

 **NIVEL** Instituut  
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht  
Marisho **bibliotheek** 01 28 48

drieharingstraat 26  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

discussienota

Hoofdlijnen voor een programma van wetenschappelijk onderzoek  
op basis van het systematisch verzamelen van gegevens  
ten dienste van het beleid inzake beroepsbeoefenaren  
in de eerstelijnsgezondheidszorg

p.p. groenewegen

j. van der zee

utrecht, mei 1982

nederlands huisartsen instituut postbus2570 3500 gn utrecht



## Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Deel I. Overzicht van gegevens ten dienste van onderzoek en beleid inzake de omvang van de ELGZ	8
1.1. inleiding	8
1.2. de behoefte aan informatie voor het beleid	8
1.3. de beschikbaarheid van gegevens omtrent beroepen in de ELGZ	10
Deel II. Hoofdpijnen van een programma van wetenschappelijk onderzoek naar beroepen in de ELGZ	16
2.1. inleiding: 4 typen onderzoek	16
2.2. de randvoorwaarden: vergelijkende analyse van systemen van gezondheidszorg	19
2.3. de spreiding van beroepsbeoefenaren gegeven de eigenaardigheden van het systeem van gezondheidszorg	21
2.4. functionele samenhang	23
2.5. modellen voor het functioneren van de gezondheidszorg	23
Deel III. Systematische verzameling van gegevens over beroepsbeoefenaren in de ELGZ	26
3.1. inleiding	26
3.2. waarom een informatiesysteem	26
3.3. algemene voorwaarden voor een informatiesysteem van beroepsbeoefenaren in de ELGZ	27
3.4. globale inhoud van een registratiesysteem van beroepsbeoefenaren in de ELGZ	29
3.4.1. twee systemen	29
3.4.2. de kern van een systeem van gevestigde beroepsbeoefenaren	30
3.4.3. algemene opzet van een systeem van gevestigde beroepsbeoefenaren	31
3.4.4. algemene opzet van een systeem van adspirant-beroepsbeoefenaren	33
Deel IV. Concrete voorstellen voor de opbouw van een informatiesysteem over beroepsbeoefenaren in de ELGZ	36
4.1. concrete projecten	36
4.2. fasering 1982 - 1984	37
4.3. fasering m.b.t. de kwaliteit van de gegevens	40
4.4. wijzigingen lopende beleidsplannen	42
4.5. wijzigingen in het onderzoeksprogramma	42
4.6. voorlopig overzicht van de extra kosten 1982-1984	44



## Samenvatting beleidsplan (1982-84) Mankracht en Voorzieningen

Het plan bestaat uit vier delen:

Deel I beschrijft de stand van zaken op het gebied van informatievoorziening over beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deel II schetst de hoofdlijnen van een programma voor wetenschappelijk onderzoek; in deel III staat vermeld welke elementen een informatiesysteem voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg dient te bevatten en in deel IV tenslotte worden concrete voorstellen gedaan.

### Deel I - stand van zaken met betrekking tot gegevens over beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg

De informatievoorziening over beroepsbeoefenaren in de ELGZ vertoont hiaten. Dit geldt zowel voor de uitoefenaren van vrije beroepen alsook (en dat is een probleem van de eerste orde) voor personen in dienstverband. Op nationaal gebied zijn de cijfers niet betrouwbaar. (Er zijn bijvoorbeeld kanttekeningen te plaatsen bij het door het CBS vermelde officiële aantal tandartsen in Nederland). Op regionaal niveau bestaan zelfs nauwelijks gegevens. Bovendien is correctie achteraf ook niet mogelijk omdat als regel niet meer van toepassing zijnde informatie wordt vernietigd. Een vestigingsbeleid zal men op deze wijze niet kunnen uitvoeren.

### Deel II - hoofdlijnen voor een programma van wetenschappelijk onderzoek

In dit deel wordt gesteld dat het verklaren van regionale verschillen in spreiding van beroepsbeoefenaren de belangrijkste vraagstelling voor het onderzoek van de b.e. is.

Vier soorten onderzoek worden onderscheiden:

- a) vergelijking van systemen van gezondheidszorg; onderzoek naar de randvoorwaarden van de spreiding van hulpverleners. Dit betreft hetzij onderzoek voor of na een belangrijke wijziging in of van het systeem; hetzij internationale vergelijking van systemen. Een voorstel wordt gedaan om de Belgische en de Nederlandse gezondheidszorg te vergelijken.
- b) onderzoek naar oorzaken van verschillen in spreiding.

De belangrijkste aspecten van dit type onderzoek zijn geformuleerd in de recentelijk verschenen Studie uit de Huisartsenregistratie over de Spreiding van Huisartsen over Nederland.

Men moet zich realiseren dat het aantal inwoners per huisarts een quotiënt is - waarbij men zowel veranderingen in de noemer (de bevolking - d.m.v.

demografische en sociaalgeografische theorieën) als de teller (de hulpverlener) moet bestuderen. Wat dat laatste aspect betreft is de instroom (het aantal personen dat de opleiding verlaat) en de uitstroom (het aantal personen dat de praktijk verlaat) van belang en factoren die bijvoorbeeld de mogelijkheden bepalen voor het verwerven van een inkomen door de hulpverlener.

c) onderzoek naar samenhang van functies.

Het bezwaar van het onder b) genoemde type onderzoek is dat het over de spreiding van personen gaat, terwijl één persoon op meerdere adressen kan hulpverleners of op één adres verschillende functies kan uitoefenen. Denk aan een verloskunde uitoefenende apotheekhoudende huisarts. Het onder c) genoemde onderzoek is dus eigenlijk een aanvulling van b).

d) Tenslotte gaat het niet alleen om de oorzaken van verschillen in spreiding, maar ook om de gevolgen. Die gevolgen kan men dan operationaliseren afhankelijk van probleemstelling en interesse. (Kosten van de zorg, verbetering in het welzijn van de hulpvragers). Spreidingsgegevens, regionale gegevens vinden hun plaats in macro-modellen van (onderdelen van) de gezondheidszorg. Constructie van deze modellen is een duidelijke taak voor het NHI. Men mag echter pas macro-modellen construeren als men beschikt over geldige onderzoeksresultaten met betrekking tot de aan de modellen ten grondslag liggende mechanismen en gedragsrelaties. Ontbreken deze onderzoeksresultaten, dan moet het NHI door middel van onderzoek op micro-niveau zelf deze kennis verwerven.

### Deel III - algemene inhoud van een informatiesysteem over beroepsbeoefenaren in de ELGZ

In dit deel wordt eerst uiteengezet dat het gaat om het opzetten van twee systemen: één van adspirant beroepsbeoefenaars en één van gevestigde. De instroom in het beroep wordt vooral bepaald door de capaciteit van de opleidingen; deze kan regionaal verschillen. Wil men vaststellen hoeveel adspirant-beroepsbeoefenaars 'in de markt' zijn, dan moet men deze groep regelmatig peilen. Van elk systeem wordt aangegeven wat de belangrijkste kenmerken zijn. Voor de gevestigde beroepsbeoefenaren gaat het om de combinatie van functie en adres. Deze combinaties moeten samen te voegen zijn tot een persoon en, per adres, tot een vestiging van één of meerdere hulpverleners met dezelfde of andere functies.

Bovendien moet men pas informatie in de systemen invoeren na verificatie bij dan wel autorisatie door de betrokkenen.

Van belang is ook om mutaties op datum in te voeren; dan kan men altijd ook achteraf correcties aanbrengen en nieuwe cijfers construeren.

#### Deel IV - concrete voorstellen

In dit deel worden concrete plannen geformuleerd voor de jaren 1982-1984.

Voor 1982 staat op het programma: 1) het opzetten van een registratie van verloskundigen - binnen de eigen capaciteit; 2) een begin maken met een eenvoudige en gefaseerde opbouw voor een registratie van fysiotherapeuten.

Voor 1983 - opbouw van een registratie van apothekers (waarschijnlijk nog wel mogelijk binnen de eigen capaciteit).

Voor 1984 - opzetten van een registratie van tandartsen (met extra mankracht).

Het verzorgen van gegevens over hulpverleners-in-dienstverband, zoals wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden achten wij een taak voor de overkoepelende en nationale organisaties; zij het dat op deze organisaties druk zal moeten worden uitgeoefend om de cijfers ook in feite te produceren.

Voor de fysiotherapeuten wordt een eenvoudiger registratie voorgesteld.

Eenvoudiger dan voorgesteld in de twee rapporten over een registratie van fysiotherapeuten. Door informatie niet op datum maar op peildatum in te voeren en niet te werken met verificatie bij de betrokkene maar met vergelijking van bronnen zullen er weliswaar altijd smetten aan de cijfers kleven, maar kan men met minder moeite toch cijfers produceren die in elk geval betrouwbaarder zijn dan nu het geval is.

DEEL I : OVERZICHT VAN GEGEVENS TEN DIENSTE  
VAN ONDERZOEK EN BELEID INZAKE DE  
OMVANG VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

1.1. Inleiding

In februari 1980 verscheen de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Een belangrijk gedeelte van de schets is gewijd aan een beschrijving van de situatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Onze belangstelling gaat hierbij uit naar de beschrijving van mankracht en voorzieningen in de eerste lijn. Hieruit blijkt dat er

- a) voor een aantal beroepen een gebrek is aan de meest elementaire gegevens en
- b) dat de kwaliteit van sommige gegevens in twijfel getrokken kan worden.

In dit eerste deel zullen we ingaan op deze twee beweringen.

Eerst zullen wij proberen aan te geven welke gegevens in ieder geval nodig zijn voor uitvoering en ondersteuning van het beleid op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg.

1.2. De behoefte aan informatie voor het beleid

Onder de gebruikers van informatie omtrent de mankracht in de ELGZ neemt de landelijke overheid een belangrijke plaats in en wij zullen dan ook moeten bezien welke informatie de landelijke overheid nodig heeft voor zijn beleid. Er zijn echter ook andere gebruikers van dit soort informatie: de lagere overheden (in toenemende mate belangrijk in het kader van de decentralisatie van een aantal overheidstaken op het gebied van gezondheidszorg en welzijnszorg), de georganiseerde beroepsbeoefenaren en de financiers van de zorg (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars). Aan het overheidsbeleid zijn vanuit het specifieke gezichtspunt van deze



nota twee aspecten te onderscheiden: het beleid dat gericht is op volume-beheersing en het beleid dat gericht is op verandering van de spreiding. De wettelijke basis voor een dergelijk beleid wordt gevonden in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.

De beroepsverenigingen zijn vooral geïnteresseerd in gegevens die gebruikt kunnen worden bij opstelling en uitvoering van een vestigingsbeleid (een probleem dat overigens niet speelt voor de beroepsgroepen die geheel of bijna geheel hun beroep in dienstverband uitoefenen). Ook de financiers van de gezondheidszorg zijn in het vestigingsbeleid geïnteresseerd, maar daarnaast in de ontwikkeling van volume aan beroepsbeoefenaren en de beheersing daarvan.

De belangrijkste beleidsterreinen zijn dus: volumebeheersing, spreidingsbeleid en vestigingsbeleid. In verband met decentralisatie van overheids-taken kan als eis gesteld worden dat de gegevens die voor deze beleidsterreinen relevant zijn, ook beschikbaar gemaakt moeten kunnen worden voor kleine regionale eenheden, zoals gemeenten.

Het beleid op deze terreinen veronderstelt de aanwezigheid van betrouwbare en specifieke cijfers over de stand van zaken wat betreft het aantal beroepsbeoefenaren. In een volume-bepaling dient idealiter onderscheid gemaakt te kunnen worden tussen functie en activiteit. Functie houdt in een classificatie naar specialisme of aard van de werkzaamheden, waarbij één beroepsbeoefenaar meerdere functies kan vervullen. Onder activiteit verstaan we de hoeveelheid tijd die een beroepsbeoefenaar per functie besteedt. Ten behoeve van een spreidingsbeleid, maar ook in het kader van decentralisatie, dient het laagste niveau waarop gegevens geanalyseerd kunnen worden, het punt te zijn van waaruit een bepaalde hoeveelheid activiteit in een bepaalde functie uitgevoerd wordt; men zou dit als spreekuurpunten kunnen aanduiden.

De vraag hoe veranderingen in volume en spreiding van een beroepsgroep tot stand komen en hoe de kennis over deze veranderingen gebruikt kan worden om sturend in te grijpen, vereist nog meer gegevens. Veranderingen in de omvang van een beroepsgroep zijn de resultante van de instroom in de beroepsgroep vanuit het onderwijssysteem en van de uitstroom als gevolg van verandering

van werksoort of als gevolg van ziekte, overlijden of pensionering.

Voor veranderingen in spreiding zijn naast gegevens op regionaal niveau over toetreding tot en uittreding uit de beroepsgroep ook gegevens over omvang en verandering in bevolkingsaantal van belang.

De uittreding uit de beroepsgroep wordt - voor zover wij dat vastgesteld hebben bij huisartsen - in belangrijke mate bepaald door de opbouw en samenstelling van de beroepsgroep. De instroom in een beroepsgroep is veel minder duidelijk bepaald; afhankelijk van het aanbod aan vestigingsplaatsen of arbeidsplaatsen gaat een groter of kleiner deel van de output van het onderwijssysteem behoren tot het actieve gedeelte van de beroepsgroep - eventueel na een periode van overgangsactiviteiten, zoals assistent in een huisartspraktijk, waarnemend verloskundige, 2e apotheker of medewerker op procentenbasis in een fysiotherapeutenpraktijk.

Gegevens over de periode tussen de beroepsopleiding en toetreding tot de actieve beroepsgroep ontbreken voor alle beroepsgroepen, behalve de huisarts. Voor deze laatste groep is een systeem van periodieke peilingen onder alle adspirant-beroepsbeoefenaren ontworpen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de participanten in het beleid op het gebied van de ELGZ behoefte hebben aan gegevens voor de ondersteuning van beleid met betrekking tot volumespreiding en vestiging van beroepsbeoefenaren. Daartoe zijn gegevens nodig op de volgende terreinen:

- \* toetreding tot de beroepsgroep
- \* opbouw en samenstelling van de beroepsgroep
- \* terugtreding uit de beroepsgroep
- \* spreiding van beroepsbeoefenaren.

### 1.3. De beschikbaarheid van gegevens omtrent beroepen in de ELGZ

In dit overzicht zullen wij de volgende beroepen bespeken: huisarts, apotheker, tandarts, verloskundige, fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, algemeen maatschappelijk werkende, kraamverzorgster en gezinsverzorgster. Dit

zijn de beroepen die in het overzicht van mankracht in de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg genoemd worden. Het is de vraag of enkele van de paramedische beroepen, zoals het beroep van diëtiste, oefentherapeut Cesar, Mensendieck en ergotherapeut, in een uitgebreide versie van deze nota ook bekeken moeten worden.

Wij zullen van de genoemde beroepen globaal aangeven welke gegevens gepubliceerd worden en door welke instantie dat gebeurt. Dit overzicht vertoont nog hiaten, over huisartsen, apothekers, verloskundigen en fysiotherapeuten zijn we goed geïnformeerd, maar over de stand van zaken met betrekking tot de andere groepen moet nog meer materiaal verzameld worden.

a) de huisarts

- \* toetreding tot de beroepsgroep: Nederlands Huisartsen Instituut, registratie van adspirant-huisartsen en registratie van gevestigde huisartsen
- \* opbouw van de beroepsgroep naar leeftijd, geslacht, etc.: NHI, registratie van adspirant-huisartsen en registratie van gevestigde huisartsen, Geneeskundige Hoofd Inspectie, Register Medische Beroepen (uitsplitsing naar leeftijd en geslacht)
- \* terugtreding uit de beroepsgroep: NHI, registratie van gevestigde huisartsen
- \* spreiding van beroepsbeoefenaren: NHI, registratie van gevestigde huisartsen; GHI, Register Medische Beroepen (uitsplitsing naar provincie); Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Landelijk Informatie Systeem der Ziekenfondsen (aantal huisartsen uitgesplitst naar aantal verzekerden per provincie en per urbanisatiegraad-categorie).

b) apothekers

- \* toetreding tot de beroepsgroep: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, Farmaceutisch Jaaroverzicht in Cijfers (aantal nieuwe apotheken, aantal studenten en afgestudeerden)
- \* opbouw van de beroepsgroep: Hoofd Inspectie van de Geneesmiddelenvoorziening, Jaarverslag; KNMP, Farmaceutisch jaaroverzicht (uitsplitsing naar geslacht en functie der leden van de KNMP)

- \* terugtreding uit de beroepsgroep: KNMP, Farmaceutisch jaaroverzicht (aantal opgeheven apotheken)
  - \* spreiding van beroepsbeoefenaren: KNMP, Farmaceutisch jaaroverzicht (leden der KNMP per departement, zonder uitsplitsing naar functie); Staatsuitgeverij, Lijst van apothekers en apotheekhoudend geneeskundigen (uit de adreslijst kan overzicht van de spreiding samengesteld worden).
- c) tandarts
- \* opbouw van de beroepsgroep: GHI, Register Medische Beroepen (aantal, uitsplitsing naar geslacht en praktizerend/niet-praktizerend)
  - \* spreiding van de beroepsgroep: GHI, Register Medische Beroepen (aantallen per provincie), Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Tandartsengids (overzicht van het ledenbestand der afdelingen van de Maatschappij; uit de adreslijst kan een gedetailleerder overzicht van de spreiding samengesteld worden).
- d) verloskundige
- \* toetreding tot de beroepsgroep: GHI, Register Medische Beroepen (aantal geslaagden voor het arts-examen)
  - \* opbouw van de beroepsgroep: GHI, Register Medische Beroepen (aantal uitgesplitst naar wijze van praktijkuitoefening)
  - \* spreiding van de beroepsbeoefenaren: GHI, Register Medische Beroepen (aantallen per provincie).
- e) fysiotherapeut
- \* toetreding tot de beroepsgroep: GHI, Register Medische Beroepen (aantallen geslaagden voor het examen)
  - \* opbouw van de beroepsgroep: GHI, Register Medische Beroepen (éénmalige telling van het bestand der GHI verricht door het Instituut voor Gezondheidszorg te Tilburg); Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (leeftijdsofbouw van het ledenbestand der lidverenigingen van het NGF)
  - \* spreiding van de beroepsbeoefenaren: NGF (aantal leden van de lidverenigingen per afdeling van het NGF).

## f) wijkverpleegkundige

- \* toetreding tot de beroepsgroep: GHI en afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (aantallen geslaagden met aantekening wijkverpleging); Nationale Kruisvereniging, Dienst Informatie Voorziening (aantal vacatures)
- \* opbouw van de beroepsgroep: GHI/MGZ (indeling naar functie: hoofd-wijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige, verpleegkundige in de wijk en wijk-ziekenverzorgende); NK, DIV (aantal naar functie)
- \* spreiding van de beroepsbeoefenaren: NK, DIV (aantal naar functie per provincie).

## g) algemeen maatschappelijk werkende

- \* opbouw van de beroepsgroep: CBS, Sociaal-Cultureel Kwartaalbericht (aantal beroepsbeoefenaren naar functie, burgerlijke staat en opleidingsniveau)
- \* spreiding van de beroepsbeoefenaren: CBS, SCK (Het aantal instellingen voor algemeen maatschappelijk werk per provincie).

## h) kraamverzorgsters

- \* opbouw van de beroepsgroep: GHI, Register Medische Beroepen (aantal leerlingen en aantal gediplomeerden)
- \* spreiding van de beroepsbeoefenaren: GHI, Register Medische Beroepen (aantal centra, gediplomeerden en leerlingen per provincie).

## i) gezinsverzorgster

- \* spreiding van de beroepsbeoefenaren: Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, rapport Samenhangen in en om de Gezinsverzorging (aantal per provincie).

Dit overzicht laat zien dat er duidelijke verschillen zijn in de hoeveelheid gegevens die er per beroepsgroep gepubliceerd worden.

Over huisartsen wordt een grote hoeveelheid gegevens gepubliceerd door verschillende instanties over de thema's toetreding tot en terugtreding uit de beroepsgroep, opbouw van de beroepsgroep en spreiding van de beroepsbeoefenaren over ons land.

De gegevens die over de andere beroepsgroepen gepubliceerd worden, beslaan minder thema's en/of hebben slechts op een selectie van de beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld alleen leden) betrekking.

Een dimensie die nog niet aan de orde geweest is, is de betrouwbaarheid van de gegevens. Deze hangt af van de manier waarop en het doel waartoe gegevens verzameld worden.

Over het 'doel waartoe' kunnen we kort zijn. Met uitzondering van de gegevens die gepubliceerd worden uit de registratiesystemen van het NHI, zijn deze gegevens niet verzameld met het oog op nadere wetenschappelijke analyse. Een gedeelte van de gegevens wordt ingevolge wettelijke verplichtingen door de overheid verzameld, bijvoorbeeld het Register Medische Beroepen dat bijgehouden wordt ingevolge de Gezondheidswet, die de Geneeskundige Hoofdinspecteur de verplichting oplegt een lijst bij te houden van de bevoegde artsen in ons land.

Een ander deel van de gegevens wordt door de beroepsorganisaties gepubliceerd en zijn een nevenproduct van de administratieve handelingen die verricht worden om het ledenbestand bij te houden.

Wat betreft de wijze waarop gegevens verzameld worden, kan gesteld worden dat de doelstellingen van de gegevens verzamelende instanties niet meer verlangen dan een passieve gegevensverzameling en een opvolging van momentopnamen.

Passieve gegevensverzameling houdt in dat men afwacht tot er mutaties gemeld worden en deze verwerkt over het algemeen zonder nadere verificatie (een uitzondering is de enquête die door de GHI onlangs uitgezonden is in het kader van de Noodwet Geneeskundigen en die als actieve gegevensverzameling beschouwd kan worden). Met de uitdrukking 'een opeenvolging van momentopnamen' willen we aangeven dat men over het algemeen slechts geïnteresseerd is in de meest recente stand van zaken en dat oude cijfers en gegevens letterlijk in de prullenmand kunnen worden gegooid.

Voor de betrouwbaarheid van de genoemde statistieken heeft dit gevolgen. Statistieken die gebaseerd zijn op lidmaatschapsgegevens van de beroepsorganisaties, geven slechts een beperkt beeld van de mankracht in een bepaald beroep. Daarnaast zijn ze veelal enigszins vertekend, doordat de hoogte van de contributie afhankelijk is van het al of niet actief werkzaam zijn in het

beroep en/of de omvang van de werkzaamheden. De statistieken die de overheid in het kader van zijn wettelijke verplichtingen produceert, vormen vaak een minimumprogramma; dat wat de wet voorschrijft wordt verzameld en zo nodig gecontroleerd, maar opsplitsing binnen een erg heterogene groep, zoals 'artsen die bevoegd zijn in ons land de geneeskunst uit te oefenen', zijn niet goed te maken.

Deze opmerkingen over doel en wijze van gegevensverzameling en betrouwbaarheid hebben vooral betrekking op de beroepsgroepen die (voor een deel) hun beroep als vrije ondernemers uitoefenen. Voor de beroepsgroepen die voornamelijk in dienstverband werken - zoals wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgsters enz., ligt het probleem niet zozeer in het feit dat er geen betrouwbare gegevens zijn, alswel in het feit dat deze gegevens niet in een voor verdere bewerking en analyse geschikte vorm gepubliceerd worden. Zij het dat met name de wijkverpleging het heel erg bont maakt voor een gesubsidieerde instelling; de Nationale Kruisorganisatie is niet bij machte om een volledig overzicht van volume- en verrichtingengegevens te leveren.

DEEL II : HOOFDLIJNEN VAN EEN PROGRAMMA VAN WETENSCHAPPELIJK  
ONDERZOEK NAAR BEROEPEN IN DE ELGZ

2.1. Inleiding

Uit de opsomming in het eerste deel van deze nota blijkt dat zelfs voor tamelijk simpele beleidsdoeleinden (een vestigingsregulering bijvoorbeeld) essentiële informatie ontbreekt. Zijn op landelijk en soms provinciaal niveau nog wel gegevens bekend (zij het dat van sommige beroepsgroepen de betrouwbaarheid van deze gegevens twijfelachtig is), op lager regionaal niveau ontbreken gegevens meestal geheel.

En niet alleen basisgegevens ontbreken, inhoudelijke gegevens (welke functies worden door welke hulpverleners vervuld) zijn ook meestal slechts fragmentarisch bekend.

Dit gebrek aan informatie zou op zich zelf al voldoende zijn om over te gaan tot het opzetten van een betrouwbaar informatiesysteem, dat beschrijvende gegevens ten behoeve van landelijk en regionaal beleid kan leveren.

Beschrijvende gegevens, hoe nuttig ook voor een eerste inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zijn echter niet voldoende, men weet immers dan nog niet langs welke weg veranderingen plaatsvinden en wat de oorzaken en gevolgen van deze veranderingen zijn.

Naast een programma voor het verschaffen van basisgegevens ten behoeve van het beleid in de gezondheidszorg pleiten wij dan ook voor het opzetten van een programma van wetenschappelijk onderzoek waarin oorzaken en gevolgen van verschillen in regionale spreiding van functie-aanbod worden bestudeerd.

In deze lelijke, want gecomprimeerde zin staan vier belangrijke dingen:

Ten eerste het woord 'regionaal'; bij een zogenaamde kleinschalige voorziening, zoals men een hulpverlener in de ELGZ wel mag betitelen (voor de meeste geldt dat een 'klantenkring' van 2000 à 3000 zielen al een ruim bestaan kan opleveren), behoren geen grootschalige regionale indelingen. De verschillen binnen zo'n heterogene regio kunnen aanzienlijk groter zijn dan tussen de regio's.



Een analyse van regionale spreidingsverschillen moet dus op een laag aggregatieniveau plaatsvinden.

Ten tweede het woord 'functie-aanbod'. Dit is een lelijke term, maar hij is met opzet in de plaats gesteld van de term 'beroepsbeoefenaren' of 'hulpverleners', omdat zoals we in deel I al hebben uiteengezet, een beroepsbeoefenaar meer functies kan uitoefenen. Een bekend voorbeeld: een huisarts ten plattelande, die zowel een apotheek beheert als ook de verloskunde beoefent.

Ten derde het woord 'spreiding'. Wij verstaan hieronder de verhouding van een beroepsbeoefenaar (of eigenlijk een 'functie-aanbieder') tot de voor zijn hulpverlening relevante bevolking in een gebied. Voor dit gebied geldt dat het niet omvangrijker moet zijn dan het woongebied van een potentiële klantenkring.

Ten slotte is nog van belang dat we spreken over studie van oorzaken en gevolgen. Waarom zitten er op de ene plaats relatief meer dokters dan op de andere en welke effecten heeft dat op bepaalde criteria die we aanleggen voor het functioneren van de gezondheidszorg. Bij het woord criteria kan men nog verschillende dingen denken : financiële criteria; criteria voor het functioneren van een ander deel van de zorg (verwijs-, en opnamecijfers als gevolg van wijzigingen in de omvang van de huisartspraktijk); criteria voor de kwaliteit van de zorg (missende gebitselementen als criterium voor het effect van tandheelkundige zorg), maar ook rechtvaardigheidscriteria (heeft ieder een gelijke mogelijkheid om van de zorg gebruik te maken).

Ons wetenschappelijk programma zal zich vooral richten op het bestuderen van verschillen in spreiding van functie-aanbod in de relatie met de zorgbehoevende populatie.

Wij kunnen bij deze studies nog enkele onderverdelingen maken.

Ten eerste kunnen we de *randvoorwaarden* bestuderen, waarbinnen verschijnselen in de gezondheidszorg zich voordoen. Wettelijke bepalingen, honoreringssystemen, de wijze waarop en de mate waarin bevolking verzekerd is tegen risico van ziekte en arbeidsongeschiktheid, de wijze waarop de toegang tot de hulpverlening geregeld is (welke hulpverleners zijn rechtstreeks toegankelijk en welke niet) vormen de belangrijkste karakteristieken van een systeem

van gezondheidszorg en als zodanig de grenzen waarbinnen verschijnselen kunnen optreden.

Vergelijkend onderzoek (hetzij tussen systemen, hetzij voor en na belangrijke wijzigingen in een systeem) is een belangrijke toetssteen van de ontwikkelde theorieën en kan de condities waaronder uitspraken opgaan nader specificeren. Ten tweede is er het *onderzoek naar spreidingspatronen* per beroepsgroep. De uitgangspunten die zijn geformuleerd in het rapport 'de spreiding van huisartsen over Nederland' (Groenewegen en Van Bennekom, 1981) zullen wij hieronder nog eens weergeven.

Ten derde moet onderzoek worden gedaan naar de *onderlinge samenhang en aanvulling* van functies. Wie doet wat en waarom niet. De verloskunde is een mooi voorbeeld: huisarts, verloskundige en obstetricus verrichten verloskundige handelingen bij de patiënt thuis, poliklinisch of klinisch. Transversaal onderzoek naar ieders aandeel in de verloskunde en onderzoek naar verschijnselen in de tijd laten zich gemakkelijk bedenken. Dit type onderzoek vormt het raakvlak tussen het werk van Mankracht en Voorzieningen en Samenwerking in de eerste lijn, zeker als deze laatstgenoemde basiseenheid zich eerder met samenhang dan met samenwerking zou bezighouden.

Op het moment dat ook de relatie met voorzieningen uit hogere echelons in het onderzoek wordt betrokken, raakt men aan het vierde onderzoekstype: *onderzoek naar de invloed van fluctuaties in het aanbod van de ene soort hulpverlener op het totaal* (of in ieder geval een groter geheel) van de gezondheidszorg.

Men komt hier op het terrein van 'integrale of partiële modellen van de gezondheidszorg'; een onderwerp waarmee het NHI al enige ervaring heeft met betrekking tot de huisarts (ook weer in verschillende basiseenheden), maar dat natuurlijk ook uitgebreid kan worden naar andere soorten hulpverleners.

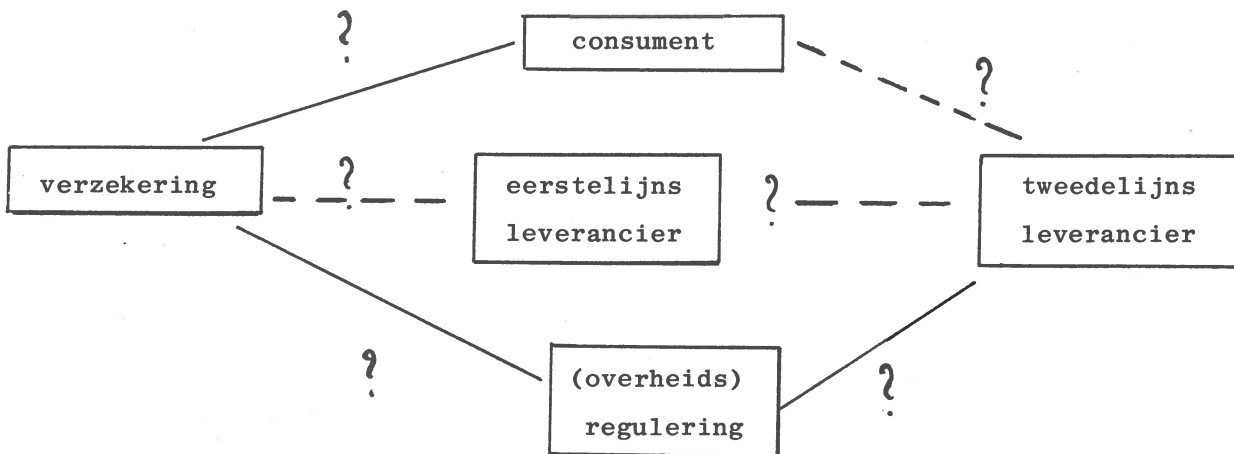
Tot zover in grote lijnen de belangrijkste aspecten van een programma van wetenschappelijk onderzoek. In de volgende paragrafen zullen we de vier genoemde soorten onderzoek nog wat nader uitwerken.

## 2.2. De randvoorwaarden; vergelijkende analyse van systemen van gezondheidszorg

### *De typologie van Robert Evans*

In zijn bijdrage aan het 3e wereldcongres over Economie van de gezondheidszorg (Evans, 1981), heeft de Canadese econoom Robert Evans een begrippenschema en analyse-instrument gepresenteerd voor de studie van systemen van gezondheidszorg.

Hij betreft hierin 5 partijen en stelt dat de verschillende wijzen waarop deze partijen aan elkaar zijn gerelateerd kenmerkend zijn voor een systeem van gezondheidszorg:



Belangrijke vragen in Evans'systeem zijn: wie is eerstelijns en wie is tweedelijns leverancier (wiens zorg is direct en wiens zorg is via een eerstelijns leverancier toegankelijk ?).

Wat is de wijze en mate van verzekering van de bevolking. Wat is de relatie tussen leveranciers en verzekeraars. In welke mate is de verzekering zoals Evans dat noemt 'at arms length' (dus zonder directe invloed op de consumptie - alleen als betaalkantoor functionerend) georganiseerd of heeft de verzekering een sturende en bewakende functie.

In welke mate reguleert de overheid verzekeringen, inkomens van leveranciers en consumptie ?

Evans schetst (p. 331-345) enkele 'ideaaltypische modellen' (volledige vrije markt, volledig professioneel model, model van universele publieke verzekering, een model waarin de consumentenkeuze centraal staat en een model waarin de overheid alles reguleert); waarop wij in dit bestek niet verder zullen ingaan; het gaat er om dat men met behulp van Evans' analyse-instrument systemen kan beschrijven en dat men met name uit de relaties tussen verzekeraars, leveranciers en consument een aantal veronderstellingen kan afleiden over de wijze waarop beroepsbeoefenaren hun inkomens verdienen; wie er bij dit proces invloed uitoefent of als concurrent werkzaam is en hoe de relatie tussen de hulpvragende bevolking en de hulpverlenende 'leveranciers van zorg' is geregeld. Dit klinkt nogal abstract; een voorbeeld moge enige verduidelijking geven. Als men (zoals in ons geval) de spreiding van huisartsen bestudeert, dan is het van belang om vast te stellen of hulpverleners met een concurrerend 'pakket' van diensten (specialisten, fysiotherapeuten, apothekers) al dan niet rechtstreeks voor het publiek toegankelijk zijn. Zijn ze dat bijvoorbeeld wel, dan zullen deze hulpverleners als concurrent optreden en zal de vestiging van de een gepaard gaan met een zekere mate van omzetverlies voor de ander. Wil men de spreiding van één soort hulpverlener bestuderen, dan moet men de spreiding van de 'concurrent' als verklarende variabele opnemen.

Reguleert de overheid de vestigingen, dan kan men slechts bestuderen in welke mate de werkelijkheid van de gestelde normen afwijkt.\*

Ook de mate van verzekering (al dan niet eigen bijdrage) tegen ziektekosten en loonderving is van belang voor de verhouding hulpverlener/hulpvrager; naarmate de dekking van de verzekering slecht of minder collectief is georganiseerd, is de draagkracht van de verzekerde van groter belang voor het inkomen van de hulpverlener en zijn dus gegevens over het inkomen van de bevolking van groter belang voor het verklaren van de spreiding van hulpverleners. Betaling per verrichting als ene uiterste en een volledig dienstverband als andere uiterste zullen ook de relatie hulpverschaffer/hulpvrager beïnvloeden. In eerste geval zal de zorgbehoefte van de bevolking (de potentiële vraag) van belang zijn voor het inkomen, (ook weer gegeven b.v. een collectieve verzekering) in het andere geval veel minder.

\* Het is een illusie te denken dat ook met het krachtigste beleid de beleidsnormen alle en in gelijke mate zullen worden bereikt. Onderzoek blijft nuttig, ook al bespeurt men de tendentie om onderzoek te verwaarlozen naarmate de normatieve aspecten van het beleid meer gaan overheersen (zie bijvoorbeeld de situatie in Engeland).

Terug naar het voorstel: vergelijking van systemen van gezondheidszorg. Duidelijk moge zijn dat de aard van het systeem, zoals te beschrijven aan de hand van Evans' typologie, van belang is voor de studie van verschijnselen binnen het systeem.

Wij willen voorstellen om spreiding van hulpverleners (om te beginnen van huisartsen) te bestuderen in systemen die wat betreft belangrijke karakteristieken (verrichtingen i.p.v. abonnementsysteem, vrije toegang tot specialistenzorg) van het Nederlandse systeem afwijken. De Belgische gezondheidszorg is een mooi voorbeeld hiervan.

Voorwaarde is dat gegevens vergelijkbaar zijn en verkrijgbaar.

Wat betreft de Belgische gezondheidszorg lijkt het erop dat de 'Service d'Etudes du Marché Médical' van de Université Catholique de Louvain over het goede gegevensmateriaal beschikt; zodat wij binnen afzienbare tijd een voorstel tot uitwisseling van gegevens en gezamenlijk onderzoek kunnen voorbereiden.

Niet alleen vergelijking tussen verschillende nationale systemen van gezondheidszorg, maar ook vergelijking van één systeem voor en na belangrijke wijzigingen is van belang. Voor Nederland is het jaar 1966 belangrijk geweest. In dat jaar slaagden de huisartsen erin het honorarium voor de ZF-praktijk dusdanig te verhogen, dat de ZF-praktijk voor het inkomen van de huisarts belangrijker werd dan de particuliere praktijk. De consequenties van deze wijziging voor het spreidingspatroon van huisartsen over Nederland is een onderwerp dat wij de komende jaren verder zullen uitdiepen en wel door gegevens te verzamelen over de verdeling van huisartsen over de periode 1955 - 1967\*. Voor 1963 - 1967 is dit al vrijwel gereed; in 1982 (wellicht uitlopend in 1983) zal de periode 1955 - 1962 worden aangepakt.

### 2.3. De spreiding van beroepsbeoefenaren gegeven de eigenaardigheden van het systeem van gezondheidszorg

De belangrijkste overwegingen bij dit type onderzoek zijn geformuleerd in het rapport 'De spreiding van huisartsen over Nederland' (Groenewegen en Van Bennekom, 1982), dat als Studie uit de Huisartsenregistratie van het Nederlands Huisartsen Instituut verschenen is.

\* 1968 is nu het eerste jaar waarvan we over gegevens beschikken.

In dit rapport wordt de schijnbaar triviale opmerking gemaakt dat 'spreiding' het quotiënt is van bevolking als noemer en huisartsen als teller van de breuk en dat (dus) zowel veranderingen in de omvang van de voor de hulpverlening relevante bevolking als veranderingen in het locatiepatroon van de hulpverleners de waarde van dit quotiënt bepalen.

Verandering in de omvang van de voor hulpverlening relevante bevolking (niet altijd de gehele bevolking; voor de verloskunde geldt bijvoorbeeld het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd) kunnen worden verklaard met demografische (geboorte, sterfte) en sociaal-geografische (migratie-)theorieën.\*

De veranderingen in omvang van een huisartsengroep in een bepaald gebied kunnen we herleiden tot een aantal beslissingen.

Ten eerste de beslissing van een aankomende beroepsbeoefenaar om zich ergens 'extra' te vestigen; ten tweede de beslissingen van de zittende hulpverleners om een nieuwe vestiging te stimuleren (dat kan een collectief 'gesteunde vrije vestiging' of een individueel 'associatie' - besluit zijn); ten derde de beslissing van een zittende beroepsbeoefenaar om na al dan niet voor een opvolger gezocht te hebben de praktijk te verlaten.

Van belang voor deze laatste drie beslissingen zijn onder meer het feitelijke en verwachte verloop van de omvang en samenstelling van voor de hulpverlening relevante bevolking en de verhouding tussen het aantal gegadigden voor een vestigingsplaats (of voor een vacature) en het aantal vestigingsmogelijkheden. Bepaalde randvoorwaarden (een met praktijkgrootte afnemende hoogte van de honorering) kunnen de beslissing van de zittende hulpverleners om nieuwe vestigingen af te remmen of te stimuleren beïnvloeden.

Dit is in een vogelvlucht de wijze waarop wij de spreiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg willen verklaren. Dit betekent dat we enerzijds gegevens moeten verzamelen die indicatief zijn voor de 'vraag' naar hulpverlening (zeker als die vraag zoals in een verrichtingsstelsel rechtstreeks inwerkt op het inkomen van de hulpverlener) en anderzijds gegevens over de demografische en sociaal-geografische samenstelling van de bevolking.

\* Merkwaardigerwijze zijn deze demografische en migratietheorieën strikt gescheiden; waarschijnlijk omdat demografen zich meestal alleen met een bevolking als geheel bezighouden; dan is migratie minder belangrijk. Bij kleinere registratie-eenheden (binnen één land b.v.) is migratie tussen de gebieden van veel groter belang voor het verklaren van omvang en samenstelling van de bevolking.

Van groot belang is ten slotte dat we onderzoeken op welke wijze (en met welke vertraging) de beslissingen van nieuwe en zittende hulpverleners door de wijzigingen en omvang van de bevolking ter plaatse (of door verwachtingen daaromtrent) worden beïnvloed.

Het onderzoeksprogramma zal bestaan uit het nader uitwerken en toetsen van de reeds geformuleerde onderstellingen ten aanzien van de huisartsengroep en het formuleren van verwachtingen met betrekking tot andere hulpverleners in de gezondheidszorg (en, uiteraard, het verzamelen van onderzoeksmateriaal waarmee deze verwachtingen te toetsen zijn).

#### 2.4. Functionele samenhang

Een manco van de in de vorige paragraaf beschreven aanpak is dat er telkens over hulpverleners als persoon gesproken wordt, zonder dat de functies die worden uitgeoefend, zijn omschreven.

Om even terug te komen op de huisarts: deze kan naast het beoefenen der geneeskunst in algemene zin ook verloskunde bedrijven of geneesmiddelen verschaffen.

Voor beide laatste functies zijn ook meer gespecialiseerde hulpverleners beschikbaar, die soms wel en soms niet in samenhang en concurrentie met de huisarts hun vak kunnen beoefenen.

In het reeds genoemde rapport over de spreiding van huisartsen is aan deze onderlinge samenhang de nodige aandacht besteed.

Een inventarisatie van de verschillende functies en van degenen die deze beoefenen zal een vereiste zijn voor nader onderzoek (liefst opname in een permanente registratie). Dit nadere onderzoek dient dan weer gericht te zijn op een verklaring van de vraag waarom welke hulpverlener welke functie uitoefent en wat de invloed is van verschillende hulpverleners met deels overlappende functie (huisarts en apotheker bijvoorbeeld) op elkaars functioneren.

#### 2.5. Modellen voor het functioneren van de gezondheidszorg

Hoe interessant en nuttig het verklaren van de spreiding van leveranciers van gezondheidszorg over Nederland ook moge zijn, de relevantie van dergelijke onderzoek laat zich toch vooral vaststellen in de constructie van breder

opgezette modellen voor meer of minder uitgebreide sectoren van de gezondheidszorg.

Ook hier weer een illustratie uit het onderzoek naar de spreiding van huisartsen: de variabele 'huisartsendichtheid' speelt een belangrijke rol in modellen ter verklaring van verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers (zie de Studies van Van der Gaag, Rutten, Posthuma & Van der Zee, Hooijmans en Van de Ven).

Een bijzonder detail hierbij is, dat de hardnekkige samenhang tussen huisartsendichtheid en proportie bejaarden in een gebied (een samenhang die het moeilijk maakt het effect van verkleining van de huisartsenpraktijk te schatten) voor een belangrijk deel een gevolg is van demografische factoren; factoren die onderwerp van studie zijn in het onderzoeksprogramma naar het verklaren van de spreiding van beroepsbeoefenaren.

De door ons voorgestelde modellen (overigens geenszins het exclusieve terrein van de basiseenheid Mankracht en Voorzieningen - hier ligt duidelijk een basis voor een geïntegreerd onderzoeksprogramma) zijn van het 'vraag/aanbod-type'. Enerzijds probeert men de behoefte aan zorg in een populatie te indiceren (dat wordt ook al gedaan in de spreidingsstudies), anderzijds is de verdeling van beroepsbeoefenaren over de populatie een belangrijk gegeven.

Ten slotte gaat het er in deze modellen om effecten van differentiële spreiding van vraag en aanbod vast te stellen. 'Het aantal huisartsen per zoveel inwoners' is een variabele (naast andere variabelen zoals het aantal specialisten of het aantal voor de bevolking beschikbare bedden in algemene ziekenhuizen) in modellen ter verklaring van het verbruik van verpleegdagen.

Voor de verloskunde kan men zich voorstellen, dat bevalling thuis, poliklinisch of klinisch een criterium kan zijn; voor de tandheelkundige zorg de kwaliteit van gebitten van kinderen; voor de fysiotherapie ligt het moeilijker omdat effecten eerder op het verlichtende, faciliterende vlak liggen, maar ook daar zullen criteria moeten worden gezocht.

Voor het construeren van dit type modellen is een grondige kennis nodig van de werking van onderdelen van de gezondheidszorg en heeft men meestal de behoefte aan meer en uitgebreidere gegevens dan er als resultaat van routinematige verzameling aan gegevens voorhanden is. Zeker als men gedragsrelaties en mechanismen wil vastleggen waarvan men onderstelt dat ze aan de vaak op geaggregeerd niveau geconstrueerde modellen ten grondslag liggen.



Wil men echter beschikken over geldige modellen dan dient men ook onderzoek op 'microniveau' te bewerkstelligen en dient men de kosten ervan maar te beschouwen als basiskosten van de gezondheidszorg.

Men mag in feite pas macromodellen construeren als men weet hoe het 'werkt' op micro-niveau. Weet men dit niet (en dat is meestal het geval), dan zal er onderzoek op micro-niveau moeten worden opgezet.

Op het Nederlands Huisartsen Instituut zijn er verschillende basiseenheden (b.e. psychosociale hulpverlening, b.e. registratie in de 1<sup>e</sup> lijn) waar dit laatstgenoemde type onderzoek bij uitstek kan plaatsvinden.

### DEEL III: SYSTEMATISCHE VERZAMELING VAN GEGEVENS OVER BEROEPSBEOEFENAREN IN DE ELGZ

#### 3.1. Inleiding

Een programma van onderzoek ten behoeve van het verwerven en toepassen van kennis ten behoeve van het beleid is slechts uit te voeren op basis van een continue stroom van gegevens over beroepsbeoefenaren in de ELGZ.

In deel I hebben we al laten zien dat van sommige beroepen de meest elementaire gegevens ontbreken. Illustratief in dit verband is het rapport dat onlangs door het Instituut voor Gezondheidszorg uit Tilburg over de paramedische beroepen is gepubliceerd. Veel verder dan de constatering dat men in de Registers van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid 14632 gediplomeerden aantrof, die hetzij levend hetzij dood zouden zijn en 314 die zeker dood waren, kwam men niet.

Als men al niet weet hoeveel beroepsbeoefenaren er zijn, laat staan als men niet weet wat deze uitvoeren, is het nauwelijks mogelijk om door middel van verder onderzoek vast te stellen in welke mate taken en functies van verschillende soorten hulpverleners op elkaar zijn afgestemd.

Gegeven de noodzaak van dergelijke informatie schetsen wij in het derde gedeelte van dit rapport enkele algemene voorwaarden waaraan informatiesystemen over beroepsbeoefenaren in de ELGZ moeten voldoen.

Vervolgens geven we, ook in globale zin, de inhoud weer van een dergelijk informatiesysteem.

#### 3.2. Waarom een informatiesysteem

In twee rapporten over de opzet en uitvoerbaarheid van een registratie van fysiotherapeuten (Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1980-1981) is geformuleerd dat (rapport 1980 p.2) men een registratiesysteem moet opzetten: 'als men de ontwikkeling van een nauwkeurig omschreven verschijnsel of van een nauwkeurig omschreven groep personen nauwgezet wil volgen of, als men in ieder geval te allen tijde over een volledig overzicht van de betrokken groepering of het betreffende verschijnsel wil beschikken. Is men niet in staat het verschijnsel nauwkeurig te omschrijven of wil men volstaan met een *zo nu en dan* vervaardigd overzicht van de stand van zaken, dan is opzet van een registratiesysteem niet de moeite waard.'

In de praktijk gaat het om het afwegen van de kosten en moeite van 'een *zo nu en dan* vervaardigd overzicht' versus het bijhouden van een continue verzameling. Ook voor periodieke overzichten moet men beschikken over een basisbestand, waar-

uit men bijvoorbeeld een steekproef kan trekken. Bestaat zo'n basisbestand niet, dan wordt het periodiek vaststellen ervan een kostbare en tijdrovende zaak.

Vele vragen kan men niet rechtstreeks met behulp van een registratiesysteem beantwoorden; daarvoor zijn ze te incidenteel en specifiek. Gericht onderzoek is hier de geijkte methode. Toch heeft men ook voor dit onderzoek een betrouwbaar basisbestand nodig, dat echter summier van inhoud kan zijn.

### 3.3. Algemene voorwaarden voor een informatiesysteem.

#### van beroepsbeoefenaren in de ELGZ

Zolang er geen wettelijke informatieplicht bestaat en in ieder geval zolang een dergelijke plicht niet afgedwongen wordt, is men aangewezen op medewerking van de beroepsbeoefenaren bij de opzet en het instand houden van een registratiesysteem.

In het gunstigste geval verkrijgt men betrouwbare gegevens zonder de betrokkenen zelf lastig te hoeven vallen, maar meestal is verificatie bij en autorisatie door de betrokkenen noodzakelijk voor de opzet van een betrouwbaar systeem.

Als eerste algemene voorwaarde moeten we formuleren:

1. naarmate men meer afhankelijk is van de medewerking van de geregistreerden dient een registratiesysteem eerder te streven naar een beperkt aantal gegevens van de gehele groep dan dat een deel van de groep door de uitgebreidheid van het systeem z'n medewerking weigert.

Een voorbeeld moge dit verduidelijken: in het huisartsenregistratiesysteem van het NHI is niet opgenomen de omvang van ziekenfonds- en particuliere praktijk. Ten dele niet omdat dit gegeven (in ieder geval de omvang van de particuliere praktijk) alleen door middel van periodieke peiling kan worden bijgehouden, maar ook en vooral niet omdat het patiëntental in het Nederlandse systeem van gezondheidszorg een aardige schatting van het inkomen van de huisarts geeft en gevreesd werd dat een deel van de artsen hun medewerking aan het systeem zouden weigeren.

Bij een plicht tot informatieverschaffing speelt dit probleem minder, zij het dat alleen als er sancties worden gesteld op het niet of onjuist invullen bruikbare gegevens kunnen worden verkregen.

De tweede algemene voorwaarde vloeit voort uit de eerste.

2. Gegeven de wens tot een zo gering mogelijk beroep op de medewerking van de geregistreerden, verdient opname van gegevens waarvan men mutaties (liefst uit meer dan één bron) verkrijgt de voorkeur boven (periodieke) peiling van het gehele of een deel van het bestand.

Gegevens die men zelf periodiek moet verzamelen dienen alleen te worden ingevoerd als men ze persé niet op andere wijze kan verkrijgen en ze van vitaal belang zijn voor de waarde van het systeem of als men te maken heeft met een groep die bijzonder willig is gegevens te verschaffen. (Bijvoorbeeld adspirant-hulpverleners op zoek naar een vestiging).

Haaks op de eerste twee voorwaarden staat de wens tot betrouwbare en geldige informatie. Het klakkeloos invoeren van mutaties uit één bron geeft onherroepelijk een vervuiling van het systeem. De meeste bronnen hebben hun specifieke eigenaardigheden, samenhangend met het doel waarvoor de informatie wordt verzameld.

Als derde algemene voorwaarde formuleren wij:

3. Gegevens dienen niet dan na verificatie (uit verschillende, van elkaar onafhankelijke, bronnen) of zelfs autorisatie door de betrokkene of diens naaste omgeving te worden ingevoerd.

Verificatie kan door vergelijking van verschillende van elkaar onafhankelijke bronnen of door schriftelijke of telefonische raadpleging van de betrokkene of diens naaste omgeving (echtgeno(o)t(e), assistent(e)). Bovendien moet men alert zijn op meervoudige wijzigingen (adreswijziging betekent soms functieverandering).

Brengt men een mutatie aan, dan kan men kiezen uit een methode waarbij de oude niet meer juist of van toepassing zijnde informatie verwijderd wordt of een systeem waarin de mutaties (de 'echte' mutaties, niet de correcties) op datum worden bewaard.

Wil men alleen beschikken over een 'up to date' bijgehouden bestand voor bijvoorbeeld het trekken van steekproeven ten behoeve van nader onderzoek of het sturen van informatie aan de geregistreerden, dan kan men volstaan met een systeem waarin oude informatie niet wordt bewaard.

4. Op het moment, echter, dat men geïnteresseerd is in gegevens over de stand van zaken op een bepaald tijdstip <sup>\*</sup>, dient er een tijdsdimensie in het systeem te worden ingebracht, dat wil zeggen, dienen mutaties te worden ingevoerd met de datum waarop ze plaats gevonden hebben.

Dit is de vierde algemene voorwaarde die we in dit bestek willen formuleren.

\* Een niet al te gelukkige tussenvorm is het 'bevrozen' van bestanden op of rond een bepaalde datum. Dit 'bevrozen' is nooit exact; de datum dat mutaties binnen komen en verwerkt worden is nooit de datum dat de mutaties hebben plaatsgevonden. Bovendien zijn na de 'bevriezing' geconstateerde mutaties die in feite nog ingevoerd hadden moeten worden niet meer in het goede bestand aan te brengen.

Naast de voorwaarden die vooral betrekking hebben op de wijze waarop een registratiesysteem moet worden ingericht, willen we nog één voorwaarde formuleren over het kader waarbinnen zo'n systeem moet worden opgezet:

Als laatste algemene voorwaarde formuleren wij hiervoor:

5. Gegeven de neiging tot verzelfstandiging en verstoffelijking van informatiesystemen dienen deze ondergeschikt te zijn aan en een zo kort mogelijke verbinding te hebben met onderzoek en beleid.

Gebeurt dit laatste niet dan worden wijzigingen en bijstellingen van het systeem vrijwel onmogelijk. Het ligt de beheerder van een systeem in de mond bestorven om te zeggen: 'Wat u wilt, mijnheer, daar kunnen we niet aan beginnen ! Stelt u zich voor, volgende maand komt er iemand die weer iets heel anders wil; kan ik m'n systeem wéér gaan herzien'.

Dit kan men alleen als het systeem organisatorisch ondergeschikt is aan degenen die beslissen over de inhoud van het onderzoek en de aard van de voor het beleid benodigde gegevens.

Wordt aan de hier genoemde vijf algemene voorwaarden voldaan, dan kan men beschikken over een betrouwbaar informatiesysteem, weliswaar met een beperkt aantal gegevens, maar met voldoende informatie om aan de in deel I en II genoemde eisen voor onderzoek en beleid te voldoen.

### 3.4. Globale inhoud van een registratiesysteem van beroepsbeoefenaren in de ELGZ

#### 3.4.1. Twee systemen

In deel I en II is al beschreven dat in het thema 'spreiding' 'Wetenschap' en 'Beleid' samenkomen. Zaken als regionalisering en vestigingsbeleid vereisen dat op regionaal niveau gegevens bestaan over de verdeling van beroepsbeoefenaren in relatie tot de bevolking en dat veranderingen in de samenstelling van de regionale beroepsgroepen en van de plaatselijke bevolking zo nauwkeurig mogelijk kunnen worden voorspeld. Een registratiesysteem dient zo te worden opgezet, dat overzichten voor elke gewenste regionale indeling zonder bezwaar kunnen worden geproduceerd. Wat betreft het NHI betekent dit een wijziging van het reglement voor de registratiesystemen; hierin dient nadrukkelijk vermeld te worden dat gegevens-op-naam aan regionale instanties kunnen worden verstrekt. Nu maakt het reglement dit niet mogelijk; voor een goede gang van zaken verdient reglementswijziging de voorkeur.

Naast 'spreiding' dienen ook 'in- en uitstroom' belangrijke onderwerpen van onderzoek te zijn.

Voor wat betreft het thema 'instroom' moeten we bijzondere aandacht besteden aan de personen die in opleiding zijn voor het betreffende beroep. Niet alleen op nationaal niveau, maar ook regionaal, omdat zowel recruitering als vestiging vaak plaatsvindt uit en in het gebied rond de plaats van opleiding. Aangezien er, om verschillende redenen, een bepaalde periode verloopt tussen beëindiging van de beroepsopleiding en vestiging en een bepaalde (zeker niet constante \*) proportie van de personen met een beroepsopleiding nimmer het betreffende beroep gaat uitoefenen, is het volgen van de gediplomeerden tot het moment van vestiging of het definitief opgeven van de plannen, een nuttige zaak. Dit volgen kan, gezien het diffuse en veelvormige karakter van de bezigheden tussen opleiding en vestiging, het beste geschieden door middel van periodieke peilingen. De ervaring van het NHI met een registratie van huisartsen-in-opleiding en van gevestigde huisartsen leert, dat de groep adspirant-huisartsen gaarne jaarlijks zijn vorderingen op het gebied van het verwerven van een huisartsenpraktijk aan het instituut mededeelt (responsiepercentage tussen de 98 en 99 %). Op grond van deze (gunstige) ervaringen pleiten wij voor het opzetten van twee systemen per beroepsgroep. Eén systeem, gebaseerd op periodieke peilingen van adspirant-beroepsbeoefenaren en één systeem van gevestigde beroepsbeoefenaren.

In de volgende paragrafen zullen wij in algemene termen formuleren welk soort gegevens beide systemen kunnen bevatten.

#### 3.4.2. De kern van een systeem van gevestigde beroepsbeoefenaren

Hoewel de titel van deze paragraaf suggereert dat we te doen hebben met een persoonsregistratie en dat (dus) de persoon van de hulpverlener de eenheid van het systeem zal zijn, is dat toch maar gedeeltelijk het geval.

Immers, personen kunnen op verschillende adressen praktijk uitoefenen of op hetzelfde adres meerdere soorten te onderscheiden werkzaamheden verrichten.

De kleinste eenheid van het systeem is dan ook niet de persoon, maar een combinatie van functie (of soort werkzaamheden) en locatie.

Deze functie/locatie-combinaties moeten kunnen worden samengevoegd tot persone

\* deels om persoonlijke, maar ook van de marktsituatie afhankelijke redenen.

(om dubbeltellingen te vermijden) en in het geval dat meer hulpverleners op dezelfde locatie praktisch uitoefenen, tot vestigingen van hulpverleners.

Aan iedere functie/locatie-combinatie (bah, wat een woord !) moet een proportie van de tijd van de hulpverleners worden toegewezen, en wel zodanig, dat de som van deze proporties een indicatie geeft van de hoeveelheid tijd (in absolute of relatieve zin) die de hulpverlener in zijn totaliteit werkzaam is.

Noodzakelijk in het systeem is een omschrijving van de functie en van de locatie. Meestal blijkt een algemene functieomschrijving (huisarts, fysiotherapeut, verloskundige) niet scherp genoeg te zijn (men moet bijvoorbeeld zg. 'algemeen artsen in inrichtingen en tehuizen' van de huisarts met een 'gewone' populatie onderscheiden). Per beroepsgroep dienen modaliteiten van de algemene functie te worden vastgesteld en omschreven.

Bij de 'locatie' kan men volstaan met het 'adres'. Dit 'adres' dient men te voorzien van een code, die een zo klein mogelijke maar wel tot grotere eenheden samen te voegen ruimtelijke eenheid presenteert. Belangrijk voor de keuze van deze eenheid is het beschikbaar zijn van andere relevante gegevens op dat niveau\* en de relevantie voor de betreffende eenheid voor het regionale beleid ten behoeve waarvan gegevens moeten worden geproduceerd.

#### 3.4.3. Algemene opzet van een systeem van gevestigde beroepsbeoefenaren

In § 3.3. is al gesteld dat de voorkeur dient te worden gegeven aan een 'historisch' systeem; een systeem waarin mutaties op datum worden ingevoerd.

Nu is het natuurlijk wel zo, dat niet alle mutaties even belangrijk zijn, sommige gegevens muteren zelfs nooit.

Het verdient daarom aanbeveling om in het bestand een onderscheid te maken tussen 'vaste gegevens' (gegevens die niet veranderen of waarvan men de veranderingen niet op datum hoeft te weten) en 'archiefggegevens', gegevens waarvan men de mutaties op datum vastlegt.

\*

Daarom is de (voor de eerstelijns hulpverlening interessante) indeling van de kruisorganisaties in 'basiseenheden' niet bruikbaar, omdat geen andere gegevens op ditzelfde niveau worden verzameld. De 'gemeente' daarentegen heeft als voordeel dat er veel statistische gegevens op dit niveau beschikbaar zijn.

Als vaste gegevens worden opgenomen :

- identificatie
1. naam, voorletters (voor vrouwen meisjesnaam en evt. naam van echtgenoot)
  2. geboortedatum
  3. geboorteplaats
  4. geslacht
  5. plaats en begindatum basisopleiding (indien van toepassing)
  6. " " einddatum "
  7. " " begindatum beroepsopleiding
  8. " " einddatum " (diploma)
  9. " " 'vervolgopleiding' (voor artsen promotie)
  10. datum verval geldigheid diploma (op iedereen van toepassing)
  11. privé-adres - om geen onnodige en 'valse' verhuismutaties te creëren
  12. postadres.

Naast enkele onveranderlijke persoonsgegevens bestaan de vaste gegevens voornamelijk uit plaats en datum van het 'diploma'. Bij het ene beroep is er slechts sprake van één diploma; bij het andere beroep dient men vòòr de beroepsopleiding eerst een basisopleiding te volgen. Ten slotte kan er nog tijd verlopen tussen het verwerven van de bevoegdheid tot beroepsuitoefening en het inschrijven in een register of een anderszins geformaliseerde erkenning.

Ten slotte is (bij de huisartsenregistratie) in de praktijk gebleken dat opname van het privé-adres van de beroepsbeoefenaren veel verwarring voorkomt. Men kan hiermee een grote hoeveelheid pseudo-mutaties voorkomen. Uit oogpunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer dient het gegeven niet aan derden te worden verstrekt of anderszins te worden verwerkt.

Van het postadres ten slotte is alleen de meest recente versie van belang. Mutaties hiervan behoeven niet te worden bewaard.

Als archieffgegevens worden opgenomen:

1. een identificatie van de persoon
  2. een locatie (adres + ruimtelijke code)
  3. een code voor de functie
  4. hoeveelheid tijd besteed aan functie op deze locatie
  5. kenmerken van de vestiging (voor het geval dat de functie deel uitmaakt van een groter verband)
  6. gegevens op datum over de wijze van vestiging
  7. gegevens over de wijze en datum van beëindiging van de vestiging
  8. gegevens over de arbeidsverhoudingen waarin het werk wordt uitgeoefend
  9. lidmaatschap beroepsverenigingen.
- } t.b.v. aggregatie naar personen  
{ kleinste ruimtelijke eenheid)
- t.b.v. aggregatie naar vestiging



Zoals al gezegd is de combinatie locatie/functie het belangrijkste gegeven en tevens is dit de kleinste eenheid.

Deze eenheid bevat een identificatie van de persoon, opdat de verschillende functies/locaties samengevoegd kunnen worden tot het volledige takenpakket van een hulpverlener.

Bovendien bevat deze kleinste eenheid een identificatie van de vestiging, het verband waarin de hulpverlening op die plaats wordt uitgeoefend.

Voor huisartsen kan dat zijn een solopraktijk, een duo-praktijk, een groepspraktijk, een gezondheidscentrum of een dienstencentrum.

Voor fysiotherapeuten denkt men aan een kliniek, polikliniek, eigen praktijk, fysiotherapeutisch instituut e.d.

Iedere kleinste eenheid krijgt ook een (dikwijls arbitrair vastgesteld of geschat) gewicht en wel zo dat per persoon een maximum van 100 % wordt gesteld. Deze 100 % geeft dan een volledige werkweek of volledige betrekking weer.

Naast deze gegevens betreffende de functie en het kader waarin de functie wordt uitgeoefend is ook van belang om enkele gegevens betreffende de wijze van vestiging, datum en wijze van beëindiging van de vestiging en de wijze van praktijkuitoefening op te nemen. Wat dat laatste betreft denken wij alleen aan de arbeidsverhoudingen (vrij gevestigd, in dienst van ....).

Ten slotte achten wij het van belang, zij het niet strikt noodzakelijk, (een dergelijk registratiesysteem dient ook het beleid van de beroepsverenigingen) om gegevens over het lidmaatschap op te nemen.

Alle bestaande gegevens worden op datum geregistreerd en mutaties worden ook op datum bijgehouden.

#### 3.4.4. Algemene opzet van een systeem van adspirant-beroepsbeoefenaren

Werd in het systeem van gevestigde beroepsbeoefenaren een aantal gegevens op mutatiedatum vastgelegd, voor de groep aspirant-beroepsbeoefenaren geven wij de voorkeur aan het periodiek peilen van de betrokkenen.

Dit heeft twee redenen: de belangrijkste reden is, dat de groep een uiterst mobiel en flexibel bestaan leidt in de tijd tussen opleiding en vestiging.

Er zijn geen bronnen waaruit men deze snelle wisselingen van bezigheden zou kunnen afleiden.

Bovendien gaat het hier om een groep, die in het algemeen geen enkel bezwaar heeft tegen een periodieke opgave van de stand van zaken. De ervaringen van het NHI met de registratie van adspirant-huisartsen zijn dermate positief (98 en 99 % respons) dat een dergelijke periodieke peiling ook voor andere beroepen haalbaar moet zijn.

#### Vaste gegevens

Men zou van de opleidingen de volgende gegevens moeten verkrijgen:

- \* naam, voorletters
- \* geslacht
- \* geboortedatum
- \* geboorteplaats
- \* adres
- \* plaats en datum begin opleiding
- \* datum einde opleiding
- \* datum inschrijving diploma-register

De redenen hiervoor zijn dezelfde als in de vorige paragraaf.

Gegevens per peildatum:

1. situatie op peildatum:

- \* gevestigd als beroepsbeoefenaar
- \* actief zoekend naar een vestiging
- \* niet-actief- wel zoekend
- \* plannen voorgoed opgegeven

2. aard van de eventueel uitgeoefende werkzaamheden:

- \* nadruk op voorbereidende werkzaamheden (assistenschap, waarneming, etc.)

3. soort vestiging dat men zoekt

4. kort overzicht van de zoek-activiteiten

5. redenen opgegeven plannen.

facultatief

In feite hoeft men alleen te weten wat de betrokkenen op peildatum doet, als men de markt van praktijk- of werkzaamheden wil vaststellen. Wil men in meer details weten wat voor activiteiten de adspirant-beroepsbeoeferaren in de periode tussen de peildata hebben ondernomen, dan kan men hierover vragen opnemen.

Vragen over de gewenste vestigingsvorm geven inzicht in welke mate de gewenste en feitelijk mogelijke beroepsuitoefening met elkaar harmoniëren.

Van belang voor dit systeem van periodieke peilingen is om vast te stellen naar aanleiding van welke gebeurtenis gestopt moet worden met peilen.

Voor huisartsen is dat 'zelfstandige vestiging' of 'assistentschap met permanent karakter' enerzijds en 'definitief opgeven van de plannen' dan wel 'uitschrijving uit het huisartsenregister' anderzijds.

Voor andere beroepsbeoefenaren kunnen deze gebeurtenissen minder ondubbelzinnig worden vastgelegd. Gezien de noodzaak van het vastleggen, dient de keuze dan enigszins arbitrair te zijn.

IV : CONCRETE VOORSTELLEN VOOR DE OPBOUW VAN EEN  
INFORMATIESYSTEEM OVER BEROEPSBEOEFENAREN IN DE ELGZ

4.1. Concrete projecten

Na het formuleren van algemene voorwaarden en opzet van een dergelijk systeem willen wij in dit deel enkele concrete plannen beschrijven. Wij streven er naar om in fasen binnen enkele jaren een aantal systemen op te zetten, die tezamen continu informatie leveren over beroepsbeoefenaren in de ELGZ. Fasering in twee opzichten: ten eerste een stapsgewijze verbreding van het werkveld naar verschillende beroepen in de ELGZ en ten tweede een voortschrijdende opbouw van de kwaliteit van de informatie.

Wat betreft de stapsgewijze verbreding moeten wij ook weer een onderscheid maken tussen het verkrijgen van gegevens over hulpverleners die in het algemeen hun werk in dienstverband uitvoeren (in dit geval: wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgenden en hun leiding, kraamverzorgenden idem en maatschappelijk werkenden in het Algemeen Maatschappelijk Werk) en personen die in het algemeen in een vrij beroep werkzaam zijn.

Voor de eerstgenoemde groep acht het NHI het vooralsnog niet zijn taak om persoonsregistraties op te zetten; de desbetreffende landelijke of overkoepelende organisaties zouden zorg moeten dragen voor het verschaffen van betrouwbare en geldige informatie. Van de zijde van de beoefenaren van wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg zal pressie op de genoemde organisaties en hun subsidiënten moeten worden uitgeoefend om de nodige gegevens te produceren. Het uitoefenen van deze pressie is overigens noodzakelijk. Het feit dat de Nationale Kruisvereniging niet in staat is om overzichten te verschaffen van de regionale spreiding van aantallen werkzame personen, laat zien dat subsidiëring uit collectieve middelen geen garantie is voor het produceren van betrouwbare en volledige statistieken.

Voor de 'vrije beroepen' moeten zelf systemen worden opgezet.

In deel I hebben wij ze al opgesomd: het betreft huisarts, verloskundige, apotheker, tandarts en fysiotherapeut.

Over de huisarts is veel bekend; er loopt een bruikbaar systeem. Over de andere beroepen ontbreekt informatie veelal. In nevenstaand schema geven wij enkele karakteristieken weer van de verschillende beroepen.

	omvang groep	afgest. per jr	mutatie- graad *	aanw. inform.	dekkings% lidm.ber.ver.	wijze van ber.uitoef.
VERLOSKUNDIGE	900	60	-	+++	90 %	meestal vrij beroep
APOTHEKER	1500	125	-	++++	95 %	idem
TANDARTS	5500	350	-	++++	85 %	idem
FYSIOTHERAPEUT	15000	900	++	--	70 %	zeer ge- varieerd
HUISARTS	5500	450	nvt	is al bekend	95 %	meestal vrijw.

\* vgl. met de huisarts + = meer ± = evenveel - = minder

\*\* ledenbestand Ned. Org.v.Verloskundigen + Bestand Geneeskundige Hoofdinspectie (Verloskundige moet van alle bevallingen logboekje opsturen)

\*\*\* Inspectie voor de Geneesmiddelenvoorziening stelt jaarlijks lijst van apotheken en apotheekhoudende huisartsen op

\*\*\*\* Jaarlijks verschijnt de tandartsengids met veel gegevens

Van de beschreven beroepsbeoefenaren vallen de fysiotherapeuten het meest uit de toon. Zowel hun aantal als de (mede daardoor veroorzaakte) gebrekkige informatie maar ook de hogere mutatiegraad en de grote diversiteit van arbeidsverhoudingen en de wijze van beroepsuitoefening maakt de opzet van een registratie tot een hachelijke onderneming.

Wij zullen dan ook deze fysiotherapeutenregistratie afzonderlijk bespreken.

#### 4.2. Fasering 1982 - 1984

Als men over fasering spreekt is het meest voor de hand liggend om te beginnen met verloskundigen en apothekers, omdat beide beroepen ook een belangrijke relatie met de huisarts hebben. Bovendien betekent de geringe omvang van beide groepen en de betrekkelijke goede kwaliteit van de informatie uit andere bron, dat er met de huidige capaciteit van de huisartsenregistratie voldoende ruimte zal zijn voor het invoeren en bijhouden van de informatie van deze beroepsgroepen. Nu wordt de capaciteit die niet nodig is voor het bijhouden van de systemen gebruikt voor het 'terugzoeken' van informatie over huisartsen over de periode 1955 - 1967. In de loop van 1982 zal hiervoor het materiaal verzameld zijn en voor een deel zal het zijn verwerkt.

Voor de tweede helft van 1982 is er ruimte voor extra activiteiten; een registratiesysteem van verloskundigen zou kunnen worden opgezet.

Voor 1983 zouden de apothekers kunnen volgen; wellicht dat dan de administratieve

mogelijkheden hun grens hebben bereikt; dat zal in de loop van '83 blijken.

In 1984 willen we de beroepsgroep der tandartsen in het register onderbrengen; dit kan niet meer binnen de 'normale' capaciteit. Wij stellen voor de begroting 1984 een wetenschappelijk en een administratief medewerker voor. Deze laatste kan ook een deel van werkzaamheden van de apothekersregistratie opvangen.

Zoals reeds gezegd vormen de fysiotherapeuten een apart probleem; gezien de reeds gememoreerde slechte kwaliteit van de beschikbare informatie schatten wij dat een periode van 3 jaar nodig zal zijn voor de opzet van een volledig en bruikbaar informatiesysteem.

Voor deze groep, echter, is de behoefte aan informatie het grootst. Volledige bemanning met een full-time wet.medewerker en aantal adm. medewerkers, maakt het tot een omvangrijk en kostbaar project. Hoe kostbaarder een project, hoe moeizamer de besluitvorming en hoe langer alles duurt.

Wij willen daarom de impasse doorbreken door:

- 1e - het systeem vereenvoudigd op te zetten en
- 2e - voor zover dat mogelijk is, gebruik te maken van regelingen in het kader van werkverruimende maatregelen.

Bovendien wordt de registratie nadrukkelijk als *project* opgezet; na drie jaar moet worden gezien of het opzetten van zo'n systeem haalbaar is en of het wenselijk is dit door het NHI blijvend te doen verrichten.

In schemavorm zien de plannen er als volgt uit:

	verloskundigen	apothekers	tandartsen	fysiotherapeuten	
'82 i	opzet systeem toestemming GHI/ NOV  vergelijking be- standen GHI/NOV invoeren in systeem - enquête			aantrekken gew.bezw. acad. + 2 adm.medew. bestandsvergelijking + invoeren voorl. gegevens  enquêteren onduidelijke gevallen	1e 18
'83 i	peiling ads.-verlos- kundigen  <u>STUDIE</u> met 1e resultaten  <u>Cijfers</u> 1-1-83	opzet systeem   invoeren gegevens na vergelijking + enquête	voorbereiden systeem + aantr. wet.mw.	<u>STUDIE</u> : voorlopige resultaten	maanden  2e 18 maanden
'84 i	peiling ads.ver- loskundigen  <u>Cijfers</u> 1-1-84	enquête ads. apothekers 1e resultaten in <u>STUDIE</u>  <u>Cijfers</u> 1-1-84	vergelijken bestanden + invoeren gegevens enquêteren  <u>STUDIE</u> met voorl.result.	enquête adsp.fysiothera- peuten  verdere vervolmaking van de gegevens	18 maanden
'85 i	peiling ads.ver- loskundigen  <u>Cijfers</u> 1-1-85	peiling ads. apothekers  <u>Cijfers</u> 1-1-85	enquête adsp. tandartsen  <u>Cijfers</u> 1-1-85	<u>STUDIE</u> def.resultaten  <u>Cijfers</u> 1-1-85	

Voor 1982 wordt de eerste helft besteed aan het verwerken van de huisartseninformatie (het 'terugzoeken' duurt met aflopende energie tot in 1983) en in de tweede helft worden de verloskundigen ingevoerd.

Tegelijkertijd gaat het fysiotherapeutenproject van start voor z'n eerste fase van 18 maanden. Gestreefd wordt naar uitsturen van een eerste peiling onder de adspirant-verloskundigen per 1 januari 1983. De resultaten van verloskundigen verschijnen als Studie in de 1e helft van 1983; de eerste (voorlopige) resultaten van fysiotherapeuten ook. In 1983 worden op dezelfde wijze de apothekers ingevoerd; een enquête onder adspirant-apothekers is voorzien voor 1-1-1984.

In 1984 (1e helft) verschijnt een Studie over apothekers. De alsdan aangetrokken wetenschappelijk medewerker wordt belast met het opzetten van de tandartsenregistratie, waarvan de eerste resultaten in 1985 verschijnen.

Eind 1985 verschijnt het resultaat van de fysiotherapeutenregistratie vergezeld van een voorstel om het project al dan niet te continueren. Voor 1-1-1985 is de eerste adspirant-fysiotherapeuten-enquête voorzien.

#### 4.3. Fasering in de kwaliteit van de gegevens

Het opzetten van een registratiesysteem van beroepsbeoefenaren door middel van een procedure van verificatie en autorisatie door de betrokkenen is een tamelijk tijdrovende zaak. Alle beroepsbeoefenaren moeten worden geënquêteerd; weliswaar betreft het geen omvangrijke enquête, maar voordat ook de laatste 10 à 20 % telefonisch is bereikt, is heel wat tijd verstreken.

Bij ons bezoek aan het 'Centre d'Etudes du Marché Médical' van de Université Catholique de Louvain (hoofd prof. D. Delière), een centrum dat ten behoeve van onderzoek en beleid bestanden heeft aangelegd van medici (huisartsen en specialisten), fysiotherapeuten (of liever kinesitherapeuten zoals zij deze noemen) en tandartsen, en dat op basis van deze bestanden eenzelfde soort



onderzoek doet als in deze nota wordt voorgesteld, zagen wij een andere aanpak van het registratieprobleem.

Men werkt met peildata en muteert 1 x per jaar in welke mutatie-run de toestand per 1 januari wordt vastgesteld.

Dit vaststellen van de toestand gebeurt aan de hand van bronnenvergelijking en niet door raadplegen van de geregistreerden.

Ook zijn minder gegevens opgenomen (niet de leeftijd, maar het jaar waarin het diploma is gehaald, geen gegevens over wijze van vestiging of reden van uittreding); het belangrijkste gegeven is de functie/locatie combinatie. Voor een studie naar spreidingspatronen (zie Leroy, 1978, 1982) is dit voldoende; voor een studie naar het carrièreverloop van hulpverleners niet. Aangezien - vooral voor de fysiotherapeuten - spreidingsgegevens het hardst nodig zijn, zouden we willen voorstellen om de invoer van informatie voortschrijdend betrouwbaar te maken.

Eerst invoer (na bronvergelijking) van enkele basisgegevens (identificatie; functie (s); locatie (s); jaar en plaats van diploma) (1-1-1982 en 1-1-1983) en vervolgens successievelijk uitbreiden en verifiëren bij de betrokkene van deze informatie.

Het voordeel van deze aanpak is, dat men al vrij snel met gegevens kan komen die, in ieder geval, betrouwbaarder zijn dan de tot nu toe bekende cijfers. Voor verloskundigen en apothekers kan dezelfde procedure worden toegepast, zij het dat door de geringe omvang van de groepen en de goede kwaliteit van de gegevens veel sneller een volledig bestand kan worden opgebouwd.

Men kan het registratiesysteem zo ontwerpen dat beide werkwijzen mogelijk zijn. Dit kan vrij eenvoudig door het record per peildatum een niet bestaande datumcode te geven (82-13 i.p.v. 82-01). Kent men wel de juiste gegevens dan kan men altijd het peildatum-record vervangen door een 'echte' mutatie.

Wellicht zal in de loop van het fysiotherapeutenproject blijken dat gegeven de wisselvalligheid van de informatie, met een permanent systeem op basis van peildata moet worden gewerkt. Dat valt nu niet te overzien.

#### 4.4. Wijzigingen lopende beleidsplannen

De voorgestelde uitbreiding van de activiteiten brengt een wijziging mee van de voor 1982 en 1983 geformuleerde beleidsplannen.

Het 'terugzoeken' wordt niet verder doorgezet dan tot 1955. In 1982 zullen we het bestand over de periode 1963-1967 gereed hebben. Voor 1983 staat 1955-1962 op het programma; wellicht dat de volledige verwerking nog iets verder zal uitlopen. Het promotie-onderzoek van Peter Groenewegen gaat gewoon door; vestigingen in de periode 1957-1959, 1967-1969 en 1977-1979 (voornaamste werk in 1982 en 1983).

Wat met dit voorstel verdwijnt als prioriteit voor 1983 is het inventariseren van waarneemgroepen van huisartsen. In het licht van de uitgroei van het instituut tot een instituut voor de ELGZ gaat verbreding van de aandacht ten koste van verdieping binnen de huisartsengroep. Mocht men het onderwerp 'waarneemgroepen' niet willen laten vallen, dan zou het als apart project moeten worden gerealiseerd.

Verder zal de opzet van 'Cijfers en Studies' moeten wijzigen. Per beroepsgroep worden de thema's 'vestiging', 'vertrek' en 'opbouw' tot één studie gecomprimeerd, of wellicht zelfs als tijdreeks alleen in de 'Cijfers' vermeld en zullen de resultaten van de verschillende systemen successievelijk als 'Studies' verschijnen.

Voor 1982 wordt het lopende programma gehandhaafd, naast het invoeren van de gegevens over verloskundigen (rapportage in '83) en het als zelfstandig project van start laten gaan van een registratie van fysiotherapeuten.

In de Cijfers en Studies 1983 zal de verandering merkbaar zijn.

Voor 1984 staan de tandartsen op het programma; onzes inziens zou dan de basiseenheid uitgebreid moeten worden met een onderzoeker en een administratieve kracht. Te denken valt aan een economisch geschoold onderzoeker.

#### 4.5. Wijzigingen in het onderzoeksprogramma

Niet zonder bedoeling zijn 'verloskundigen' en 'apothekers' als eerste beroepsgroep binnen het systeem gehaald.

Beide vervullen functies die de huisarts soms ook vervult, hetgeen (zeker in het geval van de apotheker) tot heftige conflicten kan leiden.

Een goede analyse van de samenhang van de functies (een belangrijk thema in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg), de (zoals het IVG dat noemt) substitutie en complementariteit, zal zodra de gegevens beschikbaar zijn een belangrijk onderwerp van onderzoek worden.

In de huisartsenregistratie is opgenomen of de huisarts al dan niet apothekhoudend is. Over verloskunde is niets opgenomen. Het valt te overwegen (als het verrichten van verloskundige zorg door de huisarts ergens geregistreerd zou zijn) dit gegeven in de registratie op te nemen, of, in ieder geval, op gezette tijden onderzoek te doen.

Voor de relatie huisarts / verloskundige / obstetricus valt een interessant model te construeren, met verschillende criteria (klinische, poliklinische of thuisbevallingen; de uitgebreidheid van de prenatale diagnostiek (echografieën e.d.); de kosten voor de zorg van de complicaties van de bevallingen als afhankelijke variabelen; de demografische structuur en de getalsverhoudingen van de verschillende disciplines (inclusief kraamzorg) als onafhankelijke).

De relaties apothekhoudend huisarts/apotheker; de onderlinge invloed van elkaars spreidingspatronen zijn reeds onderwerp van studie geweest (rapporten Spreiding van Huisartsen). Het historisch verloop van deze relaties is echter nog niet in kaart gebracht, noch de consequenties voor de gezondheidszorg. Ook hier valt onderzoek genoeg te doen.

De relatie huisarts/fysiotherapeut dient ook nader te worden onderzocht. Tussen het werkkterrein van de b.e. 'Samenwerking' en 'Mankracht en Voorzieningen' zullen raakvlakken ontstaan. Gezien het streven naar een geïntegreerd onderzoeksbeleid, een gunstige zaak.

De reeds gesignaleerde verwante aanpak bij het 'Centre d'Etudes du Marché Médical' geeft mogelijkheden tot vergelijkend onderzoek tussen het Nederlandse en het Belgische systeem van gezondheidszorg. Twee systemen op essentiële punten (vrije vs beperkte toegankelijkheid van de specialist, abonnement vs verrichtingen in de 1e lijn, gèèn versus gedeeltelijke 'eigen bijdrage') van elkaar verschillen.

Het onderzoeksprogramma voor 1983 en verder zal minder plaatsvinden in het teken van de huisarts en meer in het onderling vergelijken van huisartsen met andere beroepsgroepen. Een nadere uitwerking van het programma zal volgen in de voorgenomen nieuwe beleidsnota die moet worden gemaakt bij de uitgroei van het NHI naar een instituut voor de ELGZ.

## 4.6. Voorlopig overzicht van de extra kosten voor 1982, 1983 en 1984

		<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>
extra personele kosten	1 wetenschappelijk medewerker t.b.v. opzet registratie fysiotherapeuten (3 jaar)	x	x	x
	2 adm. medewerkers uit werkver- ruimende maatregelen t.b.v. opzet registratie fysiotherapeuten	x	x	x
	1 wetenschappelijk medewerker (eco- noom) t.b.v. opzet registratie tand- artsen en wet. onderzoek algemeen			x
	1 adm. medewerker voor registraties (verloskundigen, apothekers), tand- artsen			x
	1 programmeur t.b.v. opzet registra- tie fysiotherapeuten en ov. registra- tiesystemen	8 u.p.w.	4 u.	4 u.
	1 res. assistent t.b.v. bestandsbeheer	8 u.p.w.	8 u.	8 u.
materiële kosten	huisvesting - (N.B. is er niet)	3 pers.	3 pers.	5 pers.
	enquête fysiotherapeuten (8000 ex + rappel 4000 + retour 7000)		x	
	enquête verloskundigen (900 + rappel 450 + retour 800)		x	
	enquête apothekers (1500 + rappel 750 + retour 1200)			x
	enquête tandartsen (5500 à 6000 + rappel 3000 + ret. 4500)			x (of in '85)
	enquête adsp.fysiotherapeuten (900 à 1200 per jaar) + rappel + retour			x
	enquête adsp. verloskundigen (60 à 80 per jaar) + rappel + retour			x
	enquête adsp. apothekers (120 à 180 per jaar) + rappel + retour			x (of in '85)
	enquête adsp. tandartsen in 1985			
	extra kosten samenvattingen resultaten enquêtes 1100 à 1300 per jaar			x
	computertijd + registratie verloskundigen 1/6 HAREG va 1982 ponswerk			
	registratie apothekers 1/4 HAREG va '83 registratie fysioth. 1½ à 2 x HAREG va '82 registratie tandartsen 1 x HAREG va '84			
	kosten financ.adm./ publ.vormgeving / accountant			