



federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

BEHAT2008 Behoud van erkenning van de huisartsen

Technisch rapport

Versie 0.4.1

DRAFT

**Directoraat-generaal
Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer**

Brussel, mei 2009



Colofon

Projectverantwoordelijke:

Henk Vandenbroele

Redactie van het rapport:

Henk Vandenbroele

Directeur-generaal:

Michel Van Hoegaerden

Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Cuypers, Victor Hortaplein 40, bus 10, 1060 Brussel

Contactgegevens:

Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg & Crisisbeheer

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Eurostation II

Victor Hortaplein 40, bus 10 – 1060 Brussel

T. +32 (0)2 524 97 16

+32 (0)2 524.97.97

F. +32 (0)2 524 97 98

www.health.fgov.be

2009, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Elk gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Wettelijk depot: D/2009/xxxx/xx



INHOUD

Colofon.....	ii
1 Inleiding.....	1
1.1 Doel van de studie.....	1
1.2 Behoud erkenning van beroepstitel van huisarts.....	1
2 Methode en materiaal.....	2
2.1 Van erkenningscriteria naar operationele variabelen.....	2
2.1.1 Wettelijke basis.....	2
2.1.2 Omgezet in boolean logica.....	3
2.1.3 De gegevensbronnen.....	3
2.1.4 Gegevensverwerking.....	4
2.1.5 Reeds signaleerde problemen en gekozen oplossingen.....	6
2.2 De verschillende criteria toegepast voor de proof of concept.....	14
2.3 Voorlopige conclusie wat betreft de methodologie.....	15
3 Resultaten.....	18
3.1 Totaal aantal artsen die voldoen aan de criteria.....	18
3.2 Relatie van de criteria met leeftijd en geslacht.....	19
3.3 Een eerste verkenning van mogelijke effecten voor de planning.....	21
3.3.1 Effect op de activiteitsverdeling.....	21
3.3.2 Eerste ruwe schatting van de verwachte uitstroom.....	22
3.4 Geografische analyse van deze artsen.....	22
4 Vergelijking met andere beschikbare gegevens.....	26
5 Besluit, bespreking en voorstellen.....	28
5.1 Bedoeling en belangrijkste resultaten.....	28
5.2 De beschikbaarheid van de gegevens.....	29
5.3 De verschillende criteria.....	29
5.4 Wat betreft het sturen van de informatieboodschap.....	30
5.5 Wat betreft de behandeling van de gevolgen voor de betreffende huisarts.....	31
5.6 Gevolgen voor de planning van het medisch aanbod.....	31
6 Bijlagen.....	33
6.1 Bronnen.....	33
6.2 Aantal huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd en geslacht.....	34
6.3 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntcontacten in 2007 volgens leeftijd en geslacht	41
6.4 Verschil tussen praktijkadres en woonplaats op arrondissementniveau.....	47
6.5 Geografische analyse.....	48
6.5.1 Lijst van variabelen en indicatoren per gemeente.....	48
6.5.2 Geografische analyse volgens praktijkadres: kaarten van België.....	48
6.5.3 Geografische analyse volgens praktijkadres: kaarten van België.....	50

LIJST van TABELLEN

Tabel 1 Logische combinatie van de verschillende criteria volgens de regelgeving.....	3
Tabel 2 Overzicht van de gegevensbronnen volgens de criteria.....	4
Tabel 3 Overzicht van de bestanden en aantal gevallen.....	4
Tabel 4 Vergelijking van artsen die huisartsengeneeskunde al of niet combineren met gerechtelijke geneeskunde of verzekeringsgeneeskunde: aantal patiëntcontacten in 2007 volgens de verschillende beslissingspunten.....	7
Tabel 5 Het aantal erkende huisartsen aan wie beschikbaarheidshonoraria zijn uitbetaald volgens voorkomen op de huisartsenwachlijsten.....	10
Tabel 6 Frequentietabel van het aantal patiëntcontacten per huisarts in 2007 volgens de verschillende beslissingspunten: geaccrediteerde huisartsen versus niet-geaccrediteerde.....	14
Tabel 7 Samenvatting van de combinatie verschillende criteria toegepast voor de proof of concept..	14
Tabel 8 Samenvatting van de combinatie verschillende criteria toegepast voor de proof of concept: huisartsen moeten "geïnformeerd worden"/"zich verantwoorden".....	15
Tabel 9 Overzicht voor de verificatie van de criteria bij de verdure bevraging.....	16
Tabel 10 Totaal aantal artsen die voldoen aan de criteria.....	18
Tabel 11 Samenhang tussen de verschillende criteria (Spearman Rankcorrelatie-coëfficiënten; n=15118).....	19

Tabel 12 Aantal huisartsen volgens leeftijd en geslacht dat aan de vier criteria voldoet.....	22
Tabel 13 Totaal aantal artsen die voldoen aan de criteria volgens gewest (op basis van domicilie-adres)	23
Tabel 14 Beschrijvende statistiek per gemeente (volgens domicilie-adres) van: aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners, percent huisartsen dat voldoet aan de 4 criteria (de “actieve” huisartsen) en aantal huisartsen die voldoen aan de 4 criteria (“actieve huisartsen”) per 10.000 inwoners	24
Tabel 15 Vergelijking met enkele statistieken over het zelfde onderwerp (bron: Meeus P., 2007; Dercq J-P, 2009)	27
Tabel 16 Absoluut aantal huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd.....	34
Tabel 17 Relatief aantal huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd	35
Tabel 18 Absoluut en relatief aantal huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens geslacht.....	36
Tabel 19 Absoluut aantal vrouwelijke huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd.....	37
Tabel 20 Relatief aantal vrouwelijke huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd	38
Tabel 21 Absoluut aantal mannelijke huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd	39
Tabel 22 Relatief aantal mannelijke huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd.....	40
Tabel 23 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntcontacten in 2007 van alle vrouwelijke erkende huisartsen volgens leeftijd	41
Tabel 24 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntcontacten in 2007 van alle mannelijke erkende huisartsen volgens leeftijd	42
Tabel 25 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntcontacten in 2007 van alle erkende huisartsen volgens leeftijd.....	43
Tabel 26 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntcontacten in 2007 van vrouwelijke huisartsen die voldoen aan de vier criteria volgens leeftijd.....	44
Tabel 27 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntcontacten in 2007 van mannelijke huisartsen die voldoen aan de vier criteria volgens leeftijd.....	45
Tabel 28 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntcontacten in 2007 van alle huisartsen die voldoen aan de vier criteria volgens leeftijd	46
Tabel 29 Aantal huisartsen met woonplaats in hetzelfde arrondissement als de praktijk.....	47

LIJST van FIGUREN

Figuur 1 Histogrammen van artsen die huisartsengeneeskunde al of niet combineren met gerechtelijke geneeskunde of verzekeringsgeneeskunde: aantal patiëntcontacten in 2007.....	6
Figuur 2 Histogram van het aantal GMD per huisarts in 2007 (afgetopt voor extreme outliers met 1500 GMD's)	8
Figuur 3 Scatterplot van het aantal GMD's per huisarts in het jaar 2006 versus in het jaar 2007 (zonder extreme outliers met 1500 of meer GMD's)	8
Figuur 4 Histogram van het aantal patiëntcontacten per huisarts in 2007 (zonder extreme outliers) ...	11
Figuur 5 Scatterplot van het aantal patiëntcontacten per huisarts in het jaar 2006 versus in het jaar 2007 (zonder extreme outliers met 13000 of meer patiëntcontacten)	12
Figuur 6 Scatterplot van het aantal patiëntcontacten per huisarts in het jaar 2007 versus het aantal GMD's van het jaar 2007 (zonder extreme outliers)	12
Figuur 7 Histogrammen van het aantal patiëntcontacten per huisarts in 2007: geaccrediteerde huisartsen versus niet-geaccrediteerde (zonder extreme outliers).....	13
Figuur 8 Het percentueel aantal huisartsen die voldoen aan de 4 afzonderlijke criteria volgens leeftijd en geslacht	20
Figuur 9 Het percentueel aantal huisartsen die voldoen aan alle 4 criteria samen volgens leeftijd en geslacht	21
Figuur 10 Gemiddeld aantal patiëntcontacten volgens leeftijd en geslacht voor alle erkende huisartsen versus de huisartsen die aan de vier criteria voldoen.....	21
Figuur 11 Aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners (volgens domicilie-adres)	25
Figuur 12 Percentage huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen, volgens domicilie-adres)	25
Figuur 13 Aantal huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen) per 10.000 inwoners (volgens domicilie-adres)	26
Figuur 14 Aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners (kwantielen; volgens domicilie-adres).....	49

Figuur 15 Percentage huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen, kwantielen en volgens domicilie-adres).....	49
Figuur 16 Aantal huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen) per 10.000 inwoners (kwantielen en volgens domicilie-adres)	50
Figuur 17 Aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners (kwantielen; volgens praktijkadres)	50
Figuur 18 Percentage huisartsen dat voldoet aan de 4 criteria inzake behoud erkenning (volgens praktijkadres)	51
Figuur 19 Aantal huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen) per 10.000 inwoners (kwantielen en volgens praktijkadres)	51

1 Inleiding

1.1 Doel van de studie

Het KB van 21 april 1983 (gewijzigd door het KB van 10/02/08) tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheer-specialisten en van huisartsen voorziet dat erkende huisartsen op 4 van de 8 erkenningscriteria jaarlijks zullen geïnformeerd worden. Het voorziet eveneens dat de huisartsen bijkomende informatie kunnen aanbrengen en dat de huisartsen die 5 jaar niet voldoen zich moeten verantwoorden en eventueel hun erkenning kunnen verliezen.

Een intussen vernietigd MB van 21/02/06 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen definieerde hoe de betreffende criteria concreet zouden worden beoordeeld. Het betreffend MB is echter in een arrest van de Raad van State van 4/12/2008 vernietigd. Deze situatie biedt dus een opportuniteit om, indien dat nodig wordt geacht, het MB ook dusdanig aan te passen zodat rekening wordt gehouden met de resultaten van de proof of concept.

Het betreft dus een materie dat grote gevolgen kan hebben voor individuele huisartsen, voor het aanbod van huisartsen en dus voor de planning van het medisch aanbod.

Het is duidelijk dat het systeem van hernieuwing van erkenning een belangrijk effect kan hebben op de planning van het medisch aanbod in het algemeen en op de contingentering van de artsen en huisartsen in het bijzonder.

Vooraleer het systeem van de hernieuwde erkenning zoals het nu bestaat in de praktijk toe te passen, dan wel bij te schaven op basis van de geobserveerde realiteit, is het aangewezen een studie te doen van het effect van deze criteria op het aantal huisartsen.

Doel van deze studie is dan ook:

1. In het kader van de twee genoemde besluiten:
 - nagaan hoeveel huisartsen aan de criteria voldoen en hoeveel niet;
 - een proof of concept te leveren voor eventuele aanpassing van het vernietigde MB van 21/02/2006;
 - suggesties te geven over de verdere aanpak van de bevraging van de huisartsen in de eerste informatie-ronde;
2. Het mogelijk effect van deze oefening op de planning van het medisch aanbod in te schatten;
3. Hiervoor een bestand van gecombineerde gegevens te creëren (het "kadaster van huisartsen") dat in de toekomst geüpdatet kan worden met recenter materiaal;

1.2 Behoud erkenning van beroepstitel van huisarts

De erkenning van een arts als huisarts en het behoud van deze erkenning, zijn beide bevoegdheden van de FOD VVVL, DG 2 dienst erkenning gezondheidsberoepen.

In het kader van het behoud van de erkenning zijn er 8 criteria voorzien, waarvan 4 gebruikt zullen worden om de arts te informeren dan wel om hem/haar op te roep om "zich te verantwoorden".

Gegevens beschikbaar bij de FOD en het RIZIV kunnen ter verificatie van deze vier criteria gebruikt worden.

In het kader van de administratieve vereenvoudiging zullen de gegevens eerst bij de bevoegde autoriteiten opgevraagd worden alvorens de betrokken persoon aan te spreken.

Vermits de erkenning van een arts als huisarts een persoonlijke titel betreft, gaat het hier per definitie over persoonsgegevens.

Het is de bedoeling om, als resultaat van de huidige oefening en na een update met recentere gegevens, in 2009 de individuele huisartsen hierover een boodschap te bezorgen. Dat zou dan voor de eerste keer plaats hebben.

Het is duidelijk dat deze actie goed en tijdig dient voorbereid te worden. Daarom wordt er gestart met een studie waarvan de resultaten zullen gebruikt worden voor een eventuele bijschaving van het systeem.

2 Methode en materiaal

Om de erkenningscriteria te toetsen met het bij de overheid beschikbare materiaal dienen de juridische criteria in conceptuele criteria omgezet te worden. Vervolgens werd gekeken in welke bestanden bruikbare gegevens beschikbaar zijn en in welke vorm. Deze gegevens werden opgevraagd, gecombineerd en gecontroleerd. In een volgende stap werden de criteria in operationele termen omgezet en geprogrammeerd in SAS. Om dit te realiseren werd een bestand opgebouwd met de gegevens van alle individuele artsen en de gecumuleerde gegevens die nodig zijn om de verschillende criteria te evalueren.

2.1 Van erkenningscriteria naar operationele variabelen

2.1.1 Wettelijke basis

KB 78 voorziet in Art. 35octies §2 bis “Met het oog op het vervullen van haar wettelijke opdrachten, kan de Planningscommissie persoonsgegevens in verband met beoefenaars van gezondheidszorgberoepen verwerken.”.

Het KB van 21 april 1983 (gewijzigd door het KB van 10/02/08) tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheer-specialisten en van huisartsen voorziet in art 25 bis dat:

- In §2: Een huisarts door de FOD VVVL **op de hoogte wordt gebracht** indien hij gedurende één jaar niet voldoet aan de volgende criteria: “het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten”, “de deelname aan de huisartsenwachtdiensten”, “de activiteitsdrempel” of “de permanente vorming van de huisarts”.
- In §3: Een huisarts opgeroepen wordt om **zich te verantwoorden** als hij of zij:
 - o Niet voldoet voor het behoud van de erkenning dat handelt over de activiteitsdrempel;
 - o Of Gedurende vijf opeenvolgende jaren niet voldoet aan de criteria “het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten”, “de deelname aan de huisartsenwachtdiensten” of “de permanente vorming van de huisarts”.

Het vernietigde ministerieel besluit van 21/02/06 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen somt in art 10. de criteria voor het behoud van de erkenning van de bijzonder beroepstitel van huisarts op. We beperken ons hier tot die 4 criteria die het KB van 21 april 1983 voorziet:

KB	MB
het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten	“3° De erkende huisarts legt op gepaste wijze medische dossiers over zijn patiënten aan en houdt die bij. Het bijhouden van het globaal medisch dossier van de patiënt, zoals bedoeld in de regelgeving met betrekking tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering, met name in het koninklijk besluit van 9 maart 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, kan beschouwd worden als een element van verificatie van deze erkenningsvoorwaarde;”
de deelname aan de huisartsenwachtdiensten	“4° De erkende huisarts neemt deel aan de verstrekking van de gezondheidszorg in het kader van de plaatselijke wacht die beantwoordt aan de bepalingen van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en aan de bepalingen van artikel 5 van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen; De erkende huisarts neemt deel aan de wacht van huisartsen georganiseerd door de huisartsenkringen, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan de huisartsenkringen;”
de activiteitsdrempel	“7° Minstens één keer in de loop van vijf opeenvolgende jaren, totaliseert de erkende huisarts individueel ten minste 500 patiëntcontacten per jaar. Onder patiëntcontact wordt verstaan een huisbezoek, een consultatie in de praktijkruimte of een medisch advies dat aanleiding heeft gegeven tot een getuigschrift van verstrekte zorg. De

	verificatie van deze contacten wordt gerealiseerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of door elke andere instelling die het bewijs van zorgverstrekking kan leveren.”
de permanente vorming van de huisarts	“8° De erkende huisarts onderhoudt en ontwikkelt geregeld zijn kennis, vakbekwaamheid en medische prestatie zodat de verstrekking van de gezondheidszorg in de huisartsgeneeskunde overeenstemt met de actuele gegevens van de wetenschap. Het bewijs van de accreditering die in het kader van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering georganiseerd wordt, kan als element van verificatie gelden. Bij ontstentenis daarvan bezorgt de huisarts zelf de elementen van verificatie die overeenstemmen met 20 uren permanente vorming per jaar die door erkenningscommissie van huisartsen erkend zijn.”

De FOD heeft reeds machtiging bekomen om met rijksregisternummers te werken.

2.1.2 Omgezet in boolean logica

Indien de criteria omgezet worden in een schema met boolean logica dan wordt het volgende bekomen:

Tabel 1 Logische combinatie van de verschillende criteria volgens de regelgeving

	KB 21 april 1983 § 2 “op de hoogte gebracht”	KB 21 april 1983 § 3 “zich te verantwoorden”
Crit. 3. het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten	Not t0	Not(t0) and not(t-1) and not(t-2) and not(t-3) and not(t-4) (*)
	or	or
Crit. 4. de deelname aan de huisartsenwacht-diensten	Not t0	Not(t0) and not(t-1) and not(t-2) and not(t-3) and not(t-4) (*)
	or	or
Crit. 7. de activiteitsdrempel	Not(t0) and not(t-1) and not(t-2) and not(t-3) and not(t-4) (*)	Not(t0) and not(t-1) and not(t-2) and not(t-3) and not(t-4) (*)
	or	or
Crit. 8. de permanente vorming van de huisarts	Not t0	Not(t0) and not(t-1) and not(t-2) and not(t-3) and not(t-4) (*)

(*) wat gelijk is aan: Not (t0 or t-1 or t-2 or t-3 or t-4)

Het is duidelijk dat de gegevens over meerder jaren nodig zijn en op individueel niveau dienen gekoppeld te worden.

Om het ware bereik van het KB van 21 april 1983 te kunnen inschatten is het nodig om gegevens van meerdere jaren te gebruiken.

2.1.3 De gegevensbronnen

Als baseline wordt een bestand gebruikt van de FOD, de authentieke bron wat betreft erkenningen van artsen in België. Aan dit bestand werden de gegevens uit bijgaande opgesomde bronnen gekoppeld. Deze koppeling gebeurde aan de hand van het rijksregisternummer dan wel de RIZIV-nummer van de arts, afhankelijk van de bron van de gegevens.

Hierbij werd er zorgvuldig over gewaakt, in meerdere verificaties van de koppelingen en de aantallen die daaruit resulteerden, dat de koppeling correct verliep. Wat geen sinecure is omdat:

- Niet elke erkende huisarts een RIZIV-nummer heeft;
- In occasionele gevallen een persoon niet over een rijksregister beschikt (zie “niet geïntegreerd in KSZ”);
- Sommige “oude gevallen” uit het verleden als een restgroep in de databases overblijven;
- Geen enkel bestand 100% perfect samengesteld is.

Per definitie sleept deze oefening moeilijke gevallen uit het verleden mee.

Bovendien is de oefening met de lijsten van de huisartsenkringen totaal nieuw. Hierbij werd vertrokken van lijsten van huisartsenkringen zelf. Hierbij bleek onder meer dat sommige huisartsen, in de loop

van het jaar, op meer dan één lijst ingeschreven kunnen staan, dus “dubbel” kunnen voorkomen. In een tweede fase werden de huisartsen die niet op die lijsten voorkwamen bevestigd. Het resultaat van de individuele antwoorden na die bevestiging werd eveneens gebruikt.

Tabel 2 Overzicht van de gegevensbronnen volgens de criteria

criterium	inhoud	Bron	Werkbestand
Baseline bestand met erkende huisartsen	Alle in 2007 erkende huisartsen	FOD	KBEHAT07
Het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten	Aantal GMD's volgens RIZIV nomenclatuur per jaar, voor de jaren 2003-2007	RIZIV	RBEHAT07
	Werkzaam binnen het forfaitair systeem	RIZIV	RBEHAT07
De deelname aan de huisartsenwachtdiensten	Beschikbaarheidshonorarium volgens RIZIV-nomenclatuur	RIZIV	RBEHAT07
	Inschrijvingen in de wacht: situatie op 1 juli 2008, geüpdatet met individuele reacties na bevestiging (status 13/3/09)	FOD	WBEHAT07
De activiteitsdrempel	Aantal patiëntcontacten volgens RIZIV nomenclatuur per jaar, voor de jaren 2003-2007	RIZIV	RBEHAT07
	Werkzaam binnen het forfaitair systeem	RIZIV	RBEHAT07
De permanente vorming van de huisarts	Status accreditering met begin- en einddatum	RIZIV	RBEHAT07

2.1.4 Gegevensverwerking

Tabel 3 Overzicht van de bestanden en aantal gevallen

SASdata	Omschrijving	Aantal cases n	Aantal erkende huisartsen op 31/12/2007 n	Sleutel om unieke gevallen te tellen	Aantal unieke gevallen volgens sleutel
KBEHAT07	Baseline-bestand: KAD extractie, huisarts in loop van het jaar	15976	15150	RIZIVnr6	15943
WBEHAT07	Werkbestand: FOD Wachtljsten na update met individuele antwoorden	12660		RIZIVnr6	12514
KWBEHAT07	Werkbestand met koppeling van gegevens uit de twee voorgaande bronnen (merge van KBEHAT07 en WBEHAT07; by RIZIVnr6)	16464	15118	Rijksregister-nummer	15944
RBEHAT07	Werkbestand met RIZIV data	15859		Rijksregister-nummer	15787
BEHAT_all_07	Definitief bestand met koppeling van gegevens van twee voorgaande werkbestanden (merge van KWBEHAT07 en RBEHAT07; by RRnr)	15976	15118		

De gegevens uit de verschillende bronnen werden volgens bovengaannde tabel samengebracht in één bestand. Dubbele gevallen werden uitgesloten.

Per geval werden hulpvariabelen (“dummies” of “vlaggetjes”) aangemaakt die gebruikt werden voor de verdere analyses. Met deze hulpvariabelen werd bijvoorbeeld geval per geval aangeduid of iemand voldeed aan één criterium of aan de combinatie van de criteria.

Dit bestand werd eveneens gebruikt voor de geografische analyses. De resultaten van de geografische analyses werden weggeschreven in twee afzonderlijke bestanden, één voor de

resultaten volgens domicilie-adres en één met de resultaten volgens praktijkadres. In beide bestanden werden eveneens indicatoren berekend onder meer op basis van het aantal inwoners in de betreffende gemeente.

De gegevens werden in de volgende SAS-bestanden verzameld:

- Eén bestand voor de gegevens (BEHAT_all_07) per individuele huisarts met daarin:
 - gegevens van KSZ: domicilie-adres, overlijden
 - gegevens van FOD: erkenningen, huisartsenwacht, praktijkadres;
 - gegevens van RIZIV: patiëntcontacten, GMD's, accreditering
 - cumulatief: gegevens van meerdere jaren
- Eén bestand met de resultaten per gemeente volgens domicilie-adres waarin het aantal artsen per gemeente zijn opgenomen: het totaal en het aantal per criterium. Per gemeente werden een aantal indicatoren berekend.
- Eén bestand met de resultaten per gemeente volgens het praktijk-adres zoals opgegeven door de huisartsenkring waarin het aantal artsen per gemeente zijn opgenomen: het totaal en het aantal per criterium. Per gemeente werden een aantal indicatoren berekend.

Sommige analyses werden uitgevoerd zonder extreme outliers. Er bestaat geen eensluidende statistische definitie van een outlier. In dit rapport werden de outliers vastgelegd op basis van een visuele inspectie van de distributies, ofwel de histogram ofwel de scatterplot. De bedoeling was immers hoofdzakelijk om leesbare distributies te bekomen. Deze keuze is grotendeels arbitrair geweest en houdt dus geen stellingname in.

Het baselinebestand werd zo ruim mogelijk opgebouwd om de verschillende concrete gevallen die in de realiteit voorkomen te includeren en op die manier zo dicht mogelijk de reële door de administratie te nemen beslissingen te kunnen simuleren. Dat is juist het opzet van een "proof of concept".

Dit bestand werd rijker gemaakt met gegevens van de wachtlijsten en met gegevens van het RIZIV. De gegevens van de wachtlijsten werden op deze manier voor de eerste keer in combinatie met de profielgegevens van het RIZIV geanalyseerd.

Wat betreft de gegevens van de wachtlijsten:

- De koppeling gebeurde met behulp van de eerste zes posities van het RIZIVnr van de arts. De kwaliteit van deze gegevens kan verbeterd worden, maar onze analyse laat zien dat ze reeds zeer goed is.
- In de wachtlijsten staan eveneens kandidaat huisartsen en niet-erkende huisartsen. Dat verklaart grotendeels het groter aantal gevallen op deze lijst.
- De sleutel in het kadaster is het rijksregisternummer en deze op de wachtlijsten het RIZIV-nummer van betrokken arts. Vermits niet alle erkende huisartsen (bijvoorbeeld diegene die naar het buitenland zijn vertrokken) een RIZIV-nummer hebben, vallen op deze manier een aantal gevallen uit, namelijk 15150- 15118=32 (zie Tabel 3).

Wat betreft de gegevens van het RIZIV:

- De koppeling tussen de verschillende gegevensbronnen werd in verschillende stadia aangeleverd.
- De gehanteerde sleutel was het rijksregisternummer.
- De koppeling met de gegevens van de FOD gebeurde met het rijksregisternummer.

In het uiteindelijke bestand bevinden zich 15976 cases, waarvan 15118 huisartsen volgens de hierboven gehanteerde definitie. Op deze groep zullen de criteria worden toegepast.

Voor een proof of concept blijft dit valabel, voor een individuele boodschap zullen bijkomende controles moeten worden uitgevoerd. Een systematische controle van de SAS-programma's door een derde persoon is op dat ogenblik eveneens aangewezen.

Voor "verantwoording" beschikken we voor de proof of concept voor slechts twee criteria over vijf jaar gegevens. Het effect van hiervoor is dan ook moeilijker in te schatten.

2.1.5 Reeds gesignaleerde problemen en gekozen oplossingen

Bij de verwerking van de gegevens dienden zich verschillende situaties aan, die in de regelgeving niet voorzien waren. In deze paragraaf worden ze per criterium bekeken en de gebruikte oplossing wordt even toegelicht. Er wordt gestart met het baselinebestand.

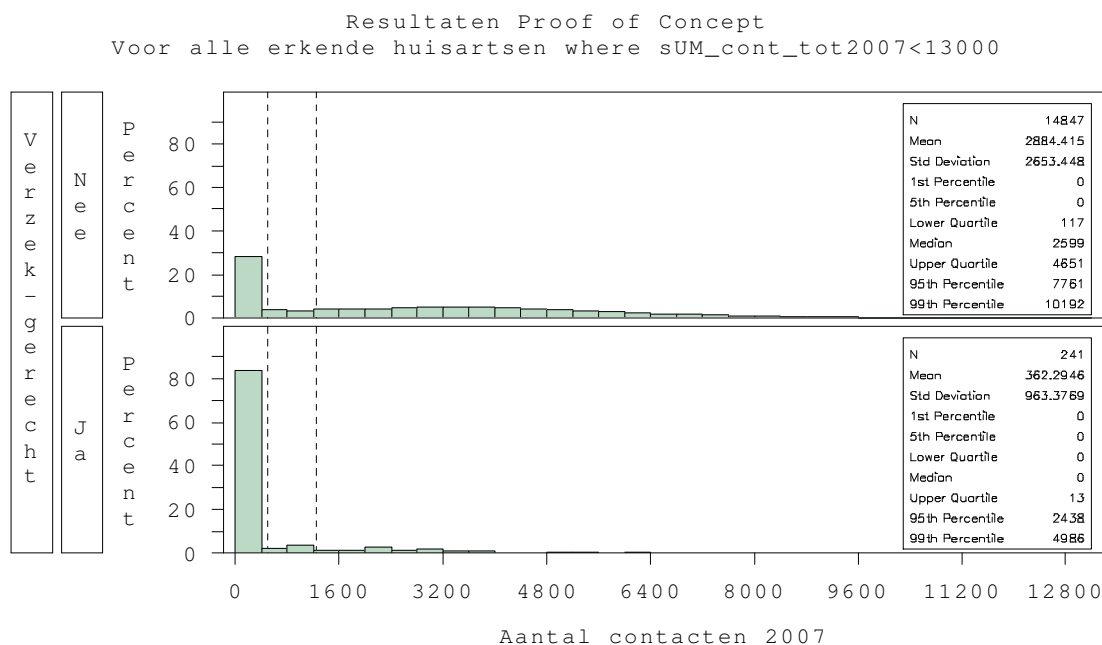
2.1.5.1 Baselinebestand van erkende huisartsen

De erkende huisartsen werden zo ruim als mogelijk gedefinieerd. Concreet betekent dit: alle door de FOD VVVL erkende huisartsen met een erkenning geldig op 31/12/2007, indien niet overleden, volgens de laatste erkenning op moment van extractie (nl. 20/11/2008).

De volgende gevallen werden dus eveneens in het bestand opgenomen:

- "Niet in de KSZ geïntegreerde" huisartsen waarvan identiteit en adres dus niet zeker is. Als dusdanig zijn zij nog steeds erkend. Het aantal gevallen is zeer klein ¹
- Huisartsen met een adres in het buitenland: het adres van deze huisartsen is onzeker.
- Huisartsen die een bijkomende bijzondere beroepstitel hebben verkregen (van belang voor latere interpretatie van hun gegevens);
- Huisartsen die hun beroepstitel combineren met van gerechtelijke geneeskunde of verzekeringsgeneeskunde. Wat toegelaten is. Uit bijgaande grafiek blijkt dat deze huisartsen duidelijk minder patiëntcontacten binnen huisartsengeneeskunde hebben. Meer dan 80% van de 241 haalt de drempel van 500 patiëntcontacten niet.
- Huisartsen die eventueel na 31/12/2007 van specialisatie zijn veranderd.

In het KB is voor deze zeer specifieke gevallen, in zover we nu hebben kunnen nagaan, nog geen oplossing voorzien.



FOD VVL - dienst gezondheidsberoepen
Project BEHAT2008

Figuur 1 Histogrammen van artsen die huisartsengeneeskunde al of niet combineren met gerechtelijke geneeskunde of verzekeringsgeneeskunde: aantal patiëntcontacten in 2007

¹ Van de erkende huisartsen zijn er 64 niet geïntegreerd in de KSZ, en daarvan zijn er 26 nog in leven. Van de 26 niet geïntegreerde levende erkende huisartsen, hebben er 17 een domicilie in het buitenland.

Tabel 4 Vergelijking van artsen die huisartsengeneeskunde al of niet combineren met gerechtelijke geneeskunde of verzekeringsgeneeskunde: aantal patiëntcontacten in 2007 volgens de verschillende beslissingspunten

	Aantal contacten 2007									
	<500		500-<1250		1250-13000		13000+		All	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gerechtelijk of verzekeringsgeneeskunde										
Nee	4369	29.4	950	6.4	9528	64.0	30	0.2	14877	100.0
Ja	203	84.2	12	5.0	26	10.8	.	.	241	100.0
All	4572	30.2	962	6.4	9554	63.2	30	0.2	15118	100.0

2.1.5.2 Het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten

Dit criterium werd per kalenderjaar geëvalueerd, d.w.z. van 1 januari tot en met 31 december. Het is op deze manier dat de gegevens door het RIZIV geleverd kunnen worden.

Hierbij werd geen rekening gehouden met de codes voor administratieve verlenging. Het is aangewezen dit in de toekomst wel te doen.

De huisartsen die in het jaar 2008 werkzaam waren binnen het forfaitair systeem (medische huizen) werden beschouwd als te voldoen aan het criterium voor het bijhouden van het medisch dossier. Hierbij werd geen rekening gehouden met jaardelen werkzaam of deeltijds werken in het forfaitair systeem. Dit kon (voorlopig) enkel geëvalueerd worden voor het jaar t (niet voor jaren t-1 tot t-4).

Indien in het betreffende jaar geen RIZIV-activiteitenprofielgegevens van een erkende huisarts werden gevonden, werd het aantal GMD's voor dat jaar voor die arts op 0 gezet. Het baselinebestand van de FOD geeft immers de baselinetelling van alle erkende huisartsen.

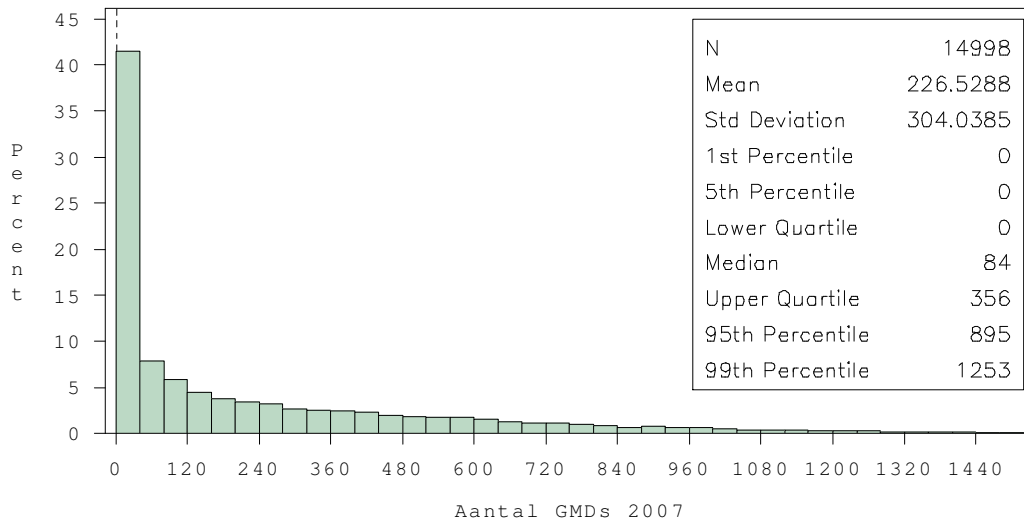
Huisartsen die in de loop van de onderzochte periode hun erkenning als huisarts hebben gehaald worden beschouwd als te voldoen aan de criteria voor het bijhouden van het medisch dossier voor het jaar waarin ze de erkenning hebben gekregen. De voorafgaande jaren worden evenmin aangerekend. Voor de toepassing van art 25 bis 3 § 3 "zich verantwoorden" van het KB van 21 april 1983 krijgen zij als het ware 5 jaar de tijd om hun praktijk voldoende uit te bouwen.

De drempel om te voldoen aan dit criterium werd zeer laag gelegd: 1 GMD in de loop van het jaar werd als voldoende beschouwd.

Bijgaande figuur laat zien dat het om een zeer scheve verdeling gaat waarbij meer dan 40% van de huisartsen 40 of minder GMD's per jaar realiseert².

² Hierbij dient te worden opgemerkt dat de combinatie van een baseline-bestand en RIZIV-prestatiegegevens van meerdere jaren het mogelijk heeft gemaakt een baseline in te stellen. Met baseline wordt hier bedoeld dat het niet voorkomen in een bestand met profielgegevens nu terecht kan beschouwd worden als "geen prestaties te hebben geleverd" dat jaar zodat missing-values op nul kunnen worden gezet. Deze regel werd toegepast op het aantal GMD's en op het aantal patiëntencontacten.

Resultaten Proof of Concept
 Voor alle erkende huisartsen where SUM_DMG2007<1500

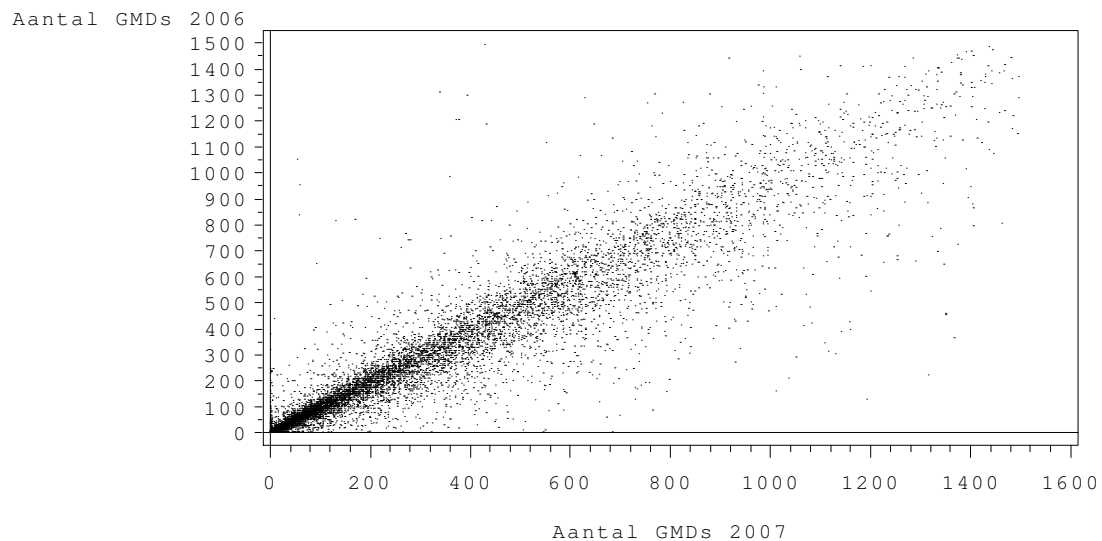


FOD VVL - dienst gezondheidsberoepen
 Project BEHAT2008

Figuur 2 Histogram van het aantal GMD per huisarts in 2007 (afgetopt voor extreme outliers met 1500 GMD's)

Merk eveneens op dat het aantal GMD's van jaar tot jaar per huisarts zeer stabiel blijkt te zijn.

Voor alle erkende huisartsen
 where SUM_DMG2006<1500 and SUM_DMG2007<1500



FOD VVL - dienst gezondheidsberoepen
 Project BEHAT2008

Figuur 3 Scatterplot van het aantal GMD's per huisarts in het jaar 2006 versus in het jaar 2007 (zonder extreme outliers met 1500 of meer GMD's)

2.1.5.3 De deelname aan de huisartsenwacht

Voor de beoordeling van dit criterium werden de gegevens van verschillende bronnen gecombineerd met name:

- De beschikbaarheidshonoraria volgens de RIZIV-nomenclatuur: hiervoor waren enkel gegevens tot medio 2008 beschikbaar.
- De inschrijvingen in de wacht betreft de situatie op 1 juli 2008 opgevraagd bij de huisartsenkringen. Voor de gemeenten zonder huisartsenkring ontbreken deze gegevens.
- Deze laatste gegevens werden gecombineerd met de individuele antwoorden van artsen die bevroegd werden omdat ze niet in de lijsten van de kringen voorkwamen. Deze laatste gegevens vullen die van de huisartsenkringen aan.

De volgende gevallen worden beschouwd als zijnde ingeschreven in de wacht:

0 Vrijstelling, bevestigd door de kring

1 Actief, bevestigd door de kring

2 Vrijstelling, niet bevestigd door de kring maar door de arts zelf

3 Actief volgens de arts zelf, niet bevestigd door de kring; niet-erkende of individuele wachtdienst

of

voorkomen op de lijst van artsen voor wie een beschikbaarheidshonorarium in 2008 betaald is geweest

Het criterium werd voorlopig ruim geïnterpreteerd.

Bijgaande tabel toont in welke situaties het criterium als voldaan werd beschouwd met name de geel ingekleurde cellen. De tabel illustreert eveneens duidelijk hoe de informatie uit de twee bronnen elkaar aanvult.

Tabel 5 Het aantal erkende huisartsen aan wie beschikbaarheidshonoraria zijn uitbetaald volgens voorkomen op de huisartsenwachtlijsten

Inschrijving op de huisartsenwacht	Beschikbaarheidshonorarium uitbetaald?		Total
	Neen	Ja	
Geen gegevens beschikbaar	3146 92.61	251 7.39	3397
0 Vrijstelling, bevestigd door de kring	682 79.58	175 20.42	857
1 Actief, bevestigd door de kring	1380 15.04	7793 84.96	9173
2 Vrijstelling, niet bevestigd door de kring	643 96.98	20 3.02	663
3 Actief, niet bevestigd door de kring; niet-erkende of individuele wachtdienst	157 64.88	85 35.12	242
4 Andere activiteit, met deelname aan de wachtdienst	163 94.22	10 5.78	173
5 Andere activiteit, zonder deelname aan de wachtdienst	288 97.96	6 2.04	294
6 Buitenland	63 95.45	3 4.55	66
7 In opleiding (andere specialiteit)	26 92.86	2 7.14	28
8 Geen Wachtdienst, geen specifieke reden opgegeven	89 49.44	91 50.56	180
9 Andere	43 95.56	2 4.44	45
Totaal	6680	8438	15118

2.1.5.4 De activiteitsdrempel

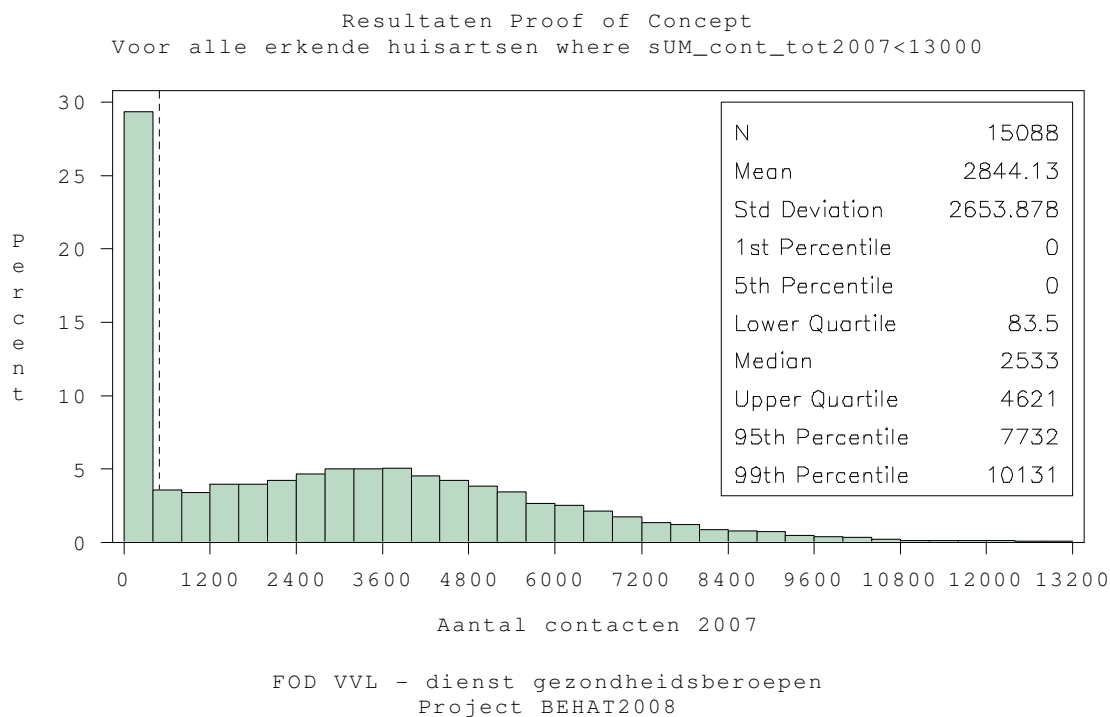
Huisartsen in het jaar 2008 werkzaam binnen het forfaitair systeem werden beschouwd als te voldoen aan het criterium voor de activiteitsdrempel. Hierbij werd geen rekening gehouden met jaardelen werkzaam of deeltijds werken in het forfaitair systeem. Dit kon (voorlopig) enkel geëvalueerd worden voor het jaar t (niet voor jaren t-1 tot t-4).

Indien in het betreffende jaar geen RIZIV-activiteitenprofielgegevens van een erkende huisarts werden gevonden, werd het aantal contacten voor dat jaar voor die arts op 0 gezet. Het baselinet Bestand van de FOD geeft immers de baselinetelling van alle erkende huisartsen.

Huisartsen die in de loop van de onderzochte periode hun erkenning als huisarts hebben gehaald worden beschouwd als te voldoen aan het criteria voor de activiteitsdrempel voor het jaar waarin ze de erkenning hebben gekregen. De voorafgaande jaren worden evenmin aangerekend. Omdat in dit criterium vijf jaar wordt teruggekeken en één jaar voldoen gelijk staat als voldoen voor de gehele periode, betekent dit dat jonge huisartsen wat betreft dit criterium als het ware 5 jaar de tijd krijgen om hun praktijk voldoende uit te bouwen, en dit voor de toepassing van art 25 bis § 2 "informerer" en § 3 "zich verantwoorden" van het KB van 21 april 1983.

Bijgaande figuur toont de verdeling. Het criterium van 500 patiëntcontacten werd met een stippellijn aangegeven. De figuur laat zien dat bijna 30% van de erkende huisartsen binnen één bepaald jaar

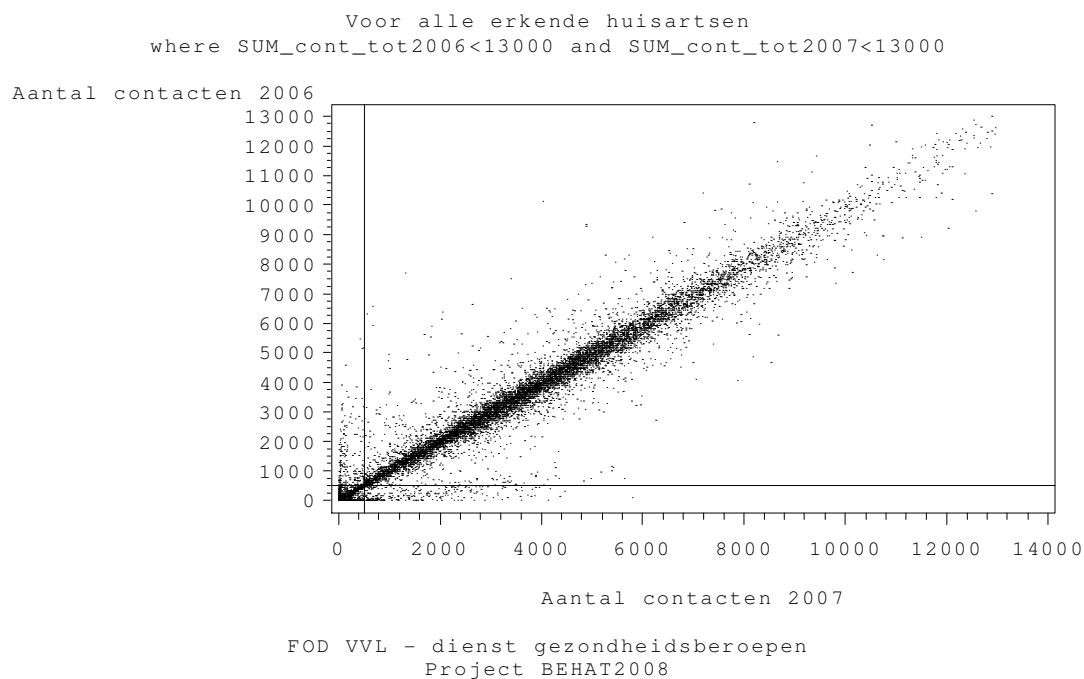
onder deze drempel vallen. Verderop in dit rapport worden de resultaten weergegeven voor de periode van 5 jaar.



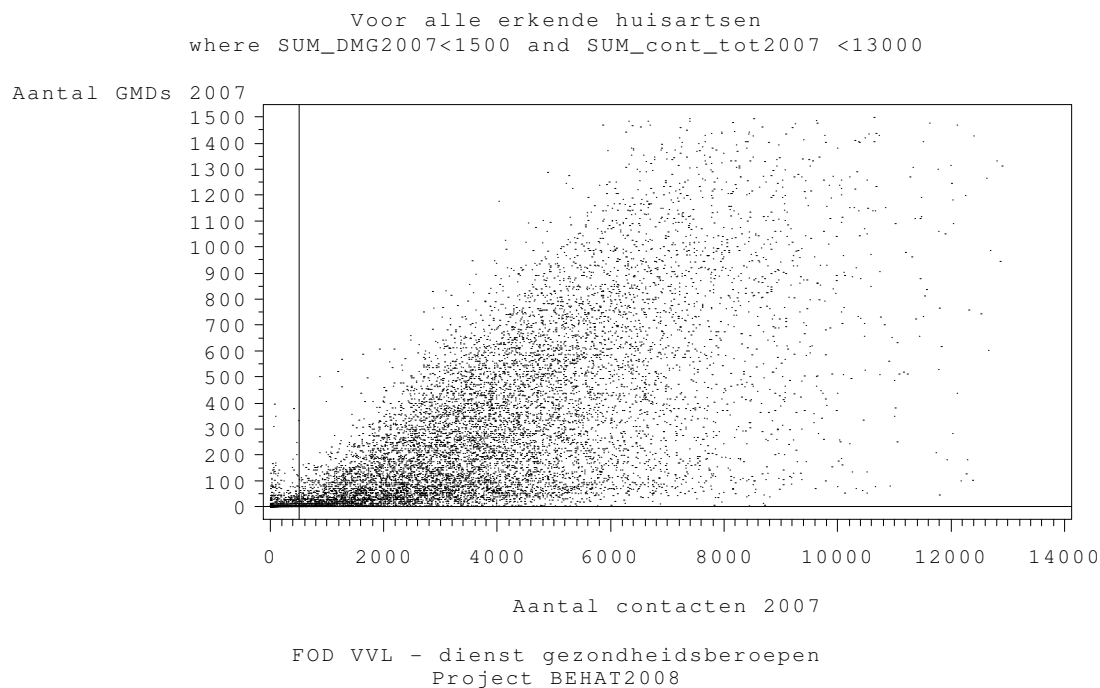
Figuur 4 Histogram van het aantal patiëntcontacten per huisarts in 2007 (zonder extreme outliers)

Het aantal patiëntcontacten per huisarts blijkt van jaar tot jaar uitermate stabiel te zijn.

Het aantal patiëntcontacten blijkt enerzijds inderdaad het plafond te zijn voor het aantal GMD's, wat logisch is. Opmerkelijk is hoe groot de puntenwolk is voor de rest: er is duidelijk nog veel ruimte voor een belangrijk aantal huisartsen om GMD's te realiseren.



Figuur 5 Scatterplot van het aantal patiëntcontacten per huisarts in het jaar 2006 versus in het jaar 2007 (zonder extreme outliers met 13000 of meer patiëntcontacten)



Figuur 6 Scatterplot van het aantal patiëntcontacten per huisarts in het jaar 2007 versus het aantal GMD's van het jaar 2007 (zonder extreme outliers)

2.1.5.5 De permanente vorming van de huisarts

De in deze analyse gebruikte accreditering-gegevens betreft de inschrijving in het accrediteringssysteem en dus een intentie tot vorming. Deze intentie wordt dus hier beschouwd als gerealiseerd. Het "bewijs van accreditering" kan immers ook geïnterpreteerd worden als: "is toegetreden tot het systeem" en "heeft de accrediteringsdoelstellingen in termen van aantal deelnames aan LOK's en aantal uren vorming voor de verschillende rubrieken" binnen het voorbije jaar gehaald.

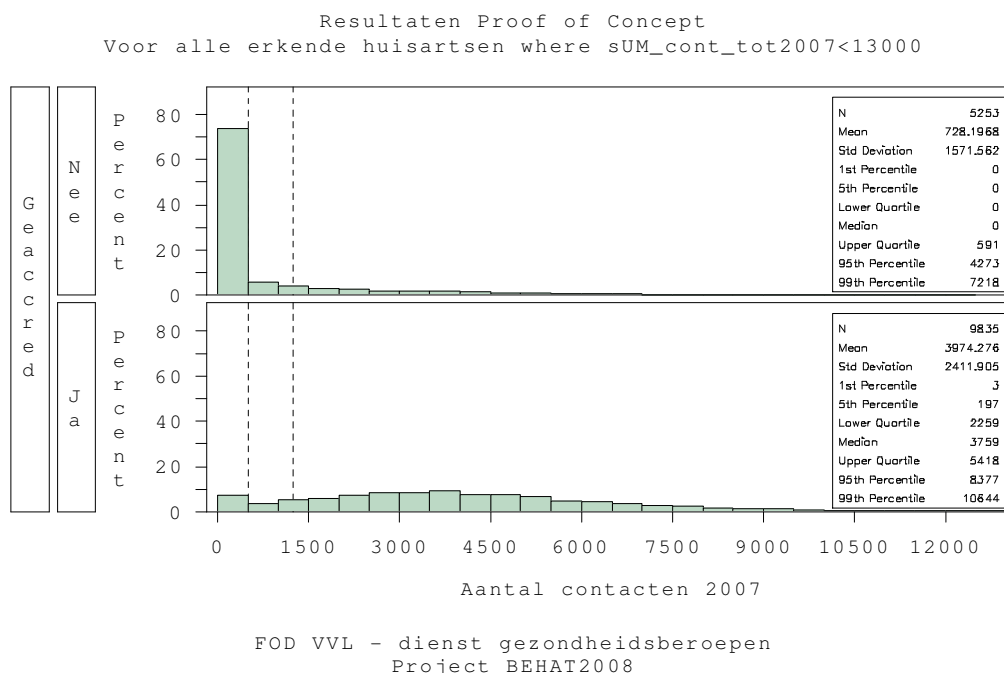
Behalve voor startende huisartsen moet men minstens 1250 patiëntencontacten per jaar hebben om tot de accreditering te kunnen toetreden.

De inschrijving wordt geregistreerd met als kleinste eenheid een maand. Voor verwerking werd ervan uitgegaan dat men in de beginmaand geaccrediteerd is op dag 1 van de maand en voor de eindmaand tot op de laatste dag; dus telkens voor de volledige maand.

Indien van een erkende huisarts geen accrediteringgegevens werden gevonden, werd er van uitgegaan dat de betrokken arts niet-geaccrediteerd is geweest voor dat jaar. Het baselinebestand van de FOD geeft immers de baselinetelling van alle erkende huisartsen.

Om te verifiëren of iemand voldeed aan het criterium voor permanente vorming werd nagegaan of de persoon geaccrediteerd was op 31/12/2007³.

Uit bijgaande figuur en tabel blijkt duidelijk dat het gros van de niet-geaccrediteerde artsen (73,5%) de drempel van 500 patiëntencontacten binnen hetzelfde jaar niet halen. Er is ook een kleine groep van geaccrediteerde huisartsen die in het jaar 2007 meer dan 500 maar minder dan 1250 patiëntencontacten hadden, namelijk 561 huisartsen.



Figuur 7 Histogrammen van het aantal patiëntcontacten per huisarts in 2007: geaccrediteerde huisartsen versus niet-geaccrediteerde (zonder extreme outliers)

³ Dat bleek bij alle huisartsen voor wie aangeduid was dat ze geaccrediteerd waren, het geval te zijn. Deze bijkomende verificatie sloot dus geen huisartsen uit.

Tabel 6 Frequentietabel van het aantal patiëntcontacten per huisarts in 2007 volgens de verschillende beslissingspunten: geaccrediteerde huisartsen versus niet-geaccrediteerde

	Aantal contacten 2007								All	
	<500		500-<1250		1250-13000		13000+			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geaccrediteerd (1=ja, 0=nee)										
Nee	3865	73.5	401	7.6	987	18.8	3	0.1	5256	100.0
Ja	707	7.2	561	5.7	8567	86.9	27	0.3	9862	100.0
All	4572	30.2	962	6.4	9554	63.2	30	0.2	15118	100.0

2.2 De verschillende criteria toegepast voor de proof of concept

De toetsing van de criteria wat betreft het geïnformeerd worden (art 3 § 2) kon volledig conform de regelgeving worden onderzocht.

De toetsing van de criteria wat betreft het zich verantwoorden (art 3 § 3) werd beperkt tot de gegevens die beschikbaar waren. Het effect van deze paragraaf uit de regelgeving kon dus niet volledig conform het KB worden toegepast. De resultaten van de betreffende analyses dienen dus als zeer voorlopig beschouwd te worden.

Bijgaande schema's geeft een overzicht van de manier waarop de toetsing in de proof of concept werd toegepast voor de huisartsen die niet-geïnformeerd moeten worden (cq zich niet moeten verantwoorden) dan wel het complement ervan.

Tabel 7 Samenvatting van de combinatie verschillende criteria toegepast voor de proof of concept

	Moet niet geïnformeerd worden (volgens KB 21 april 1983 art 3 § 2)	Moet zich niet verantwoorden (volgens KB 21 april 1983 art 3 § 3)
Erkend huisarts (*)	Erkend op 31/12/2007	Erkend op 31/12/2007
	En	En
Crit. 3. het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten	Minstens 1 GMD in 2007 (**)	Minstens 1 jaar met minstens 1 GMD in periode 2003-2007 (**) (***)
	En	En
Crit. 4. de deelname aan de huisartsenwacht-diensten	Beschikbaarheidshonorarium aangerekend of voorkomen op de wachtlijsten in 2008	Beschikbaarheidshonorarium aangerekend of voorkomen op de wachtlijsten in 2008 (***)
	En	En
Crit.7. de activiteitsdrempel	Minstens 1 jaar met minstens 500 patiëntcontacten in periode 2003-2007 (**)	Minstens 1 jaar met minstens 500 patiëntcontacten in periode 2003-2007 (**)
	En	En
Crit. 8. de permanente vorming van de huisarts	Geaccrediteerd op 31/12/2007	Geaccrediteerd op 31/12/2007 (***)

(*) eventueel gecombineerd met verzekeringsgeneeskunde of gerechtelijke geneeskunde

(**) Tenzij forfaitair werkzaam of recent erkend

(***) Wegens beperkte gegevens beschikbaar enkel op één jaar voor deze analyse

Tabel 8 Samenvatting van de combinatie verschillende criteria toegepast voor de proof of concept: huisartsen moeten “geïnformeerd worden”/”zich verantwoorden”

Moet geïnformeerd worden (volgens KB 21 april 1983 art 3 § 2)	Moet zich verantwoorden (volgens KB 21 april 1983 art 3 § 3)
Erkend huisarts en (niet crit 3 of niet crit 4 of niet crit 7 of niet crit 8)	Erkend huisarts en (niet crit 3 of niet crit 4 of niet crit 7 of niet crit 8)

2.3 Voorlopige conclusie wat betreft de methodologie

Dankzij de goede samenwerking tussen de twee administraties konden de gegevens uit verschillende bronnen gecombineerd worden voor deze oefening.

Het baselinebestand werd zo ruim mogelijk opgebouwd om de verschillende concrete gevallen die in de realiteit voorkomen te includeren en op die manier zo dicht mogelijk de reële door de administratie te nemen beslissingen te kunnen simuleren. Dat is het opzet van een “proof of concept”.

Dit bestand werd rijker gemaakt met gegevens van de wachtlijsten en met gegevens van het RIZIV. De gegevens van de wachtlijsten werden op deze manier voor de eerste keer in combinatie met de profielgegevens van het RIZIV geanalyseerd.

In het uiteindelijke bestand bevinden zich 15976 individuele gevallen met de gegevens uit de verschillende bronnen die nodig zijn om de regelgeving inzake behoud van erkenning van huisartsen toe te passen. In het bestand zijn er 15118 huisartsen met een erkenning op 31 december 2007. Op deze groep zullen de criteria zoals in het geschorste MB worden toegepast. Op deze manier kan worden nagegaan hoe deze criteria in de praktijk kunnen worden toegepast. Dat is de eerste doelstelling van deze “proof of concept”.

Wat betreft de criteria om huisartsen te informeren (art 3 § 2) stellen we vast dat:

- Er voldoende gegevensbronnen beschikbaar, toegankelijk zijn en vlot gecombineerd kunnen worden om de vier criteria arts per arts te evalueren.
- Er zich een probleem stelt wat betreft snelheid waarin gegevens beschikbaar (zullen) zijn:
 - De erkenning van een huisarts is quasi in real-time beschikbaar.
 - De inschrijvingen in de wacht zullen, van zodra de MEDEGA operationeel is, eveneens quasi in real-time beschikbaar zijn.
 - De zogenaamde RIZIV-profielgegevens, de gegevens betreffende de activiteiten in het kader van de verplichte ziekteverzekering, zijn niet in real-time beschikbaar. Deze zijn doorgaans met een tijdsverschil van een jaar of meer beschikbaar. Het aantal patiënten-contacten en het aantal GMD's per arts van het jaar 2007 werden einde 2008 geleverd. Het aantal patiënten-contacten en het aantal GMD's van het jaar 2008 zullen pas einde 2009 beschikbaar zijn. Bovendien worden deze gegevens doorgaans over de periode van een kalenderjaar verzameld, concreet van 1 januari tot en met 31 december.
- Er zich een probleem stelt wat betreft verwarring tussen referentiemoment en -periode:
 - Er zijn criteria die duidelijk refereren naar een moment (een “prevalentie” of eventueel verschillende momenten na elkaar): Men is op een bepaald moment erkend of niet. Men is op een bepaald moment ingeschreven in de wacht of niet.
 - Er zijn criteria die enkel kunnen refereren naar een periode (een “incidentie”): het “aantal patiëntencontacten per jaar” kan enkel over een periode worden nagegaan.
 - Er zijn criteria die de beide in zich hebben:
 - het al of niet bijhouden van het medisch dossier is als criterium gedefinieerd als een moment, maar voor de verificatie wordt het gehanteerd als een periode;
 - de permanente vorming wordt gezien als een periode (cfr 20 uren per jaar) maar het “bewijs van accreditering” is een momentopname.
- Deze verschillen in real-time beschikbaarheid en verwarring inzake moment en periode in de proof of concept werden pragmatisch en operationeel opgelost. Voor de concrete toepassing van de regelgeving bij de bevraging van de huisartsen is het aangewezen een coherenter

systeem te hanteren, rekening houdend met de ervaringen in deze proof of concept, de haalbaarheid om de gegevens te verkrijgen en met een zekere interne consistentie. Bijgaande tabel vat dit samen.

- Er een aantal situaties bestaan die op systematische wijze zouden kunnen worden opgelost zonder dat de betrokken persoon dient bevestigd te worden (een “administratieve vereenvoudiging”):
 - Startende huisartsen (zij met een recent erkenning): worden beschouwd als te voldoen aan de criteria qua bijhouden medisch dossier en activiteitsdrempel voor het jaar waarin ze starten (en de voorgaande jaren die immers zonder voorwerp waren of anders gesteld “jaren voor de erkenning dienen niet gecontroleerd te worden”);
 - Huisartsen die werken binnen het forfaitair systeem worden beschouwd als te voldoen aan de criteria inzake bijhouden medisch dossier en activiteitsdrempel voor het jaar waarin ze forfaitair hebben gewerkt;
 - “Vrijstelling van de wacht” wordt beschouwd als valabel voor deelname aan de wacht. De wachtkring kan immers zelf het best beoordelen over het feit of iemand al of niet geschikt is, dan wel in staat is om aan de wacht deel te nemen.
 - De codes van administratieve verlenging van GMD eveneens te gebruiken.
- Om te voorkomen dat huisartsen elk jaar opnieuw bevestigd worden over een gegeven dat uiteindelijk duidelijk is is het aangewezen een lerend systeem te introduceren met de volgende elementen:
 - De antwoorden van de individueel bevestigde huisartsen worden gevalideerd door de erkenningscommissie en gestructureerd in het bestand bijgehouden. Hierbij dient een onderscheid gemaakt worden voor antwoorden die definitief zijn (zoals “ik ben gepensioneerd”) en antwoorden die enkel over het betreffende jaar gaan. Voor sommige “definitieve” antwoorden is het daaropvolgende jaar geen bevestiging meer nodig. Bij de andere antwoorden hangt het van het criterium af. “Ik heb meer dan 500 patiëntcontacten in het jaar 2008” maakt dat iemand voor vijf jaar in orde is voor het criterium “activiteitsdrempel”. “Ik heb 20 uren permanente vorming gehad in 2008” heeft dat effect niet.
 - Te overwegen zijn een ambtshalve aanduidingen voor huisartsen met een buitenlands adres en die voor het overige geen activiteiten binnen het Belgische registratie laten zien. Het lijkt aangewezen om pas na vijf energie te investeren in het lokaliseren van deze huisartsen. In de periode van vijf jaar kunnen zij immers alsnog “verschijnen” in de Belgische registratie. Na vijf jaar kunnen ze zich alsnog verantwoorden.
 - De beroepstitel van gepensioneerde huisartsen niet af te nemen maar hen een eretitel van “emeritus” te geven.
- Er dient een systeem van herintreden te voorzien te worden.

Tabel 9 Overzicht voor de verificatie van de criteria bij de verdere bevestiging

Criteria	Verificatie via bestaande administratieve gegevens	Verificatie door bevestiging van de arts
Bijhouden van het medisch dossier	GMD's volgens de RIZIV-nomenclatuur in de periode 1/1/2008-31/12/2008	de periode 1/1/2008-31/12/2008
Deelname aan de huisartsenwacht	Beschikbaarheidshonoraria in de periode 1/1/2008-31/12/2008 en wachtlijstsituatie op het moment 1 juli 2008	de periode 1/1/2008-31/12/2008
Activiteitsdrempel	Patiëntcontacten volgens RIZIV-nomenclatuur in de periode 1/1/2008-31/12/2008	de periode 1/1/2008-31/12/2008
De permanente vorming	Ingeschreven in de accreditering in de periode 1/1/2008-31/12/2008	de periode 1/1/2008-31/12/2008
Erkenning	Op het moment 31/12/2008	

Voor “verantwoording” beschikken we voor de proof of concept voor slechts één bijkomend criterium (bovenop activiteitsdrempel) over de gegevens van vijf opeenvolgende jaren en dat is voor het

bijhouden van het medisch dossier. De gangbare veronderstelling is dat het aantal huisartsen dat zich na vijf jaar zal moeten verantwoorden kleiner zal zijn dan het aantal dat jaarlijks informatie zal krijgen. De criteria lijken immers minder streng. De kans dat men voor hetzelfde criterium vijf opeenvolgende jaren niet voldoet is wellicht kleiner dan de kans voor één jaar.

Hoe de combinatie van criteria zich zal gedragen kan op dit ogenblik niet precies worden geanalyseerd. Wel is duidelijk dat de criteria onderling een grote enige samenhang vertonen maar geen perfecte samenhang.

Vermits de criteria van jaar tot jaar sterk samenhangen maar niet perfect correleren zal de combinatie van de verschillende criteria over meerdere jaren ervoor zorgen dat de kans dat men zich moet verantwoorden kleiner wordt dan wanneer men enkel naar één jaar zou moeten kijken.

De combinatie van de vier criteria over vijf jaar Vermits de criteria niet perfect correleren zal de combinatie van de verschillende criteria ervoor zorgen dat de kans dat men zich moet verantwoorden groter wordt, tenzij de informatie-boodschap effect heeft.

3 Resultaten

3.1 Totaal aantal artsen die voldoen aan de criteria

In totaal werden er 15118 erkende huisartsen geteld op 31 december 2007. Tabel 10 geeft het globaal overzicht van het aantal artsen die voldoen aan elk criterium afzonderlijk en aan de combinatie van de criteria zoals in voorgaande hoofdstuk beschreven.

Uiteindelijk bleken dus 9259 (61,24%) te voldoen aan de vier te verifiëren criteria inzake behoud van erkenning. Zij voldeden zowel aan het criterium inzake het bijhouden van het medisch dossier van de patiënten, de deelname aan de huisartsenwacht, de activiteitsdrempel en de permanente vorming. Het complement, namelijk 5859 huisartsen (38,76%) voldeed aan één of meerdere criteria niet. Zij zouden, in het geval men op deze gegevens zou verdergaan, een informatie-boodschap moeten krijgen.

Van zodra naar de afzonderlijke criteria wordt gekeken, dan wordt het duidelijk dat de toetsing van het criterium voor de permanente vorming aan de gegevens die beschikbaar zijn leidt tot de grootste uitval. Terwijl bij de overige drie criteria zo'n 19 tot 25 % de drempel niet haalt is dat bij de permanente vorming 39%. De correlatie tussen de verschillende criteria ondersteunt de observatie dat de accreditering het cruciale criterium is in deze set van 4. De correlatie van dit criterium met de uiteindelijke beoordeling is veruit het grootste namelijk -0,92.

Tabel 10 Totaal aantal artsen die voldoen aan de criteria

	N	%
Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	11376	75.25
Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	11300	74.75
Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	12273	81.18
Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	9862	65.23
Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	9259	61.24
Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	5859	38.76
Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	12285	81.26
Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	9333	61.73
Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	5785	38.27
Totaal	15118	100.00

Wat betreft "zich verantwoorden", konden slechts twee criteria over de gehele periode van vijf jaar worden geanalyseerd. Het effect lijkt voorlopig althans te zijn dat minder huisartsen zich zullen moeten verantwoorden. Deze resultaten dienen echter als zeer voorlopig beschouwd te worden. In het vervolg van dit rapport zullen ze dan ook niet verder meer aan bod komen.

Tabel 11 Samenhang tussen de verschillende criteria (Spearman Rankcorrelatie-coëfficiënten; n=15118)

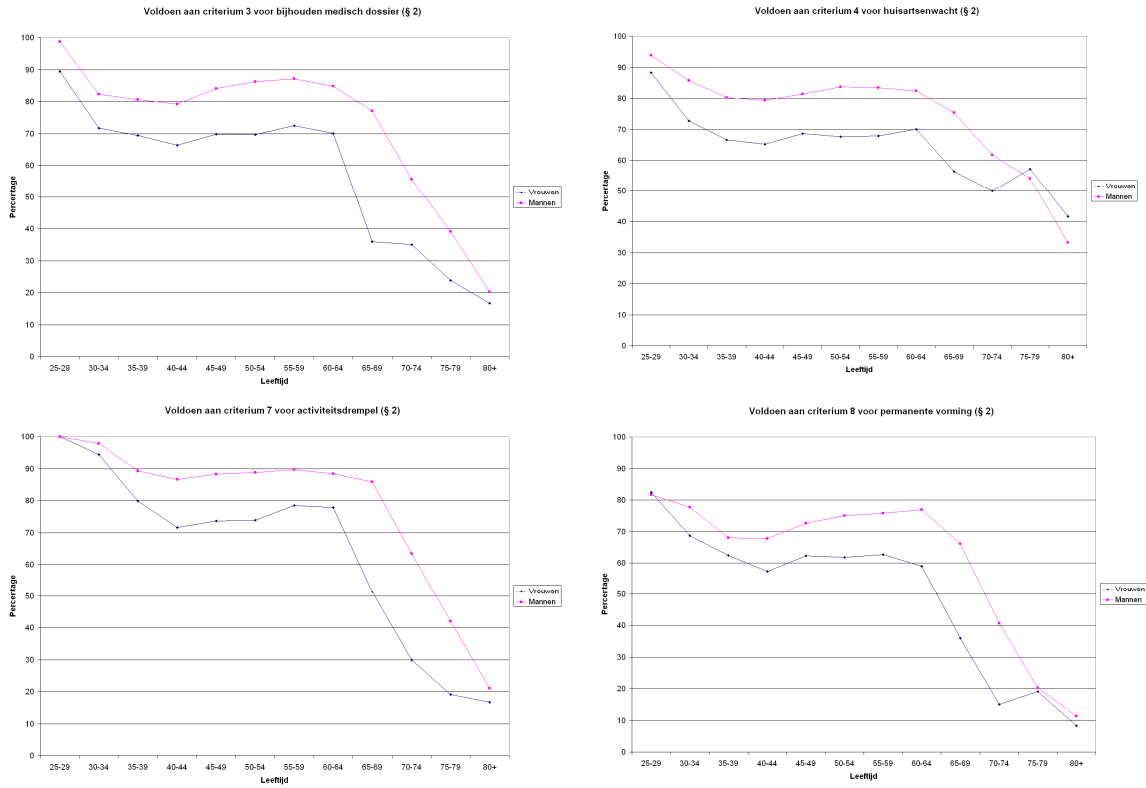
	crit4_par2_2007	crit7_par2_2007	crit8_par2_2007	behat_info_2007	crit3_par3_2007	behat_verant_2007
crit3_par2_2007 Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	0.69777 <.0001	0.76889 <.0001	0.70001 <.0001	-0.72099 <.0001	0.83730 <.0001	-0.70514 <.0001
crit4_par2_2007 Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007		0.61134 <.0001	0.65300 <.0001	-0.73072 <.0001	0.60806 <.0001	-0.73831 <.0001
crit7_par2_2007 Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007			0.62397 <.0001	-0.60525 <.0001	0.85949 <.0001	-0.61154 <.0001
crit8_par2_2007 Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007				-0.91773 <.0001	0.61544 <.0001	-0.92727 <.0001
behat_info2007 Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)					-0.60368 <.0001	0.98972 <.0001
crit3_par3_2007 Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007						-0.60995 <.0001
behat_verant2007 Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)						1.00000

3.2 Relatie van de criteria met leeftijd en geslacht

Bijgaande figuren geven de relatie weer van de verschillende criteria met leeftijd en geslacht. Hieruit blijkt duidelijk dat:

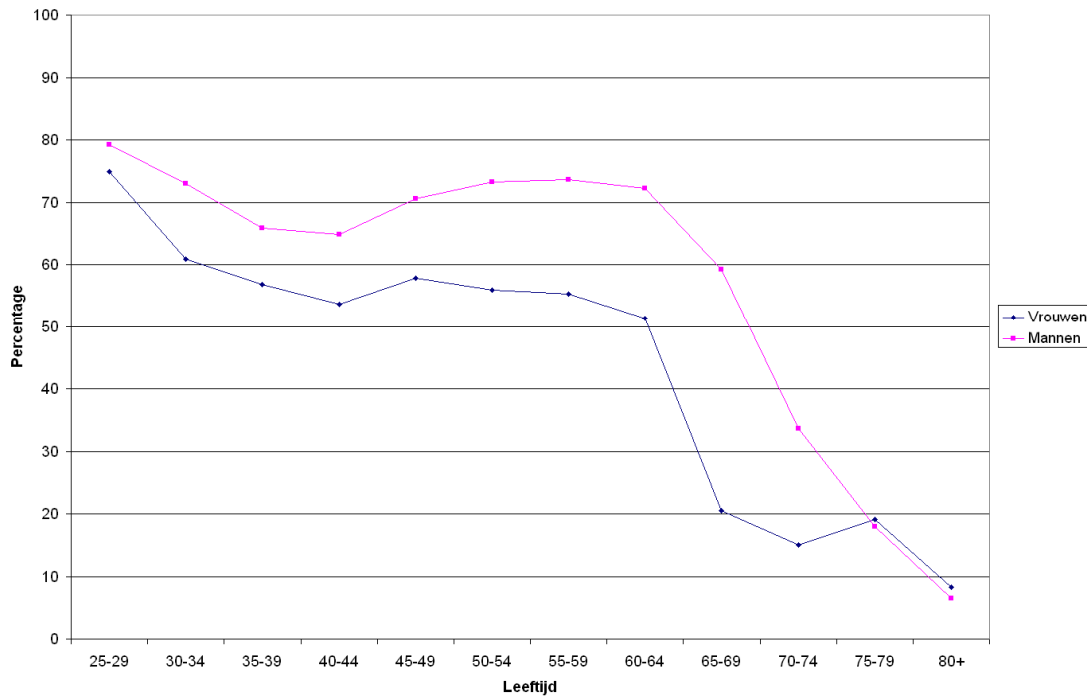
- Het relatief aantal vrouwelijke huisartsen dat voldoet aan een criterium doorgaans lager is dan het relatief aantal mannen en dit quasi in alle leeftijdsgroepen;
- Het relatief aantal huisartsen dat voldoet doorgaans het hoogste is in de jongste groep van 25-28 jaar. Wat voor een deel een arte fact is voor activiteitsdrempel en het bijhouden van het medisch dossier en met name door de manier waarop de jonge huisartsen op die criteria geëvalueerd werden (nl. als d'office voldoen aan deze criteria). Voor de permanente vorming en de wacht is dat niet het geval. Daar gaat het om een reëel fenomeen.
- Vervolgens komt er een licht dal in de curve tussen 30 en de 50.
- Het relatief aantal huisartsen dat per criterium voldoet krijgt doorgaans haar top tussen de 50 en de 60.
- Naar de hogere leeftijdsgroepen toe zakt het relatief aantal huisartsen dat voldoet. Toch blijft zo'n 10 tot 20% van de 80-plussers aan de criteria voldoen. Merk op dat dit voor het criterium wacht hoger is grotendeels omdat vrijgestelde huisartsen worden meegerekend.

De curve van het uiteindelijk resultaat heeft een gelijkaardige vorm als die van de afzonderlijke criteria. Ook hier zien we dat de accreditering binnen elke leeftijd en geslachtsgroep het relatief aantal dat voldoet naar beneden beïnvloedt.



Figuur 8 Het percentueel aantal huisartsen die voldoen aan de 4 afzonderlijke criteria volgens leeftijd en geslacht

Voldoen aan alle 4 criteria (dus geen info-boodschap) (§ 2)

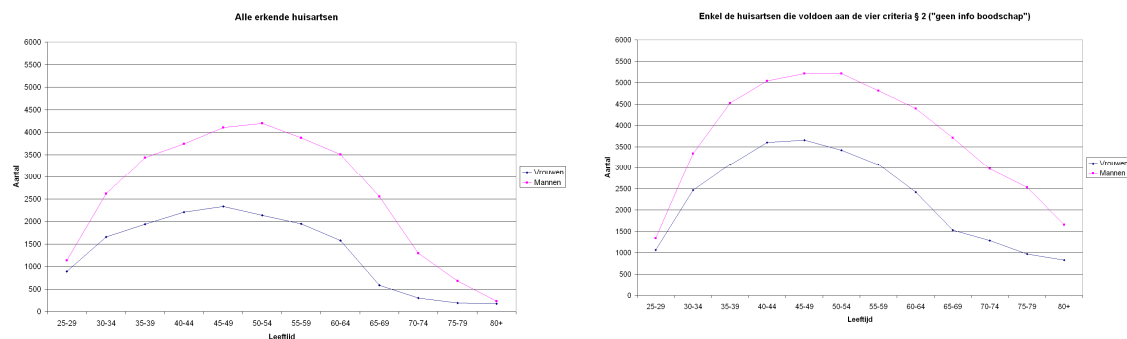


Figuur 9 Het percentueel aantal huisartsen die voldoen aan alle 4 criteria samen volgens leeftijd en geslacht

De aantallen die voor deze grafieken werden gebruikt werden in de bijlagen van dit rapport opgenomen.

3.3 Een eerste verkenning van mogelijke effecten voor de planning
Het betreft hier de eerste inleidende analyses.

3.3.1 Effect op de activiteitsverdeling



Figuur 10 Gemiddeld aantal patiëntcontacten volgens leeftijd en geslacht voor alle erkende huisartsen versus de huisartsen die aan de vier criteria voldoen

Bijgaande curven laten duidelijk zien dat het gemiddeld aantal patiëntcontacten in alle leeftijdsgroepen en voor beide geslachten stijgt van zodra ze berekend worden op de huisartsen die voldoen aan de vier criteria. Dit is een zeer logisch fenomeen omdat één van de criteria is "minstens 500

patiëntencontacten". De huisartsen die onder het criterium liggen worden nu niet meer in het gemiddelde meegerekend.

Merk eveneens op hoe hoog de activiteitscurven nog liggen bij de huisartsen ouder dan 65 jaar. Ook hier betreft het een logisch fenomeen. Het zijn de oudere huisartsen die nog actief zijn gebleven.

Het gebruik van deze vernieuwde activiteitscurve in het rekenmodel van de planning, kan natuurlijk enkel indien ook de "niet-actieven" volgens de criteria zoals ze hier gehanteerd werden, eveneens in het rekenmodel worden opgenomen. De parameters zijn hiervoor voorzien.

De beschrijvende statistiek die voor deze grafieken werd gebruikt werd in de bijlagen van dit rapport opgenomen.

3.3.2 Eerste ruwe schatting van de verwachte uitstroom

Door sommigen worden de huisartsen die aan de vier criteria voldoen als de werkelijk "actieve huisartsen" omschreven.

Op basis van de leeftijdsverdeling van de huisartsen die aan de vier criteria voldoen kan een eerste ruwe schatting worden gemaakt hoeveel er van deze "actieve huisartsen" binnen dit en 15 jaar 65 jaar en ouder zijn geworden en wellicht zullen uitstromen dan minstens hun activiteiten reduceren. Het betreft hier een eerste ruwe schatting van het mogelijk effect van veroudering van deze groep. Hierbij wordt nog geen rekening wordt gehouden met de activiteitsgraad die zich binnen deze groep anders gedraagt zoals in vorige paragraaf is weergegeven.

Een telling laat zien dat op dit ogenblik 5160 "actieve huisartsen" 50 jaar of ouder zijn. Binnen 15 jaar zijn zij 65 jaar of ouder. Indien zij op dat moment allemaal op pensioen zouden gaan, dan zouden er 5160 huisartsen moeten vervangen worden. De minima volgens het KB wat betreft de planning van het medisch aanbod is gecumuleerd voor deze periode gelijk aan 5100.

Een preciezere berekening zal moeten rekening houden met de verwachte gemiddelde activiteit van het vervangend corps (dat weerom beïnvloed wordt door de vervrouwelijking) dat zich aandient tegenover de verwachte activiteitsreductie van de ouder wordende huisarts.

Tabel 12 Aantal huisartsen volgens leeftijd en geslacht dat aan de vier criteria voldoet

Leeftijd	Vrouw	Man
25-29	128	65
30-34	446	275
35-39	537	371
40-44	407	449
45-49	470	951
50-54	449	1442
55-59	231	1513
60-64	60	794
65-69	8	343
70-74	3	192
75-79	4	93
80+	1	27
Totaal	2744	6515

3.4 Geografische analyse van deze artsen

Er zijn twee verschillende analyses mogelijk één op basis van het domicilie-adres en één op basis van het praktijkadres. Hierbij worden bij wijze van voorbeeld enkele resultaten gegeven. We beperken ons in dit rapport tot de analyses op basis van domicilie-adres en dit omwille van verschillende redenen:

- Het uitgangspunt van deze studie zijn de criteria voor het behoud van erkenning. De base-line wordt dus ook gevormd door alle erkende huisartsen dus ook zij die geen praktijk hebben.

Bovendien zijn nog niet voor alle gemeenten huisartsenkringen erkend. Het zijn deze kringen die de informatie over de wachtkringen dient te leveren. Dat geeft uiteindelijk enkele hiaten in de landkaart (zie bijlage).

- Uit een vergelijking van woonplaats en praktijkplaats blijkt bovendien dat 86% van de huisartspraktijken zich in dezelfde gemeente bevindt als de woonplaats van de arts, en dat dit cijfer zelfs 95% wordt indien op arrondissements-niveau wordt gekeken. Natuurlijk zijn er verschillen tussen stedelijke en landelijke gebieden. Voor een eerste appreciatie hiervan verwijzen we naar de bijlagen.

Tabel 1 geeft de globale resultaten. Het totaal aantal van huisartsen wordt er opgedeeld volgens woonplaats in België of in het buitenland en binnen België per Gewest. In totaal blijken er 676 erkende huisartsen met een adres in het buitenland. Het is niet verwonderlijk dat van deze laatste groep slechts 2 % voldoet aan de vier criteria. Opmerkelijk is dat in deze groep toch nog 32% het criterium inzake aantal patiëntencontacten haalt. In het Vlaamse Gewest voldoet 70% van de huisartsen aan de vier criteria, in Wallonië 59% en in Brussel Hoofdstedelijk Gewest 48%.

Tabel 13 Totaal aantal artsen die voldoen aan de criteria volgens gewest (op basis van domicilie-adres)

	Buitenland (n=676)	Vlaanderen (n=7882)	Wallonië (n=5108)	Brussel (n=1452)	België (n=15118)
	%	%	%	%	%
Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	9.32	79.98	78.15	70.04	75.25
Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	4.73	80.04	77.45	69.08	74.75
Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	31.95	83.68	84.38	79.27	81.18
Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	5.92	73.20	62.96	57.58	65.23
Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	2.07	70.36	58.69	48.28	61.24
Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	97.93	29.64	41.31	51.72	38.76
Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	32.10	84.78	83.46	77.34	81.26
Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	2.22	70.76	59.24	49.24	61.73
Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	97.78	29.24	40.76	50.76	38.27
Totaal	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Deze analyse kan aangevuld worden met een analyse per gemeente. Op basis van de verschillende tellingen en het aantal inwoners in een gemeente werden er een 30-tal indicatoren aangemaakt (zie bijlage). In het korte bestek van dit rapport zullen ze niet allemaal aan bod komen. De volgende indicatoren geven wellicht het duidelijkste het beeld weer van de situatie:

- het aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners,
- het percent huisartsen dat voldoet aan de 4 criteria (de “actieve” huisartsen),
- het aantal huisartsen die voldoen aan de 4 criteria (“actieve huisartsen”) per 10.000 inwoners.

Deze indicatoren werden aangemaakt per gemeente zowel volgens domicilie-adres als volgens praktijkadres. De indicatoren per domicilieadres zijn het meest volledige. Ze konden voor 587 Belgische gemeenten worden aangemaakt. Per praktijkadres kon dit enkel voor voor 578 gemeenten. Bijgaande tabel vat deze informatie samen. Hieruit blijkt onder meer dat gemiddeld er per gemeente⁴ 14 erkende huisartsen per 10.000 inwoners zijn, gemiddeld per gemeente 68% de vier criteria haalt en

⁴ Het gaat hier steeds om «ongewogen gemiddelden» d.w.z. dat er bij de berekening van de statistieken geen rekening is gehouden met de grootte van de gemeente.

uiteindelijk dan gemiddeld er 9 huisartsen per 10.000 inwoners aan de 4 criteria voldoen. Merk op dat dit gemiddelde zelfs onder percentiel 10 valt van de het aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners. Bovendien zien we ruime spreidingen van de indicatoren. Het aantal "actieve" huisartsen gaat van een gemeente met geen tot een gemeente met bijna 23 huisartsen per 10.000 inwoners.

Tabel 14 Beschrijvende statistiek per gemeente (volgens domicilie-adres) van: aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners, percent huisartsen dat voldoet aan de 4 criteria (de "actieve" huisartsen) en aantal huisartsen die voldoen aan de 4 criteria ("actieve huisartsen") per 10.000 inwoners

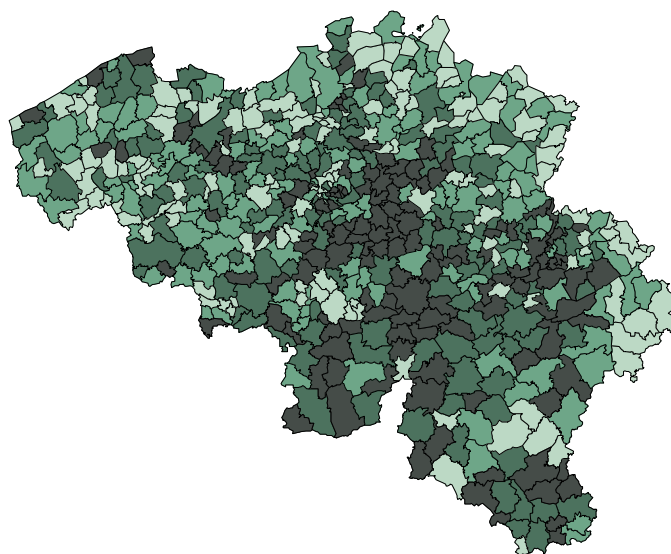
	Erkende huisartsen per 10.000 inwoners	% erkende huisartsen voldoet crit par 2 (dus geen info) 2007	Huisartsen per 10.000 voldoet crit par 2 (dus geen info) 2007
N	587	587	587
NMiss	0	0	0
Mean	14.11	67.66	9.20
Std	4.77	16.55	2.83
Min	3.71	0.00	0.00
P5	8.10	40.00	5.07
P10	9.35	47.06	6.09
Q1	11.05	57.69	7.47
Median	13.32	66.67	8.96
Q3	16.55	79.17	10.57
P90	20.28	87.50	12.71
P95	23.62	95.00	14.35
Max	41.30	100.00	22.72

Om een globaal beeld te krijgen van de geografisch spreiding in het land werden kaarten van België aangemaakt. Omdat er geen internationaal noch wetenschappelijk vastgesteld criterium bestaat dat weergeeft wat kwalitatief de te halen densiteit moet zijn, en omdat de verdelingen asymmetrisch zijn, werd gekozen om voor die opmaak van die kaarten relatieve grenzen te gebruiken, namelijk de kwartielen van de net beschreven distributies. In bijlage werd een alternatieve versie gemaakt op basis van percentiel 10 en 90 om de extremen op de kaart beter weer te geven.

Samengevat laten deze kaarten zien dat:

- er duidelijke inter- en intragewestelijke verschillen zowel wat betreft het aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners, als wat betreft het percentage van huisartsen dat voldoet aan de criteria en wat betreft het aantal "actieve" huisartsen per 10.000 inwoners.
- de oorspronkelijke noord-zuid verschillen die zichtbaar zijn bij de twee eerste indicatoren aanzienlijk verminderd zijn van zodra gekeken wordt naar het aantal "actieve" huisartsen.

Het betreft hier een eerste verkennende louter visuele analyse. Een diepgaandere statistische analyse die rekening houdt met andere regionale en lokale verschillen, zoals bijvoorbeeld grootsteden en platteland, aanwezigheid van ziekenhuizen en andere zorgaanbod, en met de feedback van de huisartsen die niet voldoen aan de criteria zoals hier in eerste instantie louter getoetst op administratieve gegevens, is nodig.



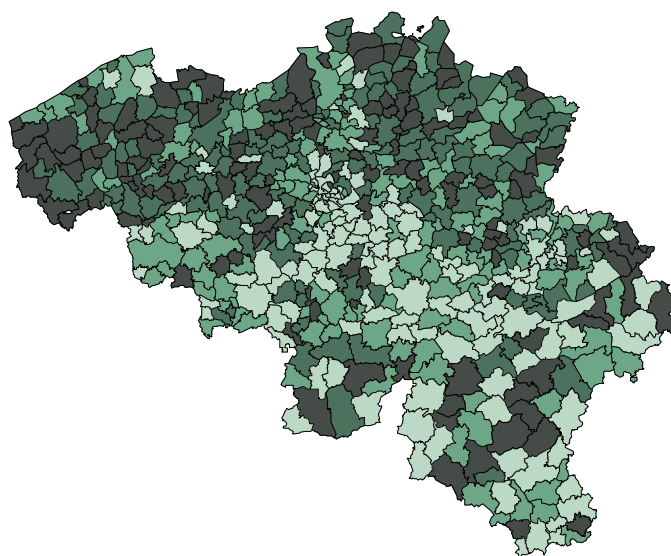
Volgens kwartielen:

	<11.05		11.05 -< 13.32
	13.32 -< 16.55		16.55 =<

Project BEHAT2_008
FOD VWL – DG2 – Dienst gezondheidsberoepen

Figuur 11 Aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners (volgens domicilie-adres)

% erkende HA voldoet crit par 2 (dus geen info) 2007

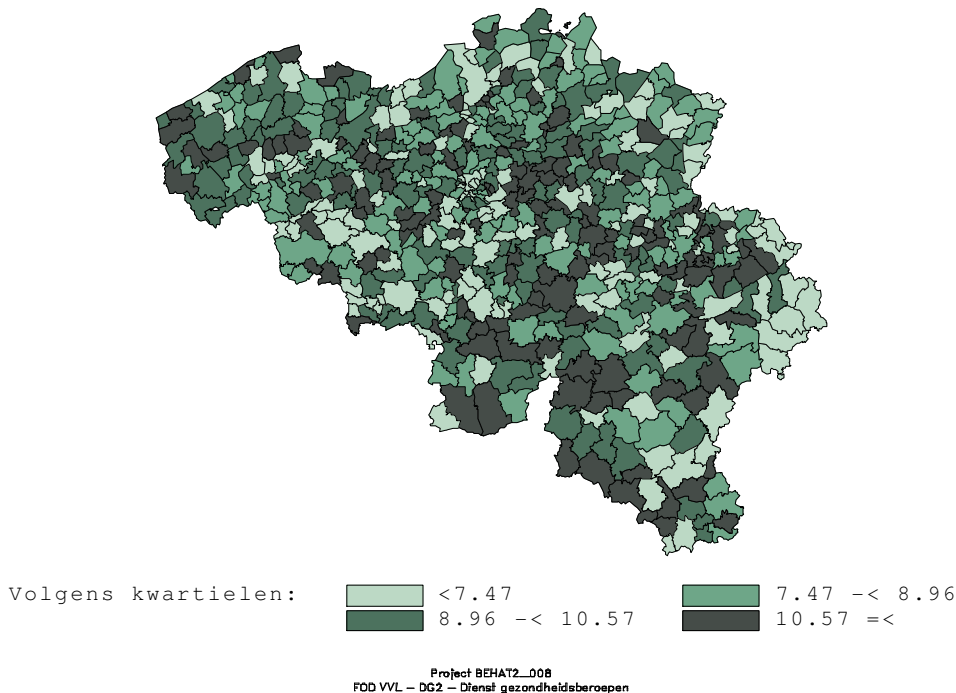


Volgens kwartielen:

	<57.69		57.69 -< 66.67
	66.67 -< 79.17		79.17 =<

Project BEHAT2_008
FOD VWL – DG2 – Dienst gezondheidsberoepen

Figuur 12 Percentage huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen, volgens domicilie-adres)



Figuur 13 Aantal huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen) per 10.000 inwoners (volgens domicilie-adres)

4 Vergelijking met andere beschikbare gegevens

Zowel het Riziv als de FOD Volksgezondheid publiceren statistieken over de gezondheidswerkers in België. Op het eerste gezicht zou dat statistisch materiaal volledig gelijk moeten zijn. Dat is niet het geval en hiervoor zijn verschillende redenen.

De publicatie van “het” aantal huisartsen in België, geeft vaak aanleiding tot allerlei discussies en artikels in de pers die de juistheid van de statistieken in twijfel trekken. Doorgaans zijn die “grote verschillen” volkomen verklaarbaar indien men enige technische kennis van zaken heeft, niet enkel over gegevensverwerking en statistiek maar ook over de manier waarop de gezondheidszorg en de publieke administratie daarrond georganiseerd is.

Een eerste basisregel bij de interpretatie van statistieken is: wie is de bron en waarvoor werden de gegevens verzameld? Passen we dit toe op enkele beschikbare statistieken dan is het van belang te weten dat het RIZIV en de FOD hierin een andere taak vervullen.

- Het directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer van de FOD Volksgezondheid registreert en erkent gezondheidswerkers in België..
- De dienst geneeskundige verzorging van het Riziv schrijft de gezondheidswerkers in die prestaties wensen te leveren in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van België. De leden van de beroepsgroepen waarvan de erkenning reeds geregeld is op het niveau van de FOD, moeten eerst zulke erkenning hebben alvorens zich te kunnen inschrijven bij het Riziv.
- Vermits niet alle leden van de reeds door de FOD erkende beroepsgroepen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wensen te werken en zich er dus niet inschrijven, moeten de aantallen van het Riziv voor die beroepsgroepen kleiner zijn dan deze de FOD. Met andere woorden:
 - o niet alle erkende artsen vragen een Riziv-nummer aan. Een gekend voorbeelden zijn arbeidsgeneeskundigen die geen terugbetaalbare geneesmiddelen wensen voor te

schrijven. Indien ze dat wel doen worden ze ter hoogte van het RIZIV ingeschreven als “algemene geneeskundigen” omdat er geen afzonderlijk kwalificatie-code voor bestaat.

- Er zijn bovendien door de FOD geregistreerde geneesheren zonder bijzondere beroepstitel noch kandidaat om zulke beroepstitel te halen (dus artsen die enkel een basisdiploma van geneeskunde hebben) die een Riziv-nummer hebben gekregen en van wie een beperkt aantal prestaties in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaald worden. In de FOD statistieken komt deze groep voor onder de hoofding “Geneesheren zonder bijzondere beroepstitel”.

Daarnaast worden binnen de beroepsgroepen soms andere criteria gehanteerd om een persoon al of niet bij een deelgroep te tellen. Het leidt tot schijnbare tegenspraak tussen de statistieken, maar dat hoeft, eens deze criteria gekend, niet het geval te zijn. Bekijken we het belangrijkste voorbeeld hiervan:

- De “Algemeen geneeskundigen” worden in de Riziv-statistieken over het aantal zorgverleners tot 2005, omschreven als: “de personen, ingeschreven bij de Orde der geneesheren en niet voor een bepaald specialisme erkend.” Dit houdt in dat, voor deze statistiek, naast de erkende huisartsen, o.m. ook in deze categorie zijn opgenomen:
 - o de geneesheren die door de FOD erkend zijn als geneesheer-specialist in een specialisme waarvoor het Riziv geen specifiek identificatienummer toekent, zoals bv. de arbeidsgeneesheren;
 - o de geneesheren-specialisten in opleiding daar ze nog niet voor een bepaald specialisme zijn erkend;
 - o de hierboven vermelde door de FOD geregistreerde geneesheren zonder bijzondere beroepstitel noch kandidaat om zulke beroepstitel te halen.
 In de Riziv- statistieken vanaf 2006 zal de groep van de “algemeen geneeskundigen” gedetailleerd worden en zullen de geneesheren-specialisten in opleiding bij de specialisten worden vermeld.
- De “erkende huisartsen” in de FOD-statistieken betreffen enkel de artsen met een bijzondere beroepstitel van huisarts.

Tabel 15 Vergelijking met enkele statistieken over het zelfde onderwerp (bron: Meeus P., 2007; Dercq J-P, 2009)

	RIZIV 2005	RIZIV 2007	BEHAT2008 2007
Referentiejaar	2005	2007	2007
Aantal “huisartsen”	15862 (1)	14218 (1)	15118 (1)
Minstens 500 patiëntencontacten (2)	11389	10704	12273 (5)
Geaccrediteerd	10223 (3)	9948	9862 (6)
GMD	11007	10932	11376 (7)
Wacht	8498 (4)	8859	11300 (8)

- (1) Enkel erkende huisartsen; bij het RIZIV in 2005 nog inclusief eventueel overledenen; bij de FOD in 2007 alle erkende huisartsen ook zij die eventueel geëmigreerd zijn en wellicht nooit in de ziekteverzekering actief zijn geweest.
- (2) Inclusief artsen in medische huizen
- (3) “Periode prevalentie” dwz elke huisarts die in de loop van het jaar als geaccrediteerd ingeschreven staat.
- (4) De huisartsen aan wie een beschikbaarheidshonorarium is uitbetaald
- (5) Minstens 1 jaar in de periode 2003-2007, recente erkenningen (n=475 in 2007) voldoen voor voorgaande jaren;
- (6) Prevalentie op één dag namelijk 31 december 2008;
- (7) Inclusief de recente erkenningen die als “voldoen” worden beschouwd;
- (8) Ingeschreven in de wacht of beschikbaarheidshonorarium in 2008, inclusief zij die vrijgesteld zijn

De conclusie is dan ook dat de statistieken vergelijkbaar zijn indien rekening wordt met de verklaarbare verschillen.

5 Besluit, bespreking en voorstellen

5.1 Bedoeling en belangrijkste resultaten

Het KB van 21 april 1983 (gewijzigd door het KB van 10/02/08) tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheer-specialisten en van huisartsen voorziet dat erkende huisartsen jaarlijks op 4 van de 8 criteria zullen geïnformeerd worden. Het voorziet, weliswaar impliciet voor de eerste jaren, eveneens dat de huisartsen bijkomende elementen ter staving kunnen aanbrengen en dat de huisartsen die vervolgens 5 jaar niet voldoen aan de criteria zich moeten verantwoorden. Slechts op het einde van die periode van 5 jaar kunnen zij eventueel de erkenning van huisarts verliezen.

Een MB van 21/02/06 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen definieerde hoe de betreffende criteria concreet zouden worden beoordeeld. Het betreffend MB is echter in een arrest van de Raad van State van 4/12/2008 vernietigd. Deze situatie biedt dus een opportuniteit om, indien dat nodig wordt geacht, het MB ook dusdanig aan te passen zodat rekening wordt gehouden met de resultaten van de proof of concept.

De bedoeling van deze studie is tweërlei namelijk enerzijds een bestaande regelgeving toepassen en hiervoor de nodige gegevens verzamelen om na te gaan of die regelgeving steek houdt en, anderzijds, nagaan wat het mogelijke effect van deze regelgeving zou kunnen zijn op de planning van het medisch aanbod.

Wat de eerste doelstelling betreft is het duidelijk dat de regelgeving, mits enkele aanpassingen, toepasbaar is toch wat betreft de eerste fase. In deze eerste fase worden de criteria inzake het behoud van de erkenning van de huisarts getoetst op basis van de beschikbare administratieve gegevens. In een tweede fase zal de huisarts, helemaal conform de huidige regelgeving, hierover geïnformeerd worden en kan hij of zij bijkomende gegevens aanbrengen om alsnog aan de criteria te voldoen. Het is duidelijk dat deze feedback-cyclus zal leiden tot nieuwe gegevens, dus een aanpassing en aanvulling van het huidige beschikbare materiaal en dus nieuwe en andere resultaten dan wat hier gepresenteerd is geworden. Bovendien is er voorzien dat huisarts die niet voldoen zich na een periode van vijf jaar zullen moeten verantwoorden. Op dat moment pas kunnen erkenningen, zoals de regelgeving nu voorziet, eventueel worden ingetrokken.

Samengevat kan gesteld worden dat bij toepassing van de huidige regelgeving inzake behoud van de erkenning van huisartsen en in de veronderstelling dat het vernietigd MB zal hernomen worden in een regelgeving met dezelfde inhoud er 9259 huisartsen of 61% van alle erkende huisartsen voldoen aan de vier criteria van art 3 § 2 van het KB van 21 april 1983 en dat zij dus in principe "niet geïnformeerd" moeten worden. Over het algemeen worden deze huisartsen beschouwd als "actieve huisartsen".

Het complement daarvan namelijk 5859 huisartsen of 39% van het totaal zou wel een informatieboodschap moeten krijgen. Het te verwachten resultaat van deze informatieboodschap zal zijn dat huisartsen bijkomende informatie zullen geven over de criteria waaraan zij wel menen te voldoen. Deze feedbackcyclus zal voor effect hebben dat het aantal "actieve" huisartsen, na de correcties aangebracht door henzelf, waarschijnlijk hoger zal uitvallen dan hier aangegeven.

Niet alle gegevens waren voor de proof of concept voor vijf jaar beschikbaar. De net beschreven feedbackloop zal sowieso de cijfers doen veranderen en als effect zal hebben dat de huisartsen zich eveneens anders zullen gaan gedragen. Daarom kunnen de resultaten over het aantal huisartsen dat zich na vijf jaar zal moeten verantwoorden (de criteria van art 3 § 3 van het betreffende KB) enkel als indicatief worden beschouwd. Op deze aantallen gaan we dan ook niet verder in.

Wat betreft de huisartsen die men dan voor de eenvoud als "actief" kan omschrijven, werden eveneens de volgende vaststellingen gedaan:

Er zijn duidelijke verschillen tussen mannen en vrouwen en dit binnen alle leeftijdsgroepen. Het percentage vrouwen dat voldoet aan een criterium is doorgaans lager dan het percentage van de mannen.

De jongste leeftijdsgroep zit doorgaans het hoogst wat betreft het percentage dat voldoet aan een criterium. Een deel hiervan heeft te maken met het feit dat net erkende huisartsen voor een aantal criteria, binnen de logica van regels voor het behoud van de erkenning, voor het

eerste jaar van hun erkenning beschouwd werden als te voldoen aan het criterium. Na de jongste leeftijdsgroep daalt de curve, om vervolgens tussen de leeftijd van 30 en 65 jaar af te vlakken tot een horizontale lijn, die vanaf 65 jaar langzaam daalt.

Er zijn duidelijke verschillen tussen de Gewesten maar eveneens binnen de Gewesten.

Een belangrijke vaststelling is eveneens dat het cruciale criterium om als “actief” te worden beschouwd het criterium inzake de permanente vorming is. Dit criterium werd getoetst aan de hand van de toetreding tot het systeem van de accreditering zoals op dit ogenblik georganiseerd door het RIZIV. De telling toont duidelijk dat dit de drempel is die het moeilijkste te nemen is en tegelijk heeft het de hoogste correlatie met het al of niet halen van het finaal resultaat. Met andere woorden dit criterium bepaalt uiteindelijk het meest of iemand al of niet voldoet om een informatieboodschap te krijgen of, het complement ervan, beschouwd te worden als “actieve” huisarts. Zoals het vernietigd MB van 21/2/2006 voorzag is de accreditering een element van verificatie en kan de huisarts bijkomende elementen “die overeenstemmen met 20 uren permanente vorming per jaar” aanbrengen. Wellicht wordt dit laatste het meest cruciale en complexe onderwerp om geëvalueerd te worden door de erkenningscommissie. Of de intrinsieke band die nu reeds bestaat tussen accreditatie en aantal patiëntencontacten⁵ hierbij een hindernis is geweest zal dan blijken.

Wat betreft de toepassing van de verschillende criteria, leert deze proof of concept ons dat de administratieve gegevens bruikbaar zijn om deze regelgeving toe te passen indien er rekening wordt gehouden met de volgende elementen:

5.2 De beschikbaarheid van de gegevens

Wat betreft de beschikbaarheid van de gegevens:

De gegevens inzake patiëntcontacten en GMD zijn in de courante praktijk bij het RIZIV per kalenderjaar (1 jan. – 31 dec.) beschikbaar.

De patiëntcontacten en GMD-gegevens zijn maar met een voldoende nauwkeurigheid beschikbaar met een tijdsinterval van bijna 1 jaar. Dit wil zeggen dat de gegevens met betrekking tot het jaar 2008 door het RIZIV kunnen geleverd worden ten vroegste in november-december 2009.

De gegevens inzake accreditering zijn binnen veel kortere termijnen beschikbaar omdat huisartsen zich voor een termijn van drie jaar in de toekomst inschrijven⁶ en zich na die termijn opnieuw voor zulke periode kunnen inschrijven.

De gegevens inzake deelname aan de wacht waren voor deze oefening beschikbaar door een bevraging van de huisartsenkringen en vervolgens door een individuele aanvullende bevraging. In de praktijk voldoende up to date na een doorlooptijd van ongeveer 9 maanden tegenover het referentiemoment in juli 2008. Van zodra MEDEGA in productie is zal dit real-time moeten benaderen, zonder een eventuele verificatie door het RIZIV in te calculeren.

Voor de toetsing van de criteria en de verzending van informatie zal hiermee moeten worden rekening gehouden.

5.3 De verschillende criteria

Wat betreft de concrete toepassing van de verschillende criteria, is het aangewezen om regels te voorzien zodat de operationele oplossingen die in deze proof of concept gekozen werden ook reglementair kunnen worden toegepast. Hierbij kan gedacht worden:

⁵ Om toe te treden tot het systeem van de accreditering dient een huisarts jaarlijks minstens 1250 patiëntencontacten hebben, tenzij hij of zij een beginnende huisarts is. Voor deze laatste groep wordt de regel van 1250 niet toegepast.

⁶ Behalve bijvoorbeeld jonge huisartsen die dit kunnen voor een periode van één jaar.

Om jonge huisartsen opstart tijd te geven. Concreet wil dit zeggen dat huisartsen te behandelen als te "voldoen aan de criteria" inzake de activiteitsdrempel en het bijhouden van het medisch dossier voor het jaar waarin ze een erkenning hebben gekregen. Deze criteria kunnen immers pas geëvalueerd worden na één volledig jaar van activiteiten plus de periode van bijna één jaar waarin de gegevens beschikbaar komen. De overige criteria zijn ofwel quasi real time (wacht) dan wel voor een toekomstige periode (accreditering).

Huisartsen die binnen het forfaitair-systeem werken eveneens te behandelen als te voldoen aan de criteria inzake de activiteitsdrempel en het bijhouden van het medisch dossier voor het jaar waarin ze forfaitair hebben gewerkt.

Een preciezere omschrijving van wat deelname aan de wacht precies is of meer concreet welke "vrijstellingen" aanvaardbaar zijn in het kader van behoud erkenning ("ziekte", "zwangerschap", ...)

Wat het precies aantal GMD's per jaar moet zijn om te voldoen aan het criterium inzake het bijhouden van het medisch dossier. De drempel van minstens "1" per jaar kan bezwaarlijk als een hoge drempel omschreven worden⁷.

5.4 Wat betreft het sturen van de informatieboodschap

De informatieboodschap geeft een kans om bijkomende elementen op te vragen en te gebruiken om de beschikbare gegevens aan te vullen. Het is dan ook aangewezen deze terugkoppeling explicieter in de regelgeving te voorzien zodat er een lerend systeem wordt gecreëerd waarin een jaarlijkse update van de artsgegevens mogelijk wordt. Het is aangewezen dit op een gestructureerde manier te doen met wel overwogen en geprecodeerde antwoordmogelijkheden waarvan op voorhand is geweten hoe ze verder behandeld zullen worden. Dit zal het mogelijk maken de nieuwe gegevens te koppelen aan beschikbare gegevens en te gebruiken zowel voor nieuwe tellingen van de aantallen die voldoen als voor een nieuwe informatievraag.

Bijvoorbeeld: een huisarts die aangeeft dat hij/zij gepensioneerd is, dient het jaar nadien normaal gesproken geen nieuwe informatievraag te krijgen omdat zijn status op dat moment bekend is en onveranderbaar.

Bijvoorbeeld: een duidelijke lijst van welke andere activiteiten beschouwd zullen worden als huisartsenactiviteiten om te voldoen aan het criterium inzake activiteitsdrempel en het bijhouden van patiëntendossier.

Het is eveneens aangewezen om:

De informatievraag te sturen aan alle personen die niet voldoen aan de criteria, zodat iedereen toch minstens de eerste keer de mogelijkheid krijgt te reageren en nieuwe elementen aan te brengen.

Deze informatievraag te sturen van zodra de gegevens van 2008 beschikbaar en verwerkt zijn. Het is belangrijk dat het op dat moment voor de huisarts die de informatie zal ontvangen eenduidig gaat over de gegevens van één en hetzelfde jaar voor alle vier criteria.

Deze informatieboodschap te ondersteunen met begeleidende maatregelen zoals boodschappen via de beroepsorganisaties, via de gespecialiseerde pers enz...

Gezien het aantal huisartsen dat betrokken zal zijn bij deze feedback en gezien het feit dat dit het hart van hun beroepsactiviteit raakt namelijk de licentie om nog verder als huisarts actief te kunnen zijn, is het te overwegen om dit zowel de informatieboodschap als de feedback die de

⁷ Een regressie-analyse wat betreft de relatie tussen het aantal patiëntcontacten en GMD's geeft een vergelijking die we als volgt kunnen samenvatten: "gemiddeld" zijn er 30 patiëntcontacten nodig vooraleer een eerste GMD wordt gerealiseerd (en dan komt er per 10 patiëntcontacten een GMD extra bij).

arts kan geven in de toekomst via een webapplicatie uit te voeren. Dit zal een opportuniteit creëren om de huisarts de weg te wijzen naar het kadaster.

Het is duidelijk dat deze eerst informatiegolf in het kader van deze regelgeving, van de verschillende informatiegolven, het meeste impact zal hebben op het terrein, op de administratie en op de gegevens zelf. Een weldoordachte project- en communicatieplan en de nodige mensen en middelen zijn hiervoor nodig.

5.5 Wat betreft de behandeling van de gevolgen voor de betreffende huisarts

Op dit vlak zijn er een aantal problemen die nog zouden kunnen uitgeklaard worden.

Wat met huisartsen die op pensioen zijn gegaan? Het lijkt niet aangewezen om hun erkenning van huisarts na een actieve carrière van meerdere jaren in te trekken. Dat zal wellicht niet geapprecieerd worden door de betrokkenen. Men zou een erkenning als bijvoorbeeld "ere huisarts" kunnen geven. Welke titel men hen ook ter hoogte van de FOD zou geven, er zal een tegenhanger voorzien moeten worden ter hoogte van het RIZIV.

Hoe kan iemand herintreden? Het is denkbaar dat voormalige huisartsen na een zekere tijd of in het kader van een carrière-wending terug willen intreden. Het is belangrijk om in deze mogelijkheid nu reeds te voorzien. Het kan perspectief geven aan zij wiens erkenning op een bepaald moment wordt ingetrokken.

Hoe de interface met het RIZIV zal verlopen? Een aantal informatie-elementen hebben een onmiddellijk gevolg op het domein van de verplichte ziekteverzekering andere geven eerder contextuele informatie. Van de eerste soort zijn deze in verband met (aankomende) intrekking van de erkenning. Van de tweede soort zijn informatie-elementen zoals bijvoorbeeld iemand die signaleert dat hij op pensioen is.

Er zou duidelijker moeten uitgeklaard worden of wat nu "behoud van erkenning" heet betrekking heeft op de bevoegdheid van deze persoon, op zijn competentie en dan wel enkel over de terugbetaling van de act. Immers een arts wiens erkenning van huisarts is ingetrokken kan nog steeds geneeskundige prestaties leveren, maar deze prestaties zullen niet terugbetaald worden door de ziekteverzekering. Wettelijk blijft de arts medisch bevoegd. Loont het dan de moeite om de bijzondere beroepstitel van huisarts in te trekken? Is het dan niet meer aangewezen ter hoogte van de verplichte ziekteverzekering actie te ondernemen?

5.6 Gevolgen voor de planning van het medisch aanbod

Een eerste ruwe schatting van het impact op het huisartsencorps laat zien dat volgens de hier gebruikte telling er 5160 "actieve huisartsen" zijn van 50 jaar of ouder. Binnen 15 jaar zijn zij 65 jaar of ouder. Indien zij op dat moment allemaal op pensioen zouden zijn gaan, dan zouden er over die periode 5160 huisartsen moeten vervangen worden. De minima volgens het KB wat betreft de planning van het medisch aanbod is gecumuleerd voor deze periode gelijk aan 5100. Op het eerste zicht lijken die minima voldoende hoog om deze uitstroom op te vangen. Maar er moet ook rekening gehouden worden met de andere parameters. De meeste kan men in een toekomstscenario over het impact van deze regelgeving onveranderd laten.

De toekomstprojecties die tot op heden de adviesvorming van de Planningscommissie-medisch aanbod hebben ondersteund waren gebaseerd op meerdere parameters. De cruciale parameter in deze context zijn: de zogenaamde beginstock (het aantal huisartsen volgens leeftijd en geslacht), de inactiviteitsgraad en de activiteitsgraad (beide volgens leeftijd en geslacht en met een veronderstelde evolutie in de tijd). Tot op heden werd de parameter van inactiviteitsgraad bij gebrek aan gegevens niet ingevuld. Deze niet-invulling mag men niet verwarren met "er wordt geen rekening mee gehouden". Wij verklaren ons nader. De activiteitsgraad wordt berekend op basis van gegevens van "alle huisartsen" dus ook zij die niet actief zijn. De basis van de activiteitsgraad zijn statistieken van prestaties binnen de ziekteverzekering. De bron hiervoor is het RIZIV. In het model worden de brute cijfers niet gebruikt maar "genormaliseerde" cijfers zodat het hoogste punt in de activiteitscurve gelijk gezet wordt met 1. Met andere woorden de vorm van deze curve is van belang. Niet zozeer de groep waarop ze berekend is geweest.

Met de huidige gegevens kan de huidige gebruikte activiteitscurve gedecomposeerd worden in de twee samenstellende parameters namelijk in-activiteit en activiteit. Men kan vanaf heden dan ook hypothesen opbouwen over de evolutie van deze parameters in de toekomst.

Het zullen vooral de hypothesen inzake de verdere evolutie in de tijd van deze parameters zijn die eventuele afwijkingen van de huidige simulaties zullen veroorzaken. Het is nu mogelijk die twee factoren los van elkaar in het model in de toekomst op transparante wijze te laten evolueren. Deze oefening moet nog gebeuren.

6 Bijlagen

6.1 Bronnen

Arrest van Raad van state van 4 december 2008 inzake de VZW Brussels Dienstbetoon, Joost Rampelberg tegen de Belgische Staat.

Ministerieel besluit van 21 februari 2006 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, BS 27/02/2006

Koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vastlegging van de nadere regelen voor erkenning van geneesheer-specialisten en van huisartsen, BS

Koninklijk besluit van 10 februari 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vastlegging van de nadere regelen voor erkenning van geneesheer-specialisten en van huisartsen, BS 28/03/2008

Meeus, P. *Radioscopie van de huisarts in 2005*, Brussel, RIZIV, Dienst voor Geneeskundige Verzorging, 2007

Dercq, J-P, *Persoonlijke communicatie*, 9 april 2009

6.2 Aantal huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd en geslacht

Tabel 16 Absoluut aantal huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd

	Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	Totaal
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
age										
25-29	234	228	253	208	193	60	234	193	60	253
30-34	835	855	1060	796	721	388	825	714	395	1109
35-39	1111	1082	1258	973	908	601	1070	872	637	1509
40-44	1053	1045	1143	905	856	596	1037	840	612	1452
45-49	1699	1655	1788	1484	1421	738	1679	1402	757	2159
50-54	2257	2189	2339	1971	1891	879	2248	1882	888	2770
55-59	2094	2000	2173	1821	1744	730	2077	1729	745	2474
60-64	1014	988	1063	915	854	362	1009	849	367	1216
65-69	460	459	517	397	351	267	460	351	267	618
70-74	325	363	368	235	195	396	325	195	396	591
75-79	208	293	222	109	97	443	208	97	443	540
80+	86	143	89	48	28	399	86	28	399	427
All	11376	11300	12273	9862	9259	5859	11258	9152	5966	15118

Tabel 17 Relatief aantal huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd

	Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	Totaal
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
age										
25-29	92.49	90.12	100.00	82.21	76.28	23.72	92.49	76.28	23.72	100.00
30-34	75.29	77.10	95.58	71.78	65.01	34.99	74.39	64.38	35.62	100.00
35-39	73.62	71.70	83.37	64.48	60.17	39.83	70.91	57.79	42.21	100.00
40-44	72.52	71.97	78.72	62.33	58.95	41.05	71.42	57.85	42.15	100.00
45-49	78.69	76.66	82.82	68.74	65.82	34.18	77.77	64.94	35.06	100.00
50-54	81.48	79.03	84.44	71.16	68.27	31.73	81.16	67.94	32.06	100.00
55-59	84.64	80.84	87.83	73.61	70.49	29.51	83.95	69.89	30.11	100.00
60-64	83.39	81.25	87.42	75.25	70.23	29.77	82.98	69.82	30.18	100.00
65-69	74.43	74.27	83.66	64.24	56.80	43.20	74.43	56.80	43.20	100.00
70-74	54.99	61.42	62.27	39.76	32.99	67.01	54.99	32.99	67.01	100.00
75-79	38.52	54.26	41.11	20.19	17.96	82.04	38.52	17.96	82.04	100.00
80+	20.14	33.49	20.84	11.24	6.56	93.44	20.14	6.56	93.44	100.00
All	75.25	74.75	81.18	65.23	61.24	38.76	74.47	60.54	39.46	100.00

Tabel 18 Absoluut en relatief aantal huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens geslacht

	SEXE				All	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	3379	69.67	7997	77.88	11376	75.25
Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	3324	68.54	7976	77.68	11300	74.75
Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	3802	78.39	8471	82.50	12273	81.18
Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	3024	62.35	6838	66.60	9862	65.23
Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	2744	56.58	6515	63.45	9259	61.24
Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	2106	43.42	3753	36.55	5859	38.76
Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	3305	68.14	7953	77.45	11258	74.47
Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	2679	55.24	6473	63.04	9152	60.54
Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	2171	44.76	3795	36.96	5966	39.46
Totaal	4850	100.00	10268	100.00	15118	100.00

Tabel 19 Absoluut aantal vrouwelijke huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd

	Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	Totaal
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
age										
25-29	153	151	171	141	128	43	153	128	43	171
30-34	525	532	691	503	446	286	515	439	293	732
35-39	657	630	755	590	537	409	626	510	436	946
40-44	504	495	543	435	407	352	493	396	363	759
45-49	567	558	598	506	470	342	557	461	351	812
50-54	560	543	593	496	449	354	556	445	358	803
55-59	303	284	328	262	231	187	296	225	193	418
60-64	82	82	91	69	60	57	81	59	58	117
65-69	14	22	20	14	8	31	14	8	31	39
70-74	7	10	6	3	3	17	7	3	17	20
75-79	5	12	4	4	4	17	5	4	17	21
80+	2	5	2	1	1	11	2	1	11	12
All	3379	3324	3802	3024	2744	2106	3305	2679	2171	4850

Tabel 20 Relatief aantal vrouwelijke huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd

	Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	Totaal
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
age										
25-29	89.47	88.30	100.00	82.46	74.85	25.15	89.47	74.85	25.15	100.00
30-34	71.72	72.68	94.40	68.72	60.93	39.07	70.36	59.97	40.03	100.00
35-39	69.45	66.60	79.81	62.37	56.77	43.23	66.17	53.91	46.09	100.00
40-44	66.40	65.22	71.54	57.31	53.62	46.38	64.95	52.17	47.83	100.00
45-49	69.83	68.72	73.65	62.32	57.88	42.12	68.60	56.77	43.23	100.00
50-54	69.74	67.62	73.85	61.77	55.92	44.08	69.24	55.42	44.58	100.00
55-59	72.49	67.94	78.47	62.68	55.26	44.74	70.81	53.83	46.17	100.00
60-64	70.09	70.09	77.78	58.97	51.28	48.72	69.23	50.43	49.57	100.00
65-69	35.90	56.41	51.28	35.90	20.51	79.49	35.90	20.51	79.49	100.00
70-74	35.00	50.00	30.00	15.00	15.00	85.00	35.00	15.00	85.00	100.00
75-79	23.81	57.14	19.05	19.05	19.05	80.95	23.81	19.05	80.95	100.00
80+	16.67	41.67	16.67	8.33	8.33	91.67	16.67	8.33	91.67	100.00
All	69.67	68.54	78.39	62.35	56.58	43.42	68.14	55.24	44.76	100.00

Tabel 21 Absoluut aantal mannelijke huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd

	Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	Totaal
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
age										
25-29	81	77	82	67	65	17	81	65	17	82
30-34	310	323	369	293	275	102	310	275	102	377
35-39	454	452	503	383	371	192	444	362	201	563
40-44	549	550	600	470	449	244	544	444	249	693
45-49	1132	1097	1190	978	951	396	1122	941	406	1347
50-54	1697	1646	1746	1475	1442	525	1692	1437	530	1967
55-59	1791	1716	1845	1559	1513	543	1781	1504	552	2056
60-64	932	906	972	846	794	305	928	790	309	1099
65-69	446	437	497	383	343	236	446	343	236	579
70-74	318	353	362	232	192	379	318	192	379	571
75-79	203	281	218	105	93	426	203	93	426	519
80+	84	138	87	47	27	388	84	27	388	415
All	7997	7976	8471	6838	6515	3753	7953	6473	3795	10268

Tabel 22 Relatief aantal mannelijke huisartsen dat aan de criteria voldoet volgens leeftijd

	Voldoet aan criterium 3 par 2 (patdossier) in 2007	Voldoet aan criterium 4 par 2 (wacht) in 2007	Voldoet aan criterium 7 par 2 (patcontact) in 2007	Voldoet aan criterium 8 par 2 (vorming) in 2007	Voldoet aan crit par 2 (dus geen info) in 2007	Voldoet aan criteria voor informatieboodschap in 2007 (PoC)	Voldoet aan criterium 3 par 3 (patdossier verantwoording) in 2007	Voldoet aan crit par 3 (dus geen verantwoording) in 2007	Voldoet aan criteria voor verantwoording in 2007 (PoC)	Totaal
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
age										
25-29	98.78	93.90	100.00	81.71	79.27	20.73	98.78	79.27	20.73	100.00
30-34	82.23	85.68	97.88	77.72	72.94	27.06	82.23	72.94	27.06	100.00
35-39	80.64	80.28	89.34	68.03	65.90	34.10	78.86	64.30	35.70	100.00
40-44	79.22	79.37	86.58	67.82	64.79	35.21	78.50	64.07	35.93	100.00
45-49	84.04	81.44	88.34	72.61	70.60	29.40	83.30	69.86	30.14	100.00
50-54	86.27	83.68	88.76	74.99	73.31	26.69	86.02	73.06	26.94	100.00
55-59	87.11	83.46	89.74	75.83	73.59	26.41	86.62	73.15	26.85	100.00
60-64	84.80	82.44	88.44	76.98	72.25	27.75	84.44	71.88	28.12	100.00
65-69	77.03	75.47	85.84	66.15	59.24	40.76	77.03	59.24	40.76	100.00
70-74	55.69	61.82	63.40	40.63	33.63	66.37	55.69	33.63	66.37	100.00
75-79	39.11	54.14	42.00	20.23	17.92	82.08	39.11	17.92	82.08	100.00
80+	20.24	33.25	20.96	11.33	6.51	93.49	20.24	6.51	93.49	100.00
All	77.88	77.68	82.50	66.60	63.45	36.55	77.45	63.04	36.96	100.00

6.3 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntencontacten in 2007 volgens leeftijd en geslacht

Tabel 23 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntencontacten in 2007 van alle vrouwelijke erkende huisartsen volgens leeftijd

	Aantal contacten 2007									
	N	Mean	Std	Min	P5	Q1	Median	Q3	P95	Max
age										
25-29	171	887.19	1113.74	0.00	0.00	58.00	435.00	1422.00	3278.00	4967.00
30-34	732	1655.61	1637.57	0.00	0.00	28.50	1371.50	2928.00	4544.00	7606.00
35-39	946	1933.34	1961.43	0.00	0.00	8.00	1580.00	3378.00	5474.00	9340.00
40-44	759	2207.32	2207.54	0.00	0.00	0.00	1953.00	3834.00	6152.00	12532.00
45-49	812	2331.89	2272.65	0.00	0.00	11.00	2046.50	3874.00	6463.00	11445.00
50-54	803	2137.69	2082.06	0.00	0.00	21.00	1864.00	3531.00	5926.00	10726.00
55-59	418	1946.08	1910.94	0.00	0.00	31.00	1608.50	3131.00	5561.00	11842.00
60-64	117	1572.09	1532.35	0.00	0.00	121.00	1360.00	2233.00	4567.00	6616.00
65-69	39	581.36	925.19	0.00	0.00	0.00	1.00	1060.00	3043.00	3889.00
70-74	20	300.70	490.89	0.00	0.00	0.00	0.00	540.50	1354.50	1444.00
75-79	21	188.24	485.40	0.00	0.00	0.00	0.00	17.00	1045.00	1920.00
80+	12	170.42	390.75	0.00	0.00	0.00	0.00	29.50	1157.00	1157.00
All	4850	1960.84	2015.88	0.00	0.00	10.00	1563.00	3303.00	5631.00	12532.00

Tabel 24 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntencontacten in 2007 van alle mannelijke erkende huisartsen volgens leeftijd

	Aantal contacten 2007									
	N	Mean	Std	Min	P5	Q1	Median	Q3	P95	Max
age										
25-29	82	1135.23	1268.16	0.00	17.00	177.00	631.50	1803.00	3957.00	5391.00
30-34	377	2617.42	2214.71	0.00	0.00	346.00	2500.00	4054.00	6348.00	10571.00
35-39	563	3434.24	2733.73	0.00	0.00	737.00	3443.00	5330.00	8232.00	14336.00
40-44	693	3743.80	2871.23	0.00	0.00	1093.00	3797.00	5828.00	8653.00	13799.00
45-49	1347	4103.93	2979.40	0.00	0.00	1683.00	4112.00	6037.00	9075.00	18219.00
50-54	1967	4198.94	2968.62	0.00	0.00	2002.00	4183.00	6122.00	9192.00	18064.00
55-59	2056	3872.11	2786.65	0.00	0.00	1707.50	3797.00	5645.50	8751.00	18027.00
60-64	1099	3500.26	2711.83	0.00	0.00	1430.00	3397.00	5159.00	7780.00	28643.00
65-69	579	2550.37	2414.19	0.00	0.00	131.00	2155.00	4118.00	7051.00	13794.00
70-74	571	1290.83	1834.11	0.00	0.00	0.00	284.00	2340.00	5196.00	10024.00
75-79	519	680.97	1390.08	0.00	0.00	0.00	0.00	855.00	3495.00	9466.00
80+	415	227.18	648.54	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	1464.00	5064.00
All	10268	3298.05	2888.12	0.00	0.00	286.50	3126.00	5214.00	8391.00	28643.00

Tabel 25 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntencontacten in 2007 van alle erkende huisartsen volgens leeftijd

All

	Aantal contacten 2007									
	N	Mean	Std	Min	P5	Q1	Median	Q3	P95	Max
age										
25-29	253	967.58	1169.29	0.00	0.00	96.00	550.00	1613.00	3613.00	5391.00
30-34	1109	1982.58	1908.26	0.00	0.00	90.00	1748.00	3240.00	5421.00	10571.00
35-39	1509	2493.32	2392.33	0.00	0.00	50.00	2196.00	4092.00	6796.00	14336.00
40-44	1452	2940.64	2658.35	0.00	0.00	70.50	2751.50	4664.00	7777.00	13799.00
45-49	2159	3437.47	2866.17	0.00	0.00	546.00	3341.00	5270.00	8555.00	18219.00
50-54	2770	3601.40	2896.13	0.00	0.00	1010.00	3454.50	5471.00	8591.00	18064.00
55-59	2474	3546.69	2754.94	0.00	0.00	1288.00	3373.00	5280.00	8459.00	18027.00
60-64	1216	3314.74	2682.09	0.00	0.00	1214.50	3136.00	4910.00	7710.00	28643.00
65-69	618	2426.11	2396.29	0.00	0.00	35.00	1896.50	3955.00	6923.00	13794.00
70-74	591	1257.32	1813.78	0.00	0.00	0.00	247.00	2185.00	5191.00	10024.00
75-79	540	661.80	1369.26	0.00	0.00	0.00	0.00	799.00	3349.00	9466.00
80+	427	225.58	642.48	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	1427.00	5064.00
All	15118	2869.06	2712.62	0.00	0.00	86.00	2543.00	4634.00	7786.00	28643.00

Tabel 26 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntencontacten in 2007 van vrouwelijke huisartsen die voldoen aan de vier criteria volgens leeftijd

	Aantal contacten 2007									
	N	Mean	Std	Min	P5	Q1	Median	Q3	P95	Max
age										
25-29	128	1061.15	1130.87	0.00	19.00	194.00	578.50	1906.00	3333.00	4448.00
30-34	446	2464.04	1493.17	0.00	60.00	1443.00	2498.00	3333.00	4871.00	7606.00
35-39	537	3070.57	1732.85	1.00	67.00	1845.00	3043.00	4119.00	5865.00	9340.00
40-44	407	3597.06	1876.82	3.00	875.00	2454.00	3504.00	4533.00	6771.00	12532.00
45-49	470	3656.84	1950.21	0.00	758.00	2369.00	3415.00	4832.00	7135.00	11445.00
50-54	449	3416.30	1791.55	20.00	955.00	2176.00	3154.00	4384.00	6603.00	10726.00
55-59	231	3068.83	1742.30	22.00	734.00	1889.00	2812.00	3980.00	6616.00	11842.00
60-64	60	2420.22	1507.24	6.00	189.00	1385.50	2070.00	3450.50	5191.50	6616.00
65-69	8	1527.13	1097.63	738.00	738.00	803.50	1075.50	1916.00	3889.00	3889.00
70-74	3	1285.33	149.54	1147.00	1147.00	1147.00	1265.00	1444.00	1444.00	1444.00
75-79	4	972.00	747.26	108.00	108.00	461.50	930.00	1482.50	1920.00	1920.00
80+	1	829.00	.	829.00	829.00	829.00	829.00	829.00	829.00	829.00
All	2744	3088.64	1845.56	0.00	158.00	1849.50	2943.50	4147.50	6321.00	12532.00

Tabel 27 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntencontacten in 2007 van mannelijke huisartsen die voldoen aan de vier criteria volgens leeftijd

	Aantal contacten 2007									
	N	Mean	Std	Min	P5	Q1	Median	Q3	P95	Max
age										
25-29	65	1336.63	1318.15	17.00	74.00	363.00	728.00	1993.00	4137.00	5391.00
30-34	275	3341.16	2056.23	26.00	124.00	2041.00	3234.00	4563.00	6731.00	10571.00
35-39	371	4519.95	2329.13	0.00	236.00	3044.00	4453.00	5777.00	8664.00	14336.00
40-44	449	5038.86	2370.58	28.00	1378.00	3407.00	4889.00	6459.00	9285.00	13799.00
45-49	951	5211.95	2499.02	13.00	1443.00	3541.00	4925.00	6683.00	9445.00	18219.00
50-54	1442	5215.59	2503.77	0.00	1628.00	3520.00	4976.50	6565.00	9775.00	18064.00
55-59	1513	4810.42	2365.58	0.00	1343.00	3139.00	4610.00	6213.00	9041.00	16849.00
60-64	794	4393.91	2432.91	0.00	1136.00	2754.00	4089.50	5682.00	8262.00	28643.00
65-69	343	3706.90	2215.16	1.00	594.00	2012.00	3467.00	5079.00	7670.00	13794.00
70-74	192	2968.59	1914.61	8.00	283.00	1476.00	2734.00	3892.00	6289.00	10024.00
75-79	93	2524.86	2055.20	0.00	281.00	1041.00	2052.00	3274.00	6833.00	9466.00
80+	27	1652.41	1002.11	439.00	783.00	1060.00	1337.00	2108.00	3517.00	5064.00
All	6515	4652.38	2488.25	0.00	973.00	2946.00	4435.00	6117.00	9024.00	28643.00

Tabel 28 Beschrijvende statistiek van het aantal patiëntencontacten in 2007 van alle huisartsen die voldoen aan de vier criteria volgens leeftijd

	Aantal contacten 2007									
	N	Mean	Std	Min	P5	Q1	Median	Q3	P95	Max
age										
25-29	193	1153.93	1200.89	0.00	28.00	256.00	644.00	1964.00	3868.00	5391.00
30-34	721	2798.59	1780.11	0.00	83.00	1572.00	2758.00	3811.00	5804.00	10571.00
35-39	908	3662.77	2120.31	0.00	153.00	2225.50	3500.50	4918.00	7436.00	14336.00
40-44	856	4353.33	2266.33	3.00	1110.00	2779.00	4071.00	5603.50	8644.00	13799.00
45-49	1421	4697.59	2443.34	0.00	1112.00	3022.00	4394.00	6165.00	8996.00	18219.00
50-54	1891	4788.37	2475.25	0.00	1294.00	3044.00	4519.00	6240.00	9202.00	18064.00
55-59	1744	4579.74	2367.20	0.00	1216.00	2890.00	4358.50	5941.50	8859.00	16849.00
60-64	854	4255.24	2431.99	0.00	1076.00	2582.00	3982.00	5583.00	8150.00	28643.00
65-69	351	3657.21	2219.24	1.00	594.00	1946.00	3426.00	5029.00	7670.00	13794.00
70-74	195	2942.70	1911.13	8.00	283.00	1444.00	2723.00	3884.00	6289.00	10024.00
75-79	97	2460.82	2040.01	0.00	172.00	1039.00	1920.00	3145.00	6833.00	9466.00
80+	28	1623.00	995.62	439.00	783.00	994.00	1307.50	2101.50	3517.00	5064.00
All	9259	4188.95	2423.93	0.00	601.00	2508.00	3911.00	5566.00	8549.00	28643.00

6.4 Verschil tussen praktijkadres en woonplaats op arrondissementsniveau

Tabel 29 Aantal huisartsen met woonplaats in hetzelfde arrondissement als de praktijk

	arr_dif				All	
	Nee		Ja			
	N	PctN	N	PctN	N	PctN
Arrondissement t						
11 Arr. Antwerpen	791	97.29	22	2.71	813	100.00
12 Arr. Mechelen	279	94.26	17	5.74	296	100.00
13 Arr. Turnhout	365	96.05	15	3.95	380	100.00
21 Arr. Brussel Hoofdstad	808	85.41	138	14.59	946	100.00
23 Arr. Halle-Vilvoorde	473	94.98	25	5.02	498	100.00
24 Arr. Leuven	478	96.37	18	3.63	496	100.00
25 Arr. Nijvel	322	94.99	17	5.01	339	100.00
31 Arr. Brugge	247	97.24	7	2.76	254	100.00
32 Arr. Diksmuide	50	94.34	3	5.66	53	100.00
33 Arr. Ieper	96	96.00	4	4.00	100	100.00
34 Arr. Kortrijk	251	99.21	2	0.79	253	100.00
35 Arr. Oostende	131	97.04	4	2.96	135	100.00
36 Arr. Roeselare	116	97.48	3	2.52	119	100.00
37 Arr. Tielt	79	96.34	3	3.66	82	100.00
38 Arr. Veurne	46	95.83	2	4.17	48	100.00
41 Arr. Aalst	253	95.11	13	4.89	266	100.00
42 Arr. Dendermonde	167	96.53	6	3.47	173	100.00
43 Arr. Eeklo	70	88.61	9	11.39	79	100.00
44 Arr. Gent	484	96.80	16	3.20	500	100.00
45 Arr. Oudenaarde	98	98.99	1	1.01	99	100.00
46 Arr. Sint-Niklaas	192	95.52	9	4.48	201	100.00
51 Arr. Aat	69	94.52	4	5.48	73	100.00
52 Arr. Charleroi	341	88.34	45	11.66	386	100.00
53 Arr. Bergen	228	94.61	13	5.39	241	100.00
54 Arr. Moeskroen	64	98.46	1	1.54	65	100.00
55 Arr. Zinnik	141	95.92	6	4.08	147	100.00
56 Arr. Thuin	128	92.75	10	7.25	138	100.00
57 Arr. Doornik	148	96.73	5	3.27	153	100.00
61 Arr. Hoei	84	98.82	1	1.18	85	100.00
62 Arr. Luik	654	94.65	37	5.35	691	100.00
63 Arr. Verviers	218	93.56	15	6.44	233	100.00
64 Arr. Borgworm	73	94.81	4	5.19	77	100.00
71 Arr. Hasselt	366	95.81	16	4.19	382	100.00
72 Arr. Maaseik	194	97.00	6	3.00	200	100.00
73 Arr. Tongeren	160	96.39	6	3.61	166	100.00
81 Arr. Aarlen	48	94.12	3	5.88	51	100.00
82 Arr. Bastenaken	38	97.44	1	2.56	39	100.00
83 Arr. Marche-en-Famenne	57	95.00	3	5.00	60	100.00

	arr_dif				All	
	Nee		Ja			
	N	PctN	N	PctN	N	PctN
84 Arr. Neufchâteau	58	100.00	.	.	58	100.00
85 Arr. Virton	49	94.23	3	5.77	52	100.00
91 Arr. Dinant	117	100.00	.	.	117	100.00
92 Arr. Namen	342	97.71	8	2.29	350	100.00
93 Arr. Philippeville	77	97.47	2	2.53	79	100.00
All	9450	94.76	523	5.24	9973	100.00

6.5 Geografische analyse

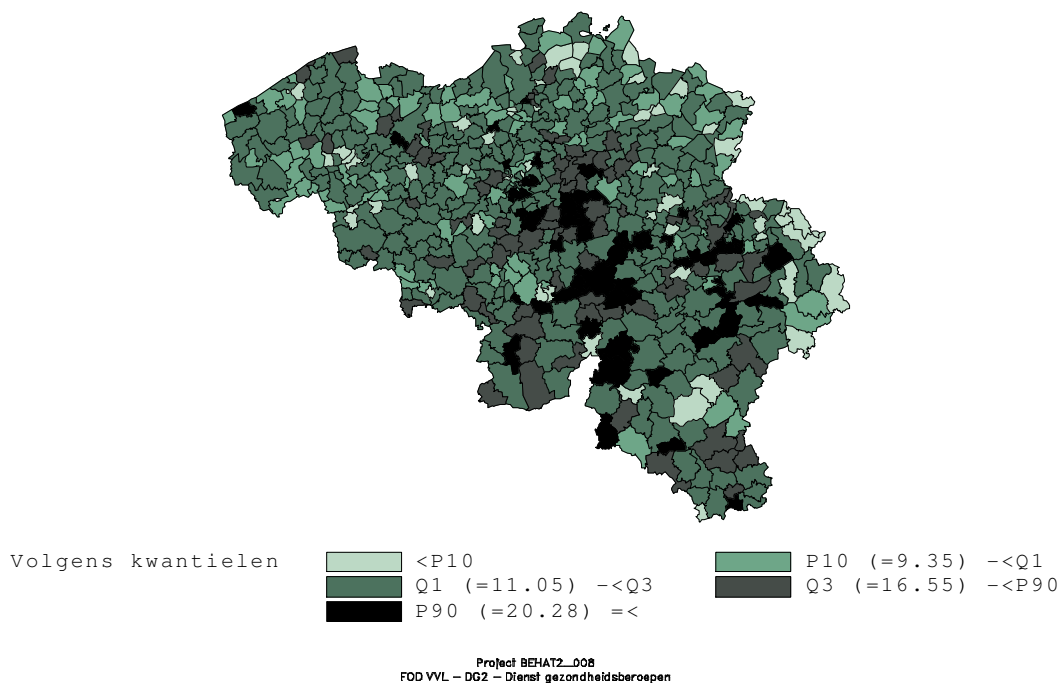
6.5.1 Lijst van variabelen en indicatoren per gemeente

Deze indicatoren werden eveneens berekend op basis van praktijkadres.

```
teller="Aantal erkende huisartsen per gemeente"
nis_totaal="Aantal inwoners per gemeente"
pi_teller="Erkende HA per 10.000 inwoners"
pi_crit3_par2_2007="HA per 10.000 voldoet crit 3 par 2 (patdossier) 2007"
pi_crit3_par3_2007="HA per 10.000 voldoet crit 3 par 3 (patdossier verantwoording)
2007"
pi_crit4_par2_2007="HA per 10.000 voldoet crit 4 par 2 (wacht) 2007"
pi_crit7_par2_2007="HA per 10.000 voldoet crit 7 par 2 (patcontact)2007"
pi_crit7_par3_2007="HA per 10.000 voldoet crit 7 par 3 (patcontact verantwoording)
2007"
pi_crit8_par2_2007="HA per 10.000 voldoet crit 8 par 2 (vorming) 2007"
pi_crit_par2_2007= "HA per 10.000 voldoet crit par 2 (dus geen info) 2007"
pi_crit_par3_2007= "HA per 10.000 voldoet crit par 3 (dus geen verantwoording)
2007"
pi_behat_info2007="HA per 10.000 voldoet criteria voor informatieboodschap 2007"
pi_behat_verant2007="HA per 10.000 voldoet criteria voor verantwoording 2007"
pa_teller="% erkende HA per erkend HA"
pa_crit3_par2_2007="% erkende HA voldoet crit 3 par 2 (patdossier) 2007"
pa_crit3_par3_2007="% erkende HA voldoet crit 3 par 3 (patdossier verantwoording)
2007"
pa_crit4_par2_2007="% erkende HA voldoet crit 4 par 2 (wacht) 2007"
pa_crit7_par2_2007="% erkende HA voldoet crit 7 par 2 (patcontact)2007"
pa_crit7_par3_2007="% erkende HA voldoet crit 7 par 3 (patcontact verantwoording)
2007"
pa_crit8_par2_2007="% erkende HA voldoet crit 8 par 2 (vorming) 2007"
pa_crit_par2_2007= "% erkende HA voldoet crit par 2 (dus geen info) 2007"
pa_crit_par3_2007= "% erkende HA voldoet crit par 3(dus geen verantwoording) 2007"
pa_behat_info2007="% erkende HA voldoet criteria voor informatieboodschap 2007"
pa_behat_verant2007="% erkende HA voldoet criteria voor verantwoording 2007"
ip_teller="Inwoner per erkend HA"
ip_crit3_par2_2007="Inwoner per erkend HA crit 3 par 2 (patdossier) 2007"
ip_crit3_par3_2007="Inwoner per erkend HA crit 3 par 3 (patdossier verantwoording)
2007"
ip_crit4_par2_2007="Inwoner per erkend HA crit 4 par 2 (wacht) 2007"
ip_crit7_par2_2007="Inwoner per erkend HA crit 7 par 2 (patcontact)2007"
ip_crit7_par3_2007="Inwoner per erkend HA crit 7 par 3 (patcontact verantwoording)
2007"
ip_crit8_par2_2007="Inwoner per erkend HA crit 8 par 2 (vorming) 2007"
ip_crit_par2_2007= "Inwoner per erkend HA crit par 2 (dus geen info) 2007"
ip_crit_par3_2007= "Inwoner per erkend HA crit par 3 (dus geen verantwoording)
2007"
ip_behat_info2007="Inwoner per erkend HA criteria voor informatieboodschap 2007"
ip_behat_verant2007="Inwoner per erkend HA criteria voor verantwoording 2007";
```

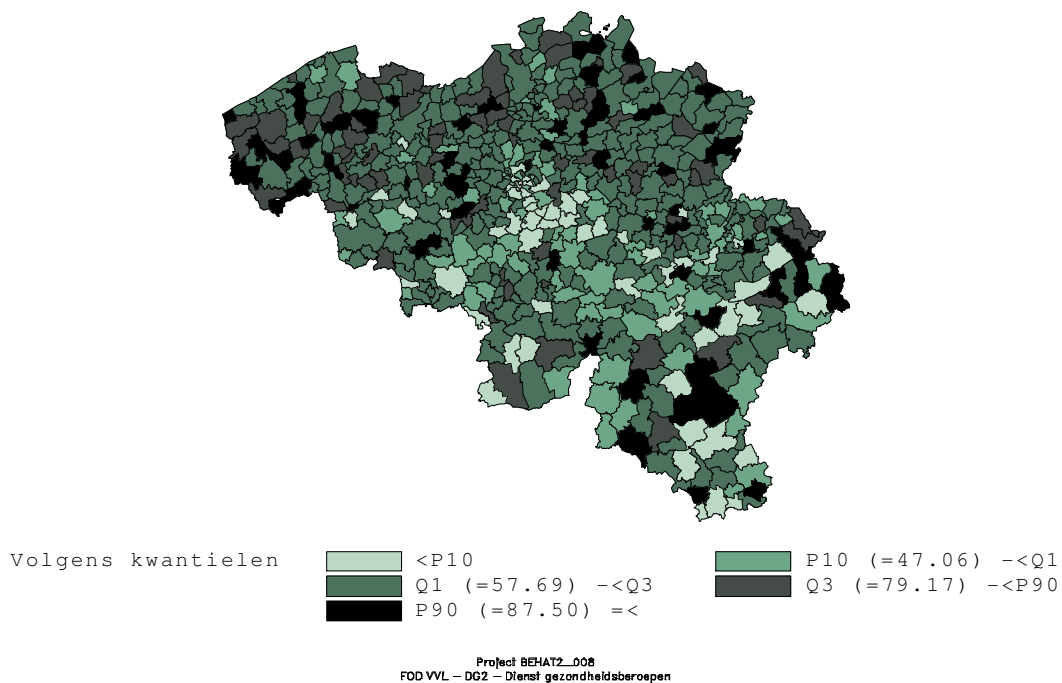
6.5.2 Geografische analyse volgens praktijkadres: kaarten van België

Erkende HA per 10.000 inwoners



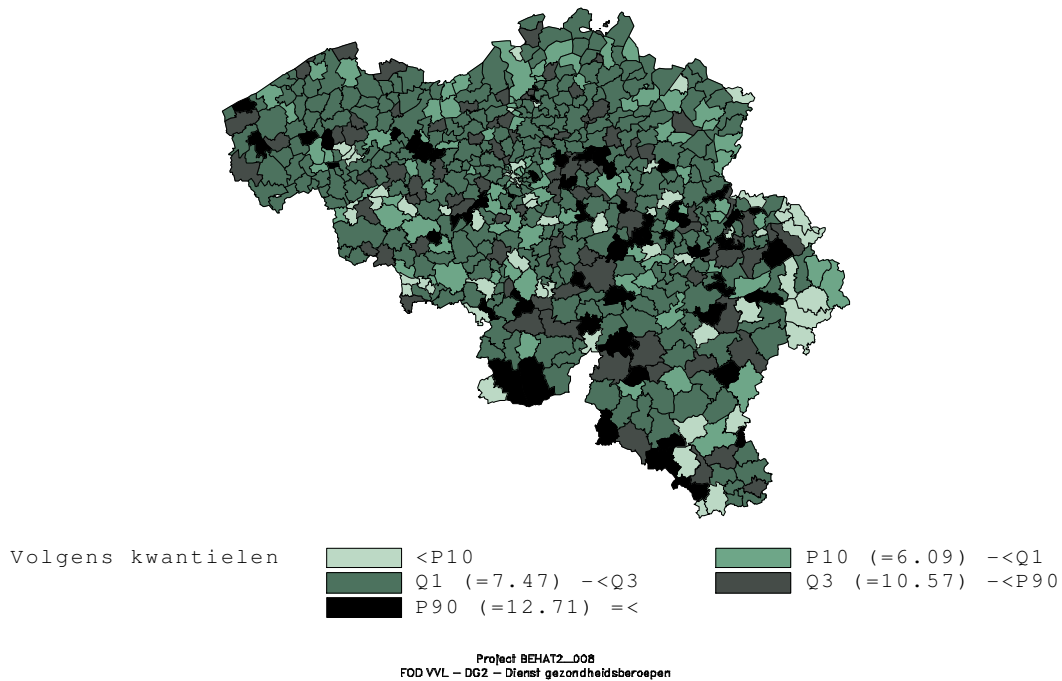
Figuur 14 Aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners (kwantielen; volgens domicilie-adres)

% erkende HA voldoet crit par 2 (dus geen info) 2007



Figuur 15 Percentage huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen, kwantielen en volgens domicilie-adres)

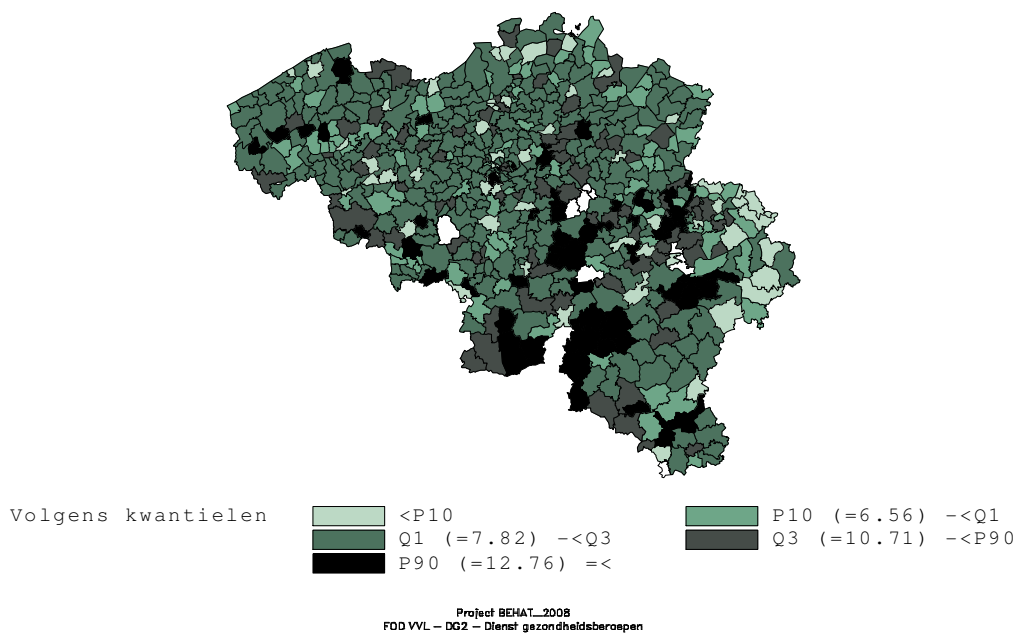
HA per 10.000 voldoet crit par 2 dus geen info 2007



Figuur 16 Aantal huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen) per 10.000 inwoners (kwantielen en volgens domicilie-adres)

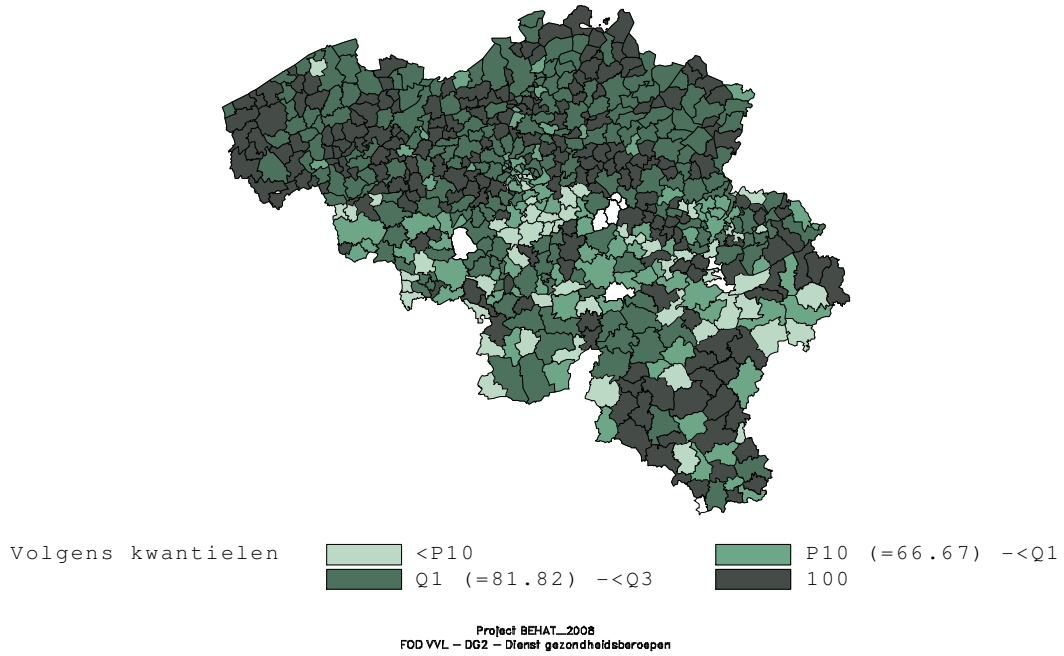
6.5.3 Geografische analyse volgens praktijkadres: kaarten van België

Erkende HA per 10.000 inwoners
Volgens praktijkadres huisartsenwacht



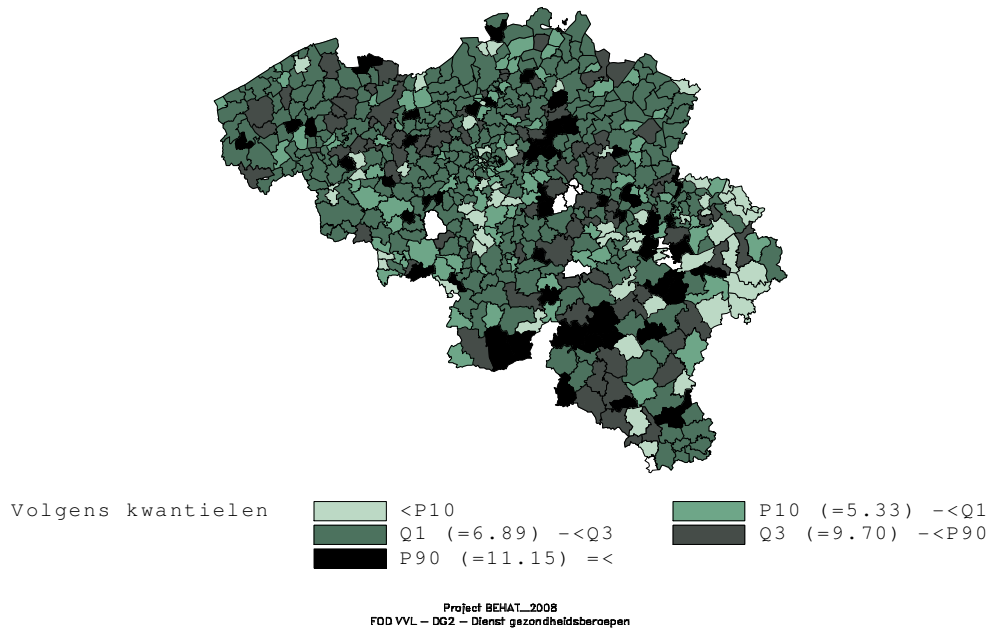
Figuur 17 Aantal erkende huisartsen per 10.000 inwoners (kwantielen; volgens praktijkadres)

% erkende HA voldoet crit par 2 (dus geen info) 2007
Volgens praktijkadres huisartsenwacht



Figuur 18 Percentage huisartsen dat voldoet aan de 4 criteria inzake behoud erkenning (volgens praktijkadres)

HA per 10.000 voldoet crit par 2 dus geen info 2007
Volgens praktijkadres huisartsenwacht



Figuur 19 Aantal huisartsen die aan de vier criteria voldoen (“actieve” huisartsen) per 10.000 inwoners (kwantielen en volgens praktijkadres)