerking van de individuele huisarts strikt genomen nodig. De overige gegevens zijn toegankelijk op lijsten (ze zijn collectief toegankelijk) dan wel per individuele huisarts op te zoeken (individueel toegankelijk).

In schema 1 is dit onderscheid weergegeven.



SCHEMA 1.: MATE VAN OPENBARE TOEGANKELIJKHEID GEGEVENS HUISARTSENREGISTRATIE

I openbaar toegankelijk collectief 1)	II openbaar toegankelijk individueel 1)	III op voorwaarden toegankelijk individueel 1)	IV soms toegankelijk	niet publiek toegankelijk
op naam en voorletters functie 2) woonplaats 2)	op naam + voorl. + woonplaats	op naam + voorl. + woonpl. (gem.)	aantal collegae -zelfde adres 8)	volledig/part-time werkzaam
apotheeikhoudend 9)	prakt.adr.+ tel.nr. 5)	geboortedatum 7)	spreekuur elders 8)	jaar van vestiging
gepromoveerd (jr.v.prom.) 2)	op naam + voorl. + jaar v. prom. universiteit v. promotie 6)	woonadres 7)		aantal malen vestiging
lidmaatschap K.N.M.G. 3)				
lidmaatschap N.H.G. 4)				

1. *Collectief* betekent: er is een lijst waarop alle (huis)artsen staan.  
*Individueel* wil zeggen, dat een dergelijke verzameling niet bestaat - iedere arts moet *apart* opgezocht worden.
2. Bron: geneeskundig jaarboek voor Nederland - deel 2 (namenlijk)
3. Bron: ledenlijst K.N.M.G.
4. Bron: ledenlijst N.H.G.
5. Bron: telefoongids of beroepen-telefoongids
6. Bron: universitaire jaarboeken (n.b. kandidaats- en doctoraalexamens zijn daar te vinden).
7. Als uittreksel uit het bevolkingsregister, na aanvraag - weliswaar zijn deze gegevens in principe geheim, maar de enige voorwaarde die in het Besluit Bevolkingsboekhouding art.92 tweede lid genoemd wordt voor het verkrijgen van *andere* gegevens dan in lid 1 genoemd (geslacht, naam, voornamen, dag, maand en jaar van geboorte, het vroegere en tegenwoordige adres, dag, maand, jaar en reden van afvoering voor het persoonsregister, etc. etc.) is dat er geen sprake is van enig commercieel belang.
8. Soms in beroepengids of telefoongids.
9. Bron: namenlijst van apothekers en apotheeikhoudende huisartsen (Staatsdrukkerij).





Het principiële verschil tussen de verschillende bronnen en lijsten waarvan het N.H.I. gebruik maakt, en de registratie van gevestigde huisartsen is dat in het laatstgenoemde systeem alle gegevens tegelijkertijd en voor een volledige populatie beschikbaar zijn.

#### VI. DE KEUZE VAN REGIONALE INDELINGEN

In paragraaf IV heeft men kunnen constateren dat als aanduiding van de geografische locatie van spreekuurpunten de gemeente en in een aantal gevallen de wijk gebruikt zijn.

Aangezien bij de weergave van de geografische spreiding van spreekuurpunten e.d. de gemeente niet altijd de meest geschikte eenheid is, is een aantal indelingen van hogere orde ingevoerd die alle gebaseerd zijn op de indeling naar gemeenten.

Bij de keuze van een regio-indeling ten behoeve van een bepaald onderzoeksdoel spelen een aantal - vaak tegenstrijdige - vereisten een rol.

Deze vereisten zijn:

1. Het gebied moet relevant zijn voor de eerstelijns gezondheidszorg;
2. De in het onderzoek te gebruiken gegevens moeten per gekozen gebied classificeerbaar zijn;
3. Het gebied moet niet heterogeen zijn gezien vanuit de 1e lijns zorg;
4. En voldoende groot van omvang om niet te gevoelig te zijn voor toevallige schommelingen in het gegevensbestand.
5. Een gebied zal dikwijls ook relevant moeten zijn uit het oogpunt van beleid en bestuur.

In schema 2 is aangegeven in hoeverre de genoemde gebieden aan de gestelde eisen voldoen.

De in het schema genoemde gebieden zijn grofweg te verdelen in gebieden met- en zonder beleids- en bestuursrelevantie. Deze beleidsrelevantie kan zowel betrekking hebben op de verschillende overheden (gemeente, provincie, als op de bestuurlijke verdeling van de medische beroeps-organisaties en de werkterreinen van ziekenfondsen.

Deze beide verdelingen vallen zelden of nooit samen.



SCHEMA 2. VERGELIJKING VAN REGIONALE INDELINGEN OP VIJF CRITERIA

	relevantie le lijn	beschikbaarheid gegevens	homogeniteit	beleids- relevantie
provincie	++	+++	+	+++
gemeente 20.000 inw.	++	+++	+++	++
20-80.000 inw.	+++	+++	+++	++
80.000 inw.	++	+++	++	+++
onderdelen van grotere gemeenten (wijken en buurten)	+++	+	+++	+
concept nieuwe bestuur- lijke indeling, 44 mini- provincies	?	++	++	++(+)
K.N.M.G.-afdelingen	+++	++	++	++
N.H.G.-afdelingen	+++	++	++	++
werkgebieden zieken- fondsen	++	++	++	++
rayons universitaire huisartsen instituten	++	++	+	+
ambtsgebieden medische tuchtcolleges	+	++	+	+
gebieden voor intramu- rale zorg indeling NZI - 24 gebieden	++(+)	++	++(+)	+
stedelijke verzorgings- gebieden CBS, nodale gebieden, corop gebie- den, cebuco rayons	+	++	++	+
indeling naar voorzie- ningen-niveau (atlas van Nederland)				
primaire centra	+	++	+	+
secundaire centra	++	++	++	+
tertiaire centra	++	++	+++	+
lokale centra	+(+)	++	+++	+
economisch geografische gebieden	+	++	+++	+
indeling naar urbanisa- tie graad	+	+++	+++	+



Alleen op provinciaal niveau zijn enkele belangrijke besluitvormende organen op het terrein van algemeen bestuur en op dat van de gezondheidszorg verenigd (provinciale raden van de volksgezondheid, provinciale inspektie, provinciale kruisverenigingen).

Daarom zijn de huidige provincies van belang voor de 1e lijn van de gezondheidszorg.

Ook wat betreft de beschikbaarheid van gegevens op provinciaal niveau zijn er geen problemen; alle gegevens die op gemeentelijk niveau verzameld worden (naast volkstelling-gegevens zijn dit bijna alle statistische gegevens die door het CBS worden verzameld over de meest uiteenlopende onderwerpen) zijn ook per provincie verkrijgbaar. Het zwakke punt van de provinciale indeling zit in de heterogeniteit en de omvang; binnen een provincie kent men zoveel verschillende vormen van gezondheidszorg (die zich bovendien zelden aan provinciegrenzen storen), toegesneden op zoveel verschillende soorten bevolkingen, dat cijfers per provincie voor een aantal doeleinden (gemiddelde praktijkomvang, aantallen ziekenhuisbedden) nietszeggend zijn.

In de *gemeente* wordt weliswaar minder systematisch beleid gevoerd ten aanzien van de eerstelijns zorg (gemeenten hebben tamelijk verstrekkende bevoegdheden op dit gebied, maar variëren zeer sterk in de mate waarin men er gebruik van maakt), maar voor het verrichten van onderzoek is de gemeente een geschikte eenheid.

Bijna alle statistische gegevens worden per gemeente verzameld of zijn in gemeentekentallen om te rekenen.

Geen wonder dat de meeste regioverdelingen van hoger niveau zorgvuldig ervoor waken geen gemeentegrenzen te overschrijden.

Problemen bij gemeenten vormen de verschillen in homogeniteit en omvang. Gemeenten van meer dan 80.000 inwoners zijn eigenlijk te groot als relevante eenheid voor eerstelijns zorg, een gemeente met minder dan 15 - 20.000 inwoners te klein. Toevoeging van een enkele huisarts kan bijvoorbeeld de gemiddelde praktijkgrootte sterk doen fluktuëren. Helaas is er de laatste jaren de neiging om over te gaan tot het stichten van grote, heterogene gemeenten. Dit maakt gemeentecijfers in toenemende mate ongeschikt voor nader sociaal wetenschappelijk onderzoek.



Om tot een zinvolle indeling te komen, moeten de grote of anderszins heterogene gemeenten worden onderverdeeld in wijken of buurtcombinaties. Hoeveel wijken van belang zijn voor de 1e lijns hulpverlening - wijkgezondheidszorg is een welbekend begrip - worden in het algemeen geen beslissingen genomen of beleid gevoerd op wijkniveau.

Bovendien zijn, behalve volkstellingsgegevens, de meeste andere statistische gegevens niet op wijk-niveau verkrijgbaar. De gemeente is meestal de kleinste verzamelenheid.

De Plaatselijke Huisartsen Verenigingen of de centra van het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn zeer zeker van belang voor de eerstelijns zorg. Wat gebeurt op het terrein van de eerstelijns zorg wordt dikwijls in belangrijke mate bepaald door de plaatselijke huisartsen-organisaties. Voor het Nederlands Huisartsen Genootschap geldt wel als beperking dat de toewijzing aan bepaalde afdelingen niet bindend is en dat de organisatie-graad lager is.

In ieder onderzoek waar men de *huisartsen-groep* als eenheid van onderzoek beschouwt, zijn de reindelingen het meest voor de hand liggend.

De rayons van de universitaire instituten zijn wel van belang maar te heterogeen, de ambtsgebieden van medische tuchtcolleges zijn voor de volledigheid opgenomen.

Er rest nog één gebied, speciaal van belang voor de gezondheidszorg namelijk de indeling in gebieden voor intramurale zorg vervaardigd door het Nationaal Ziekenhuis Instituut.

Het principe is erg eenvoudig, uitgangspunt is de vestigingsplaats van een of meerdere ziekenhuizen. Aan de hand van patiëntenstromen wordt bekeken uit welke gemeente de patiënten afkomstig zijn.

Deze gemeenten rekent men dan tot het 'rayon' van zo'n ziekenhuis.

Hoewel bovengenoemde rayons empirisch geconstrueerd zijn en geen enkele bevoegdheid op het gebied van beleid en planning bezitten, betreft het hier toch zeer belangrijke oriëntatie-gebieden voor de huisarts. De verhouding met de hogere echelons is van groot belang voor wat er in de eerste lijn gebeurt, verschuivingen in bedden-aantallen verlichten of verzwaren de taak van de huisarts en omgekeerd wordt





wel gesteld dat het aantal huisartsen van invloed is op de bedbezetting in een ziekenhuis.

Er kunnen ongeveer 120 rayons gecontrueerd worden als men van alle vestigingsplaatsen van algemene ziekenhuizen uitgaat. Sommige rayons zijn van zeer beperkte lokale betekenis; het betreft dan kleine ziekenhuizen in plattelands gebieden.

Betrekt men de verdeling van de wat schaarsere intramurale voorzieningen (psychiatrische inrichtingen, categorale ziekenhuizen, verpleeghuizen) bij de rayonconstructie, dan komt men uit bij veel grotere en omvangrijkere rayons.

Het Nationaal Ziekenhuis Instituut heeft op deze wijze 24 gebieden voor intramurale zorg gecreëerd met een minimum van 140.000 inwoners.

Deze rayons zijn echter te heterogeen en te omvangrijk als oriëntatiepunt voor de eerstelijns zorg; hiervoor is de indeling in ± 120 gebieden beter geschikt. Het aantal rayons is echter niet erg stabiel vanwege de (voorgenomen) sluiting van juist de kleinste ziekenhuizen.

Tenslotte zijn er nog een aantal regionale indelingen, die niet op de gezondheidszorg zijn toegesneden.

Zij zijn ruwweg te verdelen in indeling van het type kern met verzorgingsgebied (de CBS-indeling in nodale \* en corop-gebieden, de indeling in de Atlas van Nederland in primaire, secundaire en tertiaire verzorgingscentra en lokale centra) enerzijds en indelingen met een homogene sociale of economische structuur anderzijds (economisch geografische gebieden, indeling naar urbanisatiegraad). Voor de eerstelijns zorg is de hiërarchische verdeling in verzorgingsgebieden het meest interessant. De huisartsenzorg is immers een van de meest fijnmazig verdeelde dienstverleningsvormen in onze samenleving. Spreekt men echter over gemiddelde praktijkgrootte in een gebied, dan moet juist *onderscheid* gemaakt worden tussen *kern* en omliggend gebied.

---

\* Het Landelijke Informatiesysteem der Ziekenfondsen heeft 80 nodale CBS-gebieden getransformeerd tot 75 nodale gebieden met eeb ziekenhuis in de verzorgingskern.

