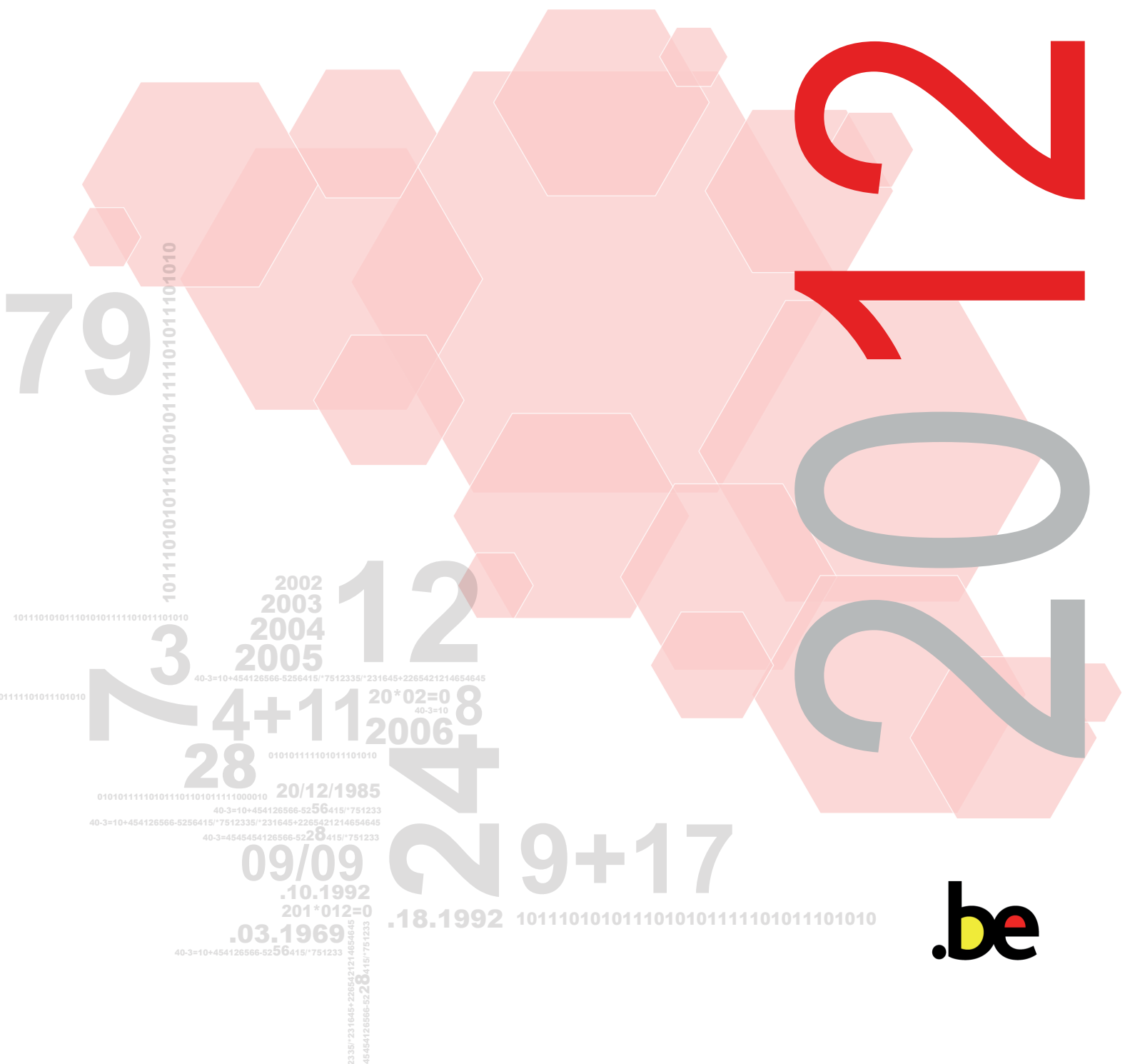


DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD IN BELGIË

JAARVERSLAG VAN DE
PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD



Colofon

Werkgroep RAPAN:

Antoon De Geest, Gretel Dumont, Pieter-Jan Miermans, Aurélia Somer, Pascale Steinberg, Veerle Vivet, François Wagemans.

Projectverantwoordelijke:

Aurélia Somer

Directeur-generaal:

Christiaan Decoster

Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Cuypers, Victor Hortaplein 40 bus 10 - 1060 Brussel

Oktober 2013, gecorrigeerde versie in april 2014

Contactgegevens:



Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Dienst Gezondheidszorgberoepen en Professionele Praktijk

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen

Victor Hortaplein 40, bus 10 - 1060 Brussel

T. +32 (0)2 524 97 28

F. +32 (0)2 524 97 98

com.dg2@gezondheid.belgie.be

www.gezondheid.belgie.be

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegelaten mits de bron vermeld wordt. Dit document is beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Wettelijk depot: D/2013/2196/62



DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD IN BELGIË

JAARVERSLAG 2012 VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD

- *DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD IN 2012;*
- *STAND VAN ZAKEN MET BETREKKING TOT DE PLANNING VAN HET MEDISCH*

AANBOD:

- *ARTSEN,*
- *TANDARTSEN,*
- *KINESITHERAPEUTEN.*

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	6
2. De Planningscommissie medisch aanbod in 2012	8
2.1. Samenstelling	8
2.2. Werking van de Planningscommissie	9
2.2.1. De plenaire vergaderingen van de Planningscommissie	9
2.2.2. Uitgebrachte adviezen en ministeriële beslissingen	10
2.2.3. Het Bureau	11
2.2.4 De Stuurgroep	12
2.2.5 De werkgroepen	13
2.3 Het meerjarenplan 2009-2012	17
2.3.1 Overzicht van de voortgang van het meerjarenplan 2009-2012	19
2.3.2 Perceel 3: Analyse en exploitatie van PlanKAD verpleegkundigen en kinesiherapeuten	19
2.3.3 Perceel 4: Enquête bij een beroepsgroep: kinesiherapeuten	21
2.3.4 Perceel 4: Enquête bij een beroepsgroep: logopedisten	21
2.4 Joint action on Health Workforce Planning and Forecasting	21
3. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Artsen	24
3.1 De planning van het aanbod	24
3.2 Het verwachte aantal afgestudeerden	31
3.3 De realisatie van de planning van het medisch aanbod van artsen	33
3.4 Conclusies	42
4. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Tandartsen	44
4.1 De planning van het aanbod	44
4.2 Het verwachte aantal afgestudeerden	46

4.3 De realisatie van de planning van het medisch aanbod van tandartsen.....	50
4.5 Conclusies	53
5. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Kinesitherapeuten.....	54
5.1 De planning van het aanbod	54
5.2 Het verwachte aantal afgestudeerden	56
5.3 De realisatie van de planning van het aanbod in de kinesithérapie overeenkomstig het examen voorzien in het KB van 20 juni 2005.....	58
5.3.1 Stand van zaken betreffende de contingentering van kinesitherapeuten in de Vlaamse Gemeenschap.....	59
5.3.2 Toepassing van het compensatiemechanisme op de afgestudeerde kinesitherapeuten van de Vlaamse Gemeenschap	60
5.3.3 Stand van zaken betreffende de contingentering van kinesitherapeuten in de Franse Gemeenschap.....	60
5.3.4 Toepassing van het compensatiemechanisme op de afgestudeerde kinesitherapeuten van de Franse Gemeenschap	61
5.3.5 Conclusies	61
6. Bijlagen	64
6.1 Formele adviezen van de Planningscommissie medisch aanbod.....	64
6.1.1 Advies 2012_01 inzake planning kinesitherapeuten (KB van 20 juni 2005, gewijzigd door de KB's van 18 september 2008 en 14 oktober 2009).....	64
6.1.2 Advies 2012_02 inzake contingentering artsen: evolutie van de artsencontingentering.	67
6.2 Evolutie van de wetgeving inzake planning.....	69

ERRATUM

In vergelijking met de eerste publicatie van oktober 2013, werden in deze versie de tabel pagina 9 en de tabel 6 pagina 30 gecorrigeerd.

LIJST VAN DE TABELLEN

Tabel 1: Artsencontingenten met toegang tot bepaalde bijzondere beroepstitels volgens het KB van 29 augustus 1997	24
Tabel 2: Artsencontingenten met toegang tot de opleiding voor bepaalde bijzondere beroepstitels volgens het KB van 29 augustus 1997, gewijzigd door de KB's van 7 november 2000 en 10 november 2000.....	25
Tabel 3: Jaarlijkse contingenten met "toegang tot de opleiding" zoals voorzien in het KB van 30 mei 2002 gewijzigd door de KB's van 11 juli 2005 en 8 december 2006: maxima in België	27
Tabel 4: Jaarlijkse contingenten met "toegang tot de opleiding" zoals voorzien in het KB van 30 mei 2002 gewijzigd door de KB's van 11 juli 2005 en 8 december 2006: maxima in de Vlaamse Gemeenschap	27
Tabel 5: Jaarlijkse contingenten met "toegang tot de opleiding" zoals voorzien in het KB van 30 mei 2002 gewijzigd door de KB's van 11 juli 2005 en 8 december 2006: maxima in de Franse Gemeenschap	28
Tabel 6: Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor België	30
Tabel 7: Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor de Vlaamse Gemeenschap.	30
Tabel 8: Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor de Franse Gemeenschap.	30
Tabel 9: Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde in de Vlaamse Gemeenschap	31
Tabel 10: Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde in de Franse Gemeenschap	31
Tabel 11: De realisatie van de planning van het aanbod in de Vlaamse Gemeenschap: globaal overzicht.....	35
Tabel 12: De realisatie van de planning van het aanbod in de Franse Gemeenschap: globaal overzicht.....	36
Tabel 13: De realisatie van de planning van het aanbod voor België: globaal overzicht	38
Tabel 14: Aantal vrijstellingen en mogelijke plaatsvervangingen in 2012, per Gemeenschap en voor België.....	40

Tabel 15: In de toekomst geprojecteerd cumulatief verschil voor de Vlaamse Gemeenschap	41
Tabel 16: Vergelijking tussen het vastgestelde en het volgens het basisscenario 2009 geprojecteerde cumulatieve verschil, voor de Vlaamse Gemeenschap.....	41
Tabel 17: In de toekomst geprojecteerd cumulatief verschil voor de Franse Gemeenschap.	42
Tabel 18: Vergelijking tussen het vastgestelde en het volgens het basisscenario 2009 geprojecteerde cumulatieve verschil, voor de Franse Gemeenschap.....	42
Tabel 19: Jaarlijkse quota van de tandartsen (KB van 19/08/2011).....	46
Tabel 20: Stand van zaken van de contingentering van de tandartsen in de Vlaamse Gemeenschap.....	47
Tabel 21: Stand van zaken van de contingentering van de tandartsen in de Franse Gemeenschap rekening houdend met alle afgestudeerden (Belgen + buitenlanders)....	47
Tabel 22: Stand van zaken van de contingentering van de tandartsen in de Franse Gemeenschap met een onderscheid tussen de Belgische afgestudeerden en de afgestudeerden die onderdaan zijn van de Europese Unie	49
Tabel 23: Aantal geregistreerde stageplannen van tandartsen met een Belgisch diploma behaald vanaf 01/01/2008.....	51
Tabel 24: Vlaamse Gemeenschap: aantal stageplannen van tandartsen afgestudeerd vanaf 01/01/2008 en realisatie van de planning van het aanbod via afvlakking (KB van 19 augustus 2011).....	52
Tabel 25: Franse Gemeenschap: aantal stageplannen van tandartsen afgestudeerd vanaf 01/01/2008 en realisatie van de planning van het aanbod via afvlakking (KB van 19 augustus 2011).....	52
Tabel 26: De vastgestelde quota in de kinesitherapie (KB 20 juni 2005 gewijzigd door de KB's van 18 september 2008, 14 oktober 2009, 28 juli 2011 en 31 augustus 2011)	56
Tabel 27: Stand van zaken betreffende de contingentering van kinesitherapeuten in de Vlaamse Gemeenschap	56
Tabel 28: Stand van zaken betreffende de contingentering van kinesitherapeuten in de Franse Gemeenschap	57
Tabel 29: Stand van zaken betreffende de contingentering van kinesitherapeuten in de Vlaamse Gemeenschap	59
Tabel 30: Stand van zaken betreffende de contingentering van kinesitherapeuten in de Franse Gemeenschap.....	60

1. INLEIDING

Conform artikel 35octies, §2, van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen dient de Planningscommissie medisch aanbod jaarlijks een verslag op te stellen over « de relatie tussen de behoeften, studies, en de doorstroming tot de stages, met het oog op het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels bedoeld in artikel 35ter en de beroepstitel bedoeld in artikel 21bis, §3 ».

In artikel 35ter van het KB nr. 78 is bepaald dat de Koning de bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de in de artikelen 2,§1, 3, 4, 5,§2 eerste lid, 21bis, 21quater, 21noviesdecies en 22 van hetzelfde besluit bepaalde beoefenaars vaststelt. Concreet gaat het om de volgende beroepen en beroepstitels:

Geneeskunde	Artikel 2, §1
Tandheelkunde	Artikel 3
Artsenijbereidkunde	Artikel 4
Klinische biologie voor houders van het wettelijk diploma van apotheker of van licentiaat in de scheikundige wetenschappen	Artikel 5, §2 eerste lid
Kinesitherapie	Artikel 21bis en Art. 21bis, §3
Verpleegkunde Zorgkundige	Artikel 21quater Artikel 21sexiesdecies
Beroepstitel van vroedvrouw	Artikel 21noviesdecies
Hulpverlener-ambulancier	Artikel 21unvicies
Paramedische beroepen: - farmaceutisch-technisch assistent ¹ , - diëtist ² , - audioloog ³ ,	Artikel 22

¹ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 5 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van farmaceutisch-technisch assistent en houdende vaststelling van de lijst van handelingen waarmee deze laatste door een apotheker kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 01/09/2010.

² Dit beroep is vastgelegd in het KB van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 01/09/2010.

³ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 4 juli 2004 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van audioloog en van audicien en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de audioloog en de audicien door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 02/01/2012.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - audicien⁴, - ergotherapeut⁵, - logopedist⁶, - orthoptist⁷, - bandagist, orthesist en prothesist⁸, - medisch laboratorium technoloog⁹, - podoloog¹⁰, - technoloog medische beeldvorming¹¹. | |
|--|--|

Op basis van deze lijst stelt men vast dat de verwachtingen van de wetgever groot zijn. Niet alle voornoemde beroepen werden in 2012 besproken in de Planningscommissie.

De activiteiten van de Commissie richtten zich in 2012 hoofdzakelijk op geneeskunde, tandheelkunde, kinesitherapie en verpleegkunde. Het zijn dan ook deze vier beroepsgroepen die in dit verslag voornamelijk aan bod zullen komen.

Dit jaarverslag bestaat uit een samenvatting van de werkzaamheden die de Planningscommissie in 2012 gerealiseerd heeft en geeft een stand van zaken van de contingentering. Dit laatste is dan ook beperkt tot de drie beroepsgroepen waarvoor een contingentering geldt, namelijk de artsen, de tandartsen en de kinesitherapeuten.

⁴ *Idem.*

⁵ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 8 juli 1996 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van ergotherapeut en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 02/01/2012.

⁶ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 20 oktober 1994 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van logopedist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de logopedist door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 02/04/2013.

⁷ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 24 november 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van orthoptist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de orthoptist door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 02/04/2013.

⁸ Dit beroep is vastgelegd in het koninklijk besluit van 6 maart 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van bandagist, van orthesist, van prothesist en houdende vaststelling van de lijst van technische prestaties en de lijst van handelingen waarmee een bandagist, orthesist, prothesist door een arts kan worden belast. Voor deze beroepen wordt een erkenning afgeleverd door het RIZIV.

⁹ Dit beroep is vastgelegd in het koninklijk besluit van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is nog niet in werking getreden.

¹⁰ Dit beroep is vastgelegd in het koninklijk besluit van 15 oktober 2001 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van podoloog en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de podoloog door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is nog niet in werking getreden. Voor dit beroep wordt een erkenning afgeleverd door het RIZIV.

¹¹ Dit beroep is vastgelegd in het koninklijk besluit van 28 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van technoloog medische beeldvorming en houdende vaststelling van de lijst van handelingen waarmee deze laatste door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is nog niet in werking getreden.

2. DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD IN 2012

2.1. SAMENSTELLING

De leden, de secretaris en de voorzitter van de Planningscommissie worden door de Koning benoemd. Conform het koninklijk besluit van 15/03/2010 is de samenstelling van de Planningscommissie die geldt vanaf 13/11/2009 voor een periode van 5 jaar de volgende:

Voorzitter: Karel Vermeyen, ontslag nemend sinds eind 2010; zijn activiteit is gestopt vanaf het 2^{de} semester van 2012.

Secretaris: Aurélie Somer als vervangster van Henk Vandenbroele vanaf 15/05/2012.

Voornaamste kern:

ORGANISATIE	EFFECTIEF LID	PLAATSERVANGEND LID
Universitaire instellingen van de Vlaamse Gemeenschap	PEETERMANS Willy	STEVENS Wim
	VELKENIERS Brigitte	MORTIER Eric
Universitaire instellingen van de Franse Gemeenschap	GEUBEL André	ARTOISENET Caroline
	COGAN Elie	DE WEVER Alain
Intermutualistisch College	VAN DEN OEVER Robert	VAN HOUTE Yves
	VAN DER MEEREN Ivan	HUSDEN Yolande
	CEUPPENS Ann	DE BRUYN Benjamin
Beroepsorganisaties van huisartsen	LEMYE Roland	VERMEYLEN Michel
	VANDERMEEREN Philippe	DE ROECK Marc
Beroepsorganisaties van geneesheren-specialisten	MASSON Michel	VAN DRIESSCHE Rudi
	BERNARD Dirk	DESCHOUWER Pieter
Beroepsorganisaties van tandartsen	DEVRIESE Michel	CLEYMANS Philippe
	HELDERWEIRT Patrick	DE TURCK Sofie
Vlaamse Gemeenschap	TEMMERMAN Marleen	SCHOENMAKERS Brigitte
Franse Gemeenschap	LEFEBVRE Philippe	BRUWIER Geneviève
Duitstalige Gemeenschap	KLINKENBERG Guido	CORMANN Karin
RIZIV	MEEUS Pascal	WINNEN Bert
Minister Sociale Zaken	ENGLERT Yvon	DE MAESENEER Jan
Minister Volksgezondheid	SCHETGEN Marco	GIET Didier
	HIMPENS Bernard	VAN DE CLOOT Ivan

<u>Kinesitherapeuten</u>			
Beroepsorganisaties kinesitherapeuten	van	VANDENBREEDEN Johan SCHIEMSKY Jules	VAN LOON Karin JADOT Nicole
Minister Volksgezondheid		REMY Hubert D’HOOGHE Simon	MORAINE Jean-Jacques STAPPAERTS Karel
<u>Verpleegkundigen:</u>			
Beroepsorganisaties verpleegkundigen	van	HANS Sabine VANHEUSDEN Heidi	MENGAL Yves BRAEKEVELD Pedro
Minister Volksgezondheid		SEGRS Marc DEJACE Alain	VANDEVELDE Luc CHAMPAGNE Anne-Marie
<u>Logopedisten:</u>			
Beroepsorganisaties van logopedisten		HEYLEN Louis PIETTE Annick	DE MEYERE Pol DUCHATEAU Dominique
Minister Volksgezondheid		D’HONDT Marleen DECHENE Pascal	TOMBEUR Ine EGGERS Kurt
<u>Vroedvrouwen:</u>			
Beroepsorganisaties van vroedvrouwen		DARAKHSHAN Zahra VAN BREMPT Geertrui	REMY Françoise SOENS Liesbeth
Minister Volksgezondheid		GALEZ Françoise VERMEULEN Joeri	ANNET Joël EMBO Mieke

2.2. WERKING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE

2.2.1. DE PLENAIRE VERGADERINGEN VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE

Het KB van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie medisch aanbod voorziet enerzijds in een kern van leden die kunnen beraadslagen (of advies uitbrengen) over alle punten die op de agenda staan en anderzijds leden die enkel kunnen beraadslagen (of advies uitbrengen) over de punten die hun beroepsgroep aanbelangen.

De leden van de Planningscommissie die uitgenodigd worden voor de vergaderingen variëren dus naargelang van de punten die op de agenda staan.

Voor de vergadering van **30/05/2012**, met als uitgenodigde beroepsgroepen de artsen, de tandartsen, de kinesitherapeuten en de verpleegkundigen, stonden de volgende punten op de agenda:

- Advies van de werkgroep kinesitherapie;
- Presentatie « Evolutie van de medische personeelsomkadering in het kader van de ziekteverzekering » door het RIZIV;

- Enquêtes:
 - M.A.S.-enquête 2011, beroepsgroep van geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde, pneumologie, gastro-enterologie, reumatologie, cardiologie en medische oncologie;
 - Toekomstige IPSOS-enquête 2012 met als doelgroep loontrekkende kinesitherapeuten.
- Opmerkingen van de werkgroep Verpleegkunde bij de enquête « beroepsgroep verpleegkunde, eindverslag mei 2010 »;
- Jaarverslag van de Planningscommissie 2010.

Voor de vergadering van de Planningscommissie van **12/11/2012**, met als uitgenodigde beroepsgroepen de artsen, de tandartsen en de kinesitherapeuten, stonden de volgende punten op de agenda:

- Presentatie van de evolutie van de artsenbezetting per specialiteit, door het RIZIV;
- Advies van de werkgroep Artsen;
- Stand van zaken van de situatie op het niveau van de kinesitherapeuten;
- European Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting;
- Stand van zaken van de herziening van de erkenningscriteria van geneesheren-specialisten.

2.2.2. UITGEBRACHTE ADVIEZEN EN MINISTERIËLE BESLISSINGEN

De werkzaamheden van 2012 resulteerden in twee formele adviezen, die verstrekt werden aan de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

<u>LIJST VAN DE FORMELE ADVIEZEN¹²</u>	
2012_01	Advies in verband met de planning van de kinesitherapeuten (KB van 20 juni 2005, gewijzigd door de KB's van 18 september 2008 en 14 oktober 2009) <i>Opschorting van het selectie-examen voor een jaar. Die opschorting heeft betrekking op alle studenten die afgestudeerd zijn in het academiejaar 2011-2012, en op de studenten die hun studies reeds voltooid hebben en zich in de loop van dat academiejaar voor het selectie-examen inschrijven.</i>
2012_02	Advies in verband met de contingentering van de artsen: evolutie van de contingentering van de artsen.

¹² De tekst van deze adviezen is integraal als bijlage opgenomen.

Op grond van die adviezen heeft de Minister van Volksgezondheid in 2012 de volgende beslissingen genomen voor de planning:

- Opschorting, in 2012, van het selectie-examen voor kinesitherapeuten dat voorzien is in het KB van 20 juni 2005;
- Voortzetting van de activiteiten om de Europese Joint Action in te voeren (European Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting).

Bovendien werd na het formele advies van de Planningscommissie van 19 mei 2011 het KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 1 september 2012, dat op 5 september 2012 in werking getreden is.

2.2.3. HET BUREAU

De belangrijkste taak van het Bureau bestaat erin de plenaire vergadering van de Planningscommissie voor te bereiden.

In 2012 is het Bureau twee keer bijeengekomen.

De vergadering van het Bureau van 14/05/2012 had de volgende agendapunten:

- Opvolging van de agenda van de vorige vergadering van de Planningscommissie medisch aanbod (d.d. 19/05/2011);
- Agenda van de volgende vergadering van de Planningscommissie medisch aanbod (d.d. 30/05/2012).

De vergadering van het Bureau van 11/10/2012 had de volgende agendapunten:

- Voorbereiding van de volgende vergadering van de Planningscommissie medisch aanbod van 12/11/2012;
- Advies van de werkgroep « Artsen »;
- Jaarverslag 2011 van de Planningscommissie medisch aanbod;
- Bezorgen van documenten aan de leden.

2.2.4 DE STUURGROEP

In 2012 werd een Stuurgroep opgericht voor overleg tussen het Kabinet van de Minister van Volksgezondheid, de administratie, vertegenwoordigers van het RIZIV en vertegenwoordigers van de Planningscommissie, teneinde een stand van zaken op te maken van de aan de gang zijnde werkzaamheden van de Commissie en ze in overeenstemming te brengen met de prioriteiten van de Minister. De Stuurgroep is in 2012 vijf keer bijeengekomen: op 16/01/2012, 25/01/2012, 23/04/2012, 04/06/2012 en 24/09/2012.

Tijdens het jaar heeft de Stuurgroep het verloop van de werkzaamheden met betrekking tot de verschillende gezondheidszorgberoepen opgevolgd en gestuurd:

- Kinesitherapeuten: gegevenskoppeling (verbeterd kadaster), selectie-examen voor het verkrijgen van het RIZIV-nummer, inschatting van de noden per sector, overleg tussen de Gemeenschappen teneinde de studies op elkaar af te stemmen;
- Artsen: stand van zaken van de contingentering, MAS-enquête 2011, studie van het RIZIV inzake medische personeelsomkadering;
- Tandartsen: stand van zaken van de contingentering, forse toename van het aantal inschrijvingen voor de studies,
- Verpleegkundigen: gegevenskoppeling (verbeterd kadaster),
- Zorgkundigen: studie omtrent de beschikbare statistieken,
- Logopedisten: verkennend onderzoek.

De Stuurgroep hield zich bezig met het selecteren van de doelgroep voor de IPSOS-enquête 2012. Hij legde zich toe op het updaten van de website en overwoog om de wetenschappelijke werkgroep in te stellen. Hij had belangstelling voor de afgewerkte publicaties (STATAN 2010, STATAN 2011, RAPAN 2011) en voor de resultaten van de RN4cast-studie.

De Stuurgroep volgde de invoering van de Joint Action op. Hij legde zich ook toe op de voorbereiding van de fundamenteën van het meerjarenplan 2013-2015, vragen in verband met de samenstelling van de Planningscommissie en de visie van de Minister omtrent de gewenste evolutie van de filosofie van de planning van de gezondheidszorgberoepen.

2.2.5 DE WERKGROEPEN

Om een vlotte werking van de Commissie te garanderen en de leden van de plenaire vergadering niet nodeloos te belasten, werkt de Planningscommissie met werkgroepen.

De taak, de samenstelling, de werkwijze en de manier van rapporteren van de werkgroepen worden bepaald in de plenaire vergadering van de Commissie.

2.2.5.1 DE WETENSCHAPPELIJKE WERKGROEP

De opdracht van deze werkgroep werd door de Planningscommissie van **27/01/2011** geherdefinieerd en is de volgende:

- Begeleiding en opvolging van de uitwerking van het planningsmodel en de simulaties die zullen worden uitgevoerd op basis van dat model.
- Analyse van de zorgvraag in de toekomst: meer gedetailleerde benadering.
- Samenwerken met het RIZIV. Hierdoor zou de reikwijdte van de concrete maatregelen van de planning op het terrein verbeterd kunnen worden.
- Opvolging van de inhoud van het meerjarenplan PLAN2.2009 - Perceel 3: enquête bij de artsen, en meer in het bijzonder:
 - specifieke aanpak voor de verschillende specialiteiten?
 - definitieve controle van de vragenlijst in het licht van het toepassingsgebied van het PLAN2.2009;
 - opstellen van een ontwerpnota voor de Planningscommissie, met daarin de voornaamste resultaten en conclusies van deze studie.

De wetenschappelijke werkgroep is in 2012 niet bijeengekomen.

2.2.5.2 De werkgroep « Artsen »

De opdracht van de werkgroep « Artsen » werd door de Planningscommissie van **27/01/2011** geherdefinieerd en is de volgende:

- Voorbereiding van een advies over het algemeen kader voor de human resources (cf. conceptnota opgesteld door de wetenschappelijke werkgroep);
- Inventarisatie en afstemming van de gegevens van het RIZIV en van de FOD betreffende de quota van de zorgverleners en de activiteit van deze zorgverleners;

- Opvolging van de inhoud van het meerjarenplan PLAN2.2009 - Perceel 3: enquête bij de artsen, en meer in het bijzonder:
 - specifieke aanpak voor de verschillende specialiteiten?
 - definitieve controle van de vragenlijst in het licht van het toepassingsgebied van het PLAN2.2009;
 - opstellen van een ontwerpnota voor de Planningscommissie, met daarin de voornaamste resultaten en conclusies van deze studie;
- Bestuderen van de problematiek van de « 000 »-artsen;
- Samenwerken met het RIZIV. Hierdoor zou de reikwijdte van de concrete maatregelen van de planning op het terrein verbeterd kunnen worden;
- In detail bestuderen van de nota over « een reflectie over de toekomstige werkzaamheden van de Planningscommissie » en voorstellen van concrete acties aan de Planningscommissie.

Voor het jaar 2012 werden die opdrachten niet gewijzigd, en de werkgroep « Artsen » is een eerste keer bijeengekomen op **18/04/2012**, met op de agenda:

- M.A.S.-enquête: presentatie van de resultaten;
- M.A.S.-enquête: goedkeuring van de resultaten;
- de medische personeelsomkadering in het kader van de ziekteverzekering (verslag RIZIV).

De werkgroep « Artsen » kwam een tweede keer bijeen op **29/06/2012**, met op de agenda:

- Analyse van het RIZIV-verslag en voorstel voor planning van de artsen rekening houdend met dat verslag.

De werkgroep « Artsen » kwam een derde keer bijeen op **25/09/2012**, met op de agenda:

- Analyse van het RIZIV-verslag (vervolg);
- Voorstel van advies betreffende de planning van de artsen.

2.2.5.3 De werkgroep « Tandartsen »

De opdracht van deze groep werd door de Planningscommissie van **27/01/2011** geherdefinieerd en is de volgende:

- Opvolgen van de inhoud van het meerjarenplan PLAN1.2006: Perceel 3: enquête bij de tandartsen, en meer in het bijzonder:
 - Opstellen van een inleidende nota voor de Planningscommissie met daarin de belangrijkste punten en de conclusies van de studie.
- Nieuwe prognose op basis van de recente gegevens en het model van de FOD;

- Samenwerken met het RIZIV. Hierdoor zou de reikwijdte van de concrete maatregelen van de planning op het terrein verbeterd kunnen worden;
- Opstellen van een ontwerpadvies.

In 2012 is de groep niet bijeengekomen.

2.2.5.4 DE WERKGROEP « KINESITHERAPEUTEN »

In 2011 werd deze werkgroep samengesteld met als opdracht:

- Het opstellen van een inleidende nota voor de Planningscommissie met daarin de belangrijkste punten en de conclusies van de M.A.S.-studie;
- Nieuwe prognose op basis van de recente gegevens en het model van de FOD;
- Evaluatie van het resultaat van de invoering van het compensatiemechanisme;
- Bestuderen van de negatieve gevolgen van het huidige selectiesysteem aan het einde van de studies met een zware selectieprocedure voor een herziening van de cijfers;
- Bestuderen van de impact van een selectie uitsluitend voor de eerstelijns buiten de ziekenhuizen, de RVT-ROB en de centra voor functionele revalidatie;
- Evalueren van de mogelijkheid om samen met de Gemeenschappen en de opleidingsinstituten de uitwerking van een planningsmodel aan het begin van de studies te bespreken;
- Opvolgen van de studie naar de geldigheid van het examen van de universiteiten in opdracht van het RIZIV;
- Samenwerken met het RIZIV. Hierdoor zou de reikwijdte van de concrete maatregelen van de planning op het terrein verbeterd kunnen worden;
- Opstellen van een ontwerpadvies.

In 2012 werden die opdrachten niet gewijzigd, en de werkgroep « Kinesitherapeuten » is vijf keer bijeengekomen:

Op **02/02/2012**, met op de agenda:

- Het standpunt van Axxon: bespreking;
- Opvolging van het advies van de Planningscommissie over de kinesitherapie;
- Toepassing van de reglementering in 2010 en 2011 (er werd een beroep gedaan op een lid van het kabinet);
- Juridische opvolging van de huidige situatie;
- Stand van zaken van het kadaster;
- De cijfers uit het onderwijs.

Op **06/03/2012**, met op de agenda:

- Planning en stand van zaken van PlanKad Kinesitherapeuten;
- Bespreking van nieuwe voorstellen van de werkgroep;
- Formulering van een preadvies voor de Planningscommissie.

Op **17/04/2012**, met op de agenda:

- Bespreking van het preadvies;
- Bestuderen van de besprekingen tussen de federale overheid en de Gemeenschappen;
- Versturen van het preadvies naar de Planningscommissie.

Op **24/04/2012**, met op de agenda:

- Bespreking van het preadvies (vervolg);
- Versturen van het preadvies naar de Planningscommissie.

Op **12/07/2012**, met op de agenda:

- Goedkeuring van de vragenlijst bij de loontrekkende kinesitherapeuten (IPSOS).

2.2.5.5 DE WERKGROEP « VERPLEEGKUNDIGEN »

In 2011 werd de werkgroep « Verpleegkundigen » samengesteld, met als opdracht:

- De huidige federale databank vervolledigen met de sociale zekerheidsgegevens van de Kruispuntbank om de actieve verpleegkundige populatie te bepalen;
- Bepalen van de nadere regels voor de verplichte jaarlijkse registratie van de verpleegkundigen via de aflevering van een erkenning voor het behalen van een basisberoepstitel (artikel 34 van de wet van 10 augustus 2001, vervangen door artikel 76 van de Programmawet van 2/08/2002 waarvan de inwerkingtreding uitgesteld is (artikel 77 van diezelfde wet);
- Bepalen van de wijzigingen aan artikel 35quaterdecies met als doel bijkomende gegevens in verband met de beroepsactiviteit van de verpleegkundigen in te zamelen;
- Bestuderen van het aanbod aan verpleegkundigen in het licht van PlanKad voor de verpleegkundigen (geanonimiseerde gegevens resulterend uit de koppeling van 3

bronnen (FOD, RIZIV, KSZ) voor de gegevens van 2004-2008 van het meerjarenplan PLAN2.2009);

- Opvolging van de inhoud van het meerjarenplan PLAN1.2006 - Perceel 3: enquête bij de verpleegkundigen en analyse van aanvullende gegevens.
- Samenwerken met het RIZIV. Hierdoor zou de reikwijdte van de concrete maatregelen van de planning op het terrein verbeterd kunnen worden.

In 2012 werden die opdrachten niet gewijzigd, en de werkgroep Verpleegkundigen is twee keer bijeengekomen:

Op **14/03/2012**, met op de agenda:

- Samenstelling en regels voor de werking van de werkgroep Verpleegkundigen;
- Standpunt van de werkgroep ten aanzien van de publicatie van de M.A.S.-enquête;
- Rapport basisscenario verpleegkundigen 2011, met inbegrip van de opmerkingen van de werkgroep « Verpleegkundigen »;
- Stand van zaken PlanKad (koppeling van de verpleegkundige gegevens);
- Stand van zaken van het Caddis-project (koppeling van de persoonlijke gegevens);
- Toekomstige activiteiten.

Op **13/06/2012**, met op de agenda:

- Stand van zaken van PlanKad (koppeling van de verpleegkundige gegevens);
- Stand van zaken van het Caddis-project (koppeling van de persoonlijke gegevens);
- Standpunt van de werkgroep Verpleegkundigen over de opvolging van de evolutie van de populatie "studenten verpleegkunde" in de Belgische scholen;
- Standpunt van de werkgroep Verpleegkundigen over het glossarium van de werkgroep Verpleegkundigen;
- Stand van zaken van de termijnen voor het verwerken van de verpleegkundige gegevens.

2.3 HET MEERJARENPLAN 2009-2012

Het tweede meerjarenplan, PLAN 2.2009, bevatte over de periode 2009-2012 de volgende percelen:

Perceel	Doel
1 Aanmaak planningsscenario's per beroepsgroep	Aanmaak van nieuwe planningsscenario's voor een beroepsgroep op basis van de beschikbare gegevensbronnen en de producten voortkomend uit de percelen die verantwoordelijk zijn voor de exploitatie van de diverse bronnen.
2 Geïntegreerde planning van twee sectoren	Het concept van geïntegreerde planning van een gezondheidszorgsector uitwerken en testen in twee sectoren. Aanmaak van een basisscenario voor deze gezondheidszorgsectoren op basis van de beschikbare gegevens.
3 Analyse en exploitatie van planKAD	Exploitatie van de planKAD-gegevens ten behoeve van de aanmaak van planningsscenario's voor de verschillende beroepsgroepen en ten behoeve van de uitwerking van de jaarverslagen van de gezondheidsberoepen.
4 Enquête bij beroepsgroepen	Uitvoeren van enquêtes bij verschillende beroepsgroepen om gegevens in te zamelen die van belang zijn voor de planningsscenario's. Hiaten in kennis opvullen ten behoeve van de planningsscenario's.
5 Analyse van de zorgconsumptie ten behoeve van de planning	Analyse van de zorgconsumptie ten behoeve van de aanmaak van planningsscenario's voor de verschillende beroepsgroepen.
6 Exploitatie MZG ten behoeve van de planning	Exploitatie van de MZG ten behoeve van de aanmaak van planningsscenario's voor de verschillende beroepsgroepen.
7 Functionele analyse van het nieuwe rekenmodel	Een functionele analyse gebaseerd op de analyse, samenvatting en integratie van verschillende onderweg genoteerde verbeterpunten. Het houdt eveneens het inschatten in van de relevantie, de haalbaarheid en het effect op de gegevensverzameling en –verwerking.
8 Ontwikkeling van een nieuw concept	Op basis van de resultaten tijdens het voorbije meerjarenplan en de functionele analyse wordt een nieuw conceptueel model van de nieuwe versie van het rekenmodel uitgewerkt.
9 Projectmanagementsupport en -communicatie van alle percelen	De ondersteuning van de projectleider bij de totale projectmatige opvolging van alle percelen van het programma. De ondersteuning van de externe communicatie over het programma en de positionering van het programma en haar onderdelen binnen de nationale en internationale context, binnen de FOD, het DG Gezondheidszorg, de Planningscommissie en de dienst Planning van de gezondheidszorgberoepen.

De uitvoering van de percelen 4 en 9 was in 2012 voorzien. Van perceel 9 werd afgezien. Van de voortzetting van bepaalde percelen werd afgezien ten gunste van andere percelen (zie volgende tabel) en de invoering van de Joint Action (zie punt 1.4). Twee contracten met SMALS maakten het mogelijk om in mei 2011 een eerste analist/statisticus en in september 2012 een tweede aan te werven teneinde in te staan voor de uitvoering van de percelen 1 en 3.

2.3.1 OVERZICHT VAN DE VOORTGANG VAN HET MEERJARENPLAN 2009-2012

Concreet genomen werd deel 3 van het tweede meerjarenplan PLAN2.2009 van de Planningscommissie medisch aanbod als volgt uitgevoerd:

nr.	Onderdeel	Aanpak	Datum kennisgeving	Duur van de overeenkomst	Uitvoeringsdatum	Uitvoeringstermijn	Einddatum
1	Aanmaak planningsscenario's per beroepsgroep	SMALS	10/01/2011	1 jaar	Dit deel zal in 2013 van start gaan voor de verpleegkundigen en de kinesitherapeuten	1 jaar	
2	Geïntegreerde planning van twee sectoren	Niet in 2012					
3	Analyse en exploitatie van PlankAD verpleegkundigen en kinesitherapeuten	SMALS	10/01/2011	1 jaar	Uitgevoerd in 2012	1 jaar	(beëindigd in 2013)
4	Enquête bij beroepsgroepen: Beroepsgroep van geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde, pneumologie, gastro-enterologie, reumatologie, cardiologie en medische oncologie	MAS	18/01/2011	1 jaar	Van start gegaan in 2011	6 maanden	Beëindigd in 2012
4	Enquête bij beroepsgroepen: kinesitherapeuten	IPSOS	01/03/2012	1 jaar	01/04/2012 (kick-off)	1 jaar	(beëindigd in 2013)
4	Enquête bij beroepsgroepen: logopedisten	Cel planning			Uitgevoerd in 2012		(beëindigd in 2013)
5	Analyse van de zorgconsumptie ten behoeve van de planning	SMALS	10/01/2011	1 jaar	16/05/2011	1 jaar	Het eerste deel is beëindigd in 2011. Van het vervolg werd in 2012 afgezien, ten gunste van de exploitatie van PlankAD Kine.
6	Exploitatie MZG ten behoeve van de planning	SMALS	10/01/2011	1 jaar	16/05/2011	1 jaar	Het eerste deel is beëindigd in 2011. Van het vervolg werd in 2012 afgezien, ten gunste van de uitwerking van de Joint Action.
7	Functionele analyse van het nieuwe rekenmodel	Niet in 2012					
8	Ontwikkeling van een nieuw concept	Niet in 2012					
9	Projectmanagementsupport en communicatie van alle percelen	Niet in 2012					

- Datum kennisgeving = datum van verzending van de kennisgeving van de opdracht;

- Duur van de overeenkomst = geldigheidsduur van het contract;

- Uitvoeringsdatum = datum van de aanvang van de uitvoering van het contract;

- Uitvoeringstermijn = termijn toegekend aan de firma voor het uitvoeren van de opdracht. De deliverables mogen worden overhandigd na uitvoering van het contract maar voor het einde van de geldigheidstermijn van het contract.

In het grijs: de werkzaamheden uitgevoerd in 2012.

2.3.2 Perceel 3: Analyse en exploitatie van PlankAD verpleegkundigen en kinesitherapeuten

Het essentiële doel van dit plan KAD is de verrijking van het kadaster. Een werk met voornamelijk als logisch gevolg: het verzamelen van kwaliteitsvolle gegevens om de jaarstatistieken voor de beroepsmensen uit de gezondheidssector te verbeteren, de

prognoses te verbeteren dankzij de planningsmodellen, en betrouwbare statistieken met betrekking tot die beroepsmensen te kunnen voorleggen aan de betrokken instellingen en de internationale organisaties.

2.3.2.1 PLANKAD « VERPLEEGKUNDIGEN »

De eerste gegevens van de tweede PlanKAD-koppeling « verpleegkundigen » kwamen binnen in april 2012, van Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming, en de gegevens die aan het RIZIV gevraagd waren, ontvingen we eind mei 2012.

Na de nodige bewerkingen inzake cleaning en controle van gegevens werden in de ontvangen gegevens verschillende anomalieën vastgesteld. Er werden dan ook correcties gevraagd; die werden tijdens het tweede semester van 2012 aangeleverd.

Na de integratie van die correcties kon men overgaan tot de koppeling van de gegevens voor de periode van 2004 tot 2009. Voorlopige resultaten werden voorgelegd aan de werkgroep « Verpleegkundigen » tijdens zijn vergadering van 13 juni 2012.

De analyse werd nadien onderbroken toen de Minister prioriteit verleende aan de uitvoering van de PlanKAD-gegevenskoppeling « kinesitherapie ». Om de analyse van de PlanKAD-gegevens « verpleegkundigen » voort te zetten, werd een bijkomende analist/statisticus aangeworven. In september 2012 kon die analyse voortgezet worden.

2.3.2.2 PlanKAD « Kinesitherapeuten »

De gegevens voor de PlanKad-koppeling « kinesitherapeuten » die aan Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming gevraagd waren, werden aangeleverd tijdens het tweede semester van 2012. De cel planning heeft de gegevens gecontroleerd, de nodige correcties gevraagd en is nadien overgegaan tot de koppeling van de afzonderlijke datasets, voor de periode 2004-2010.

Na die voorbereidende fase ging de analyse van de gegevens van start in het laatste trimester van het jaar 2012, evenals de eerste rapportering van de resultaten. De resultaten werden in januari 2013 voorgelegd aan de werkgroep « kinesitherapie ».

2.3.3 PERCEEL 4: ENQUÊTE BIJ EEN BEROEPSGROEP: KINESITHERAPEUTEN

De opdracht met betrekking tot perceel 4 werd toegekend aan de firma Ipsos, op 1 maart 2012. Het project bestaat erin een enquête uit te voeren over de kinesitherapeuten die de kinesitherapie als loontrekkende beoefenen, om gegevens in te zamelen over zowel de demografische kenmerken van die populatie als over de specifieke kenmerken van de beroepsactiviteit ervan. Het is de bedoeling om meer informatie te verzamelen over de K-nomenclatuur en om gegevens in te zamelen die niet verkregen worden door de PlanKAD-koppeling.

2.3.4 PERCEEL 4: ENQUÊTE BIJ EEN BEROEPSGROEP: LOGOPEDISTEN

In 2012 voerde de cel Planning van de dienst Strategische Coördinatie van de Gezondheidszorgberoepen verkennend onderzoek uit naar de activiteit van de logopedisten. Dat onderzoek sloot aan op de invoering van de procedure voor de erkenning van logopedie als gezondheidsberoep door de FOD Volksgezondheid. De resultaten van het onderzoek werden in maart 2013 bekendgemaakt.

2.4 Joint action on Health Workforce Planning and Forecasting

Onder impuls van het Belgische voorzitterschap heeft de Europese Raad aan de Europese Commissie gevraagd om in zijn Gezondheidsprogramma een gezamenlijke actie (Joint Action) op te nemen gericht op de prognoses inzake de behoeften aan gezondheidspersoneel en de planning van de personeelsbezetting (3053^{ste} zitting van de Raad "Werkgelegenheid, sociaal beleid, volksgezondheid en consumentenzaken", Brussel, 7 december 2010).

De Europese Commissie heeft in april 2012 het *Action Plan for the EU Health Workforce* goedgekeurd. In het eerste deel van dat plan (*Part 1 'Improve workforce planning'*) is de *Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting* (JA EUHWF) opgenomen, die de vorm aanneemt van een samenwerkingsplatform tussen de lidstaten voor wat betreft de prognoses inzake de toekomstige behoeften aan gezondheidspersoneel en de planning ter zake, in nauwe samenwerking met Eurostat, de OESO en de WHO.

Om een cofinanciering te verkrijgen in het kader van die *Joint Action*, werd in maart 2012 een voorstel ingediend bij het Uitvoerend agentschap voor gezondheid en consumenten (EAHC). Dit Europese agentschap evalueert de voorstellen, keurt deze goed, financiert ze en zorgt voor de formele opvolging van de verwezenlijkingen in het kader van de gezamenlijke actie. Deze instantie heeft ermee ingestemd om de JA EUHWF een financiering van 50% van het projectbudget toe te kennen, voor een maximumbedrag van 3.000.000 euro. De FOD Volksgezondheid werd aangeduid als coördinator van het project.

Toen kon de oproep voor de "Joint Action on Health Workforce" gelanceerd worden. De voorbereidingen van de JA EUHWF vonden plaats gedurende meerdere vergaderingen in 2012.

In oktober 2012 werd een eerste versie van het project ingediend bij de Europese instanties. De lancering van het project is voorzien voor het voorjaar van 2013, met een looptijd van 3 jaar. Er werd een nauwe samenwerking opgezet tussen 30 « associated partners » en 22 « collaborating partners » teneinde een synergie tot stand te brengen om de verschillende lidstaten te helpen vooruitkomen in de planning van de gezondheidszorgberoepen. De EU-lidstaten zullen dankzij het project ook beter voorbereid zijn op de uitdagingen die hen te wachten staan op het vlak van de planning en zullen in staat zijn om duurzame maatregelen te treffen teneinde te beantwoorden aan de vraag en het aanbod van personeel in de gezondheidszorg.

De doelstellingen werden gespecificeerd:

- De verzameling van gegevens verbeteren, ook over de mobiliteit op Europees niveau
- De capaciteit van de lidstaten verhogen voor de planning en prognose van gezondheidspersoneel en voor de gegevensverzameling en analyse
- De toekomstige noden op het vlak van kwalificatie en competentie inschatten
- Richtlijnen aanleveren en aanzetten tot actie
- Het netwerk voor planning en prognose ontwikkelen en consolideren.

De JA EUHWF bestaat uit 7 « werkpakketten » (WP), waarvan er 3 gericht zijn op het projectmanagement en 4 op de inhoudelijke taken van het project. De 4 inhoudelijke werkpakketten hebben betrekking op de gegevens die nuttig zijn voor de planning van de gezondheidszorgberoepen (WP 4), de kwantitatieve methodes voor de planning van de gezondheidszorgberoepen (WP 5), de kwalitatieve methodes voor de gezondheidszorgberoepen (WP 6) en de duurzaamheid van de resultaten van het project

(WP 7). België is leider van werkpakket 1 (coördinatie), co-leider van werkpakket 7 en neemt actief deel aan de andere programma's: op het vlak van projectmanagement voor de werkpakketten 2 en 3 en op het vlak van inhoud en expertise voor de werkpakketten 4, 5 en 6.

Tijdens de door de FOD Volksgezondheid gecoördineerde voorbereidingen van de JA EUHWF werd ervoor gezorgd dat de nadruk binnen de JA EUHWF zal liggen op het creëren van praktisch bruikbaar materiaal en op het gebruik ervan in de praktijk. Zo zullen er in het kader van het project verschillende pilootprojecten worden uitgevoerd, waarin verschillende richtlijnen en methodes geïmplementeerd en getest worden. België zal zelf in één van deze pilootprojecten een belangrijke rol spelen, wat de meerwaarde van de JA EUHWF voor België aanzienlijk doet toenemen. Door dit perspectief en door de deelname van België aan een pilootproject zal de Belgische planning van de gezondheidszorgberoepen ten volle kunnen meegenieten van de voorwaartse beweging die voortvloeit uit de JA EUHWF.

3. STAND VAN ZAKEN MET BETREKKING TOT DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD: ARTSEN

3.1 DE PLANNING VAN HET AANBOD

De contingentering van de artsen is de meest complexe van de drie gezondheidsberoepen binnen de contingentering, namelijk de artsen, tandartsen en kinesitherapeuten, en heeft een lange voorgeschiedenis.

Hierna overlopen we de evolutie van de nadere regels voor contingentering. Eerst heeft de wetgever beperkingen opgelegd voor het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35ter van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Op 15 september 1997 is het KB van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels in werking getreden. De aantallen werden als volgt vastgelegd:

TABEL 1: ARTSENCONTINGENTEN MET TOEGANG TOT BEPAALDE BIJZONDERE BEROEPSTITELS VOLGENS HET KB VAN 29 AUGUSTUS 1997

Jaar	2004	2005	2006
België	700	650	600
Vlaamse Gemeenschap	420	390	360
Franse Gemeenschap	280	260	240

We merken hierbij op dat deze cijfers van meet af aan begrepen worden per kalenderjaar. Bovendien heeft de contingentering, als ze op die manier geformuleerd wordt, geen betrekking op de houders van een diploma dat erkend wordt als gelijkwaardig met het diploma geneeskunde in België, terwijl het in een ander land behaald werd.

Nadien heeft de wetgever, met de KB's van 7 november 2000 en 10 november 2000 tot wijziging van het KB van 29 augustus 1997, een andere beperking toegevoegd: het aantal kandidaten met toegang tot de opleiding, voor de titel van huisarts en voor de titels van

geneesheren-specialisten die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35ter¹³. Per gemeenschap werd dat aantal als volgt opgesplitst:

TABEL 2: ARTSENCONTINGENTEN MET TOEGANG TOT DE OPLEIDING VOOR BEPAALDE BIJZONDERE BEROEPSTITELS VOLGENS HET KB VAN 29 AUGUSTUS 1997, GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 7 NOVEMBER 2000 EN 10 NOVEMBER 2000

		2004	2005	2006	2007	2008
België	Globaal aantal				700	700
	Huisarts	300	300	300		
	Geneesheer-specialist	400	350	300		
Vlaamse Gemeenschap	Globaal aantal				420	420
	Huisarts	180	180	180		
	Geneesheer-specialist	240	210	180		
Franse Gemeenschap	Globaal aantal				280	280
	Huisarts	120	120	120		
	Geneesheer-specialist	160	140	120		

Nog voor die bepalingen van toepassing werden, zijn ze opgeheven door het KB van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod, dat op 24 juni 2002 in werking getreden is. De wetgever is toen afgestapt van de idee om rechtstreeks in te werken op het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels en heeft er zich op toegelegd om de toegang tot de opleidingen die leiden tot de titels van huisarts of geneesheer-specialist, uitvoeriger te reglementeren. Dat principe strookt met het feit dat het dezelfde overheid is die de opleidingen (stageplannen) bij het begin ervan goedkeurt en die bij het einde van de stages de erkenning toekent.

Hierna volgt de basisstructuur van het KB van 30 mei 2002:

- In artikel 1 worden de jaarlijkse contingenten die toegang hebben tot de opleiding tot de titel van huisarts of geneesheer-specialist vastgelegd voor België en voor de Gemeenschappen, voor de huisartsen en de geneesheren-specialisten, en in eerste instantie voor de periode 2004-2011. Die aantallen worden hierna de « maxima » genoemd.
- In artikel 2 worden voor elke medische specialiteit de minimale aantallen van kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding tot de titel van geneesheer-

¹³ We merken hierbij op dat er gedurende een bepaalde periode twee soorten contingenteringen naast elkaar bestaan hebben: de contingentering betreffende het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel en de contingentering met betrekking tot de toegang tot een opleiding van huisarts of geneesheer-specialist.

specialist vastgelegd. Het gaat om drempelwaarden, hierna « minima » genoemd, die betrekking hebben op curatieve geneesheren-specialisten.

- In artikel 3 worden de gevallen genoemd die niet onder artikel 1 vallen. Die gevallen worden hierna de "geïmmuniseerden" genoemd. Voor elk getal dat genoemd wordt, wordt een bijkomend maximum gecreëerd, maar het moet niet meegeteld worden. De "geïmmuniseerden" zijn hier de geneesheren-specialisten in gezondheidsgegevens, medisch-gerechtelijke geneeskunde, arbeidsgeneeskunde, kinder- en jeugdpsychiaters en de bijzondere beroepstitels die men enkel boven op een andere reeds behaalde titel kan halen.
- Artikel 4 bepaalt hoe de contingenten geteld moeten worden, welke sanctie er is en wat er gedaan moet worden bij afwijkingen in de voorziene aantallen. Het gaat om een credit-debet-systeem. Het KB van 30 mei 2002 voorzag in een afrekening hiervan tegen uiterlijk 2005. Bovendien werd er in een verdeling voorzien van 57% specialisten versus 43% huisartsen die aangehouden moet worden tot 2006.

Nadien werden enkele koninklijke besluiten tot wijziging gepubliceerd. De belangrijkste wijzigingen door het KB van 11 juli 2005 voorzien in:

- in artikel 1: de jaarlijkse contingenten zijn vastgelegd tot 2012;
- in artikel 2: de toevoeging van geriateren en onderzoeksmandaten;
- in artikel 3 wordt de immunisatie van de kinder- en jeugdpsychiaters in tijd uitgebreid en worden de onderzoeksmandaten en vervangmandaten geïmmuniseerd;
- in artikel 4 wordt de termijn waarin de tekorten of de overschotten gerecupereerd zullen worden, verlengd tot 2012.

De belangrijkste wijzigingen door het KB van 8 december 2006 voorzien in:

- in artikel 1: de jaarlijkse contingenten zijn vastgelegd tot 2013;
- in artikel 2 krijgen de minima een termijn waarin ze van toepassing zijn;
- in artikel 3 worden de acute geneeskundigen en de urgentiegeneskundigen toegevoegd;
- in artikel 4 wordt de verhouding 57% specialisten en 43% huisartsen aangehouden tot 2009. Er wordt voorzien om kandidaten die hun opleiding stopzetten of overlijden, te vervangen.

Samengevat is de situatie na het KB van 30 mei 2002 als volgt:

TABEL 3: JAARLIJKSE CONTINGENTEN MET "TOEGANG TOT DE OPLEIDING" ZOALS VOORZIEN IN HET KB VAN 30 MEI 2002 GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 11 JULI 2005 EN 8 DECEMBER 2006: MAXIMA IN BELGIË

België		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantallen waarin artikel 1, §1 voorziet	Globaal aantal	700	700	700	700	700	700	700	700	833	975
	Geneesheer-specialist	400	400	400	400	400	400				
	Huisarts	300	300	300	300	300	300				
Aantallen waarin artikel 3 voorziet	Kinder- en jeugd- psychiaters	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
	Onderzoeks- vervangmandaten	22	22	22	22	22	22	22	22	22	
	Acute geneeskunde				10	10	10	10	10	10	
	Urgentiegeneeskunde				5	5	5	5	5	5	
Globale aantallen		742	742	742	757	757	757	757	757	890	975

TABEL 4: JAARLIJKSE CONTINGENTEN MET "TOEGANG TOT DE OPLEIDING" ZOALS VOORZIEN IN HET KB VAN 30 MEI 2002 GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 11 JULI 2005 EN 8 DECEMBER 2006: MAXIMA IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse Gemeenschap		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantallen waarin artikel 1, §1 voorziet	Globaal aantal	420	420	420	420	420	420	420	420	500	585
	Geneesheer-specialist	240	240	240	240	240	240				
	Huisarts	180	180	180	180	180	180				
Aantallen waarin artikel 3 voorziet	Kinder- en jeugd- psychiaters	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
	Onderzoeks- vervangmandaten	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
	Acute geneeskunde				6	6	6	6	6	6	
	Urgentiegeneeskunde				3	3	3	3	3	3	
Globale aantallen		445	445	445	454	454	454	454	454	534	585

TABEL 5: JAARLIJKSE CONTINGENTEN MET "TOEGANG TOT DE OPLEIDING" ZOALS VOORZIEN IN HET KB VAN 30 MEI 2002 GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 11 JULI 2005 EN 8 DECEMBER 2006: MAXIMA IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

Franse Gemeenschap		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantallen waarin artikel 1, §1 voorziet	Globaal aantal	280	280	280	280	280	280	280	280	333	390
	Geneesheer-specialist	160	160	160	160	160	160				
	Huisarts	120	120	120	120	120	120				
Aantallen waarin artikel 3 voorziet	Kinder- en jeugd- psychiaters	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	Onderzoeks- vervangmandaten	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	Acute geneeskunde				4	4	4	4	4	4	
	Urgentiegeneeskunde				2	2	2	2	2	2	
Globale aantallen		297	297	297	303	303	303	303	303	356	390

Het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod heft het KB van 30 mei 2002 vanaf 1 juli 2008 op, en brengt een aantal vereenvoudigingen met zich mee. De belangrijkste wijzigingen zijn de volgende:

- Het attest van de medische faculteit krijgt een belangrijke plaats in de opvolging van de contingentering (art. 1).
- De aantallen van de zogenaamde geïmmuniseerden uit het vorige KB worden nu geïntegreerd in de globale aantallen (art. 3). Zo wordt het duidelijk dat het in het verleden extra quota betroffen.
- De 19 verschillende minima van de diverse specialisaties worden opgeheven. Er blijven enkel minima over voor nieuwe specialisaties of specialisaties die bijzondere aandacht vereisen. In eerste instantie blijven er zo vier minima over (art. 4): de huisartsen en de geneesheren-specialisten in de kinder- en jeugdpsychiatrie, in de acute geneeskunde en in de urgentiegeneeskunde. Zeker voor de huisartsen betreft dit een omkering van de betekenis van het quotum. Wat vroeger een maximum was dat niet overschreden mocht worden, is nu een minimum dat gehaald moet worden (art. 6, §2, 3°).
- Kandidaten met een einddiploma van vóór het jaar 2004 vallen niet meer onder de contingentering (art. 5).
- Alle wetenschappelijke mandaten die binnen de contingentering vallen, kunnen gecompenseerd worden, waarbij het doctoraat "in het gebied van de geneeskunde" het harde criterium is (art. 7).

- Overgangsmaatregelen nemen de saldi van het voorgaande jaar (KB van 30 mei 2002) als vertrekbasis voor de nieuwe periode (art. 11, 12 en 13).

De hierna volgende maxima en minima gelden vanaf het jaar 2008 en worden vastgelegd tot 2018. Bepaalde saldi worden als resultaat van de voorgaande periode overgenomen.

Naast deze maatregelen voorziet het KB van 7 mei 2010, dat in werking getreden is op 11 juni 2010, in de volgende wijzigingen:

- De minima worden vanaf 2016 opgetrokken voor de huisartsen en vanaf 2010 voor de geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde en in de urgentiegeneskunde.
- De geriatrie is opnieuw een specialiteit die bijzondere aandacht krijgt: er worden voor de periode 2010-2018 minimumaantallen geëist voor artsen die een opleiding in de geriatrie aanvagen.

Het KB van 1 september 2012, dat op 5 september 2012 in werking getreden is, verlengt de maxima en minima alsook de in het KB van 12 juni 2008 getroffen maatregelen tot de jaren 2019 en 2020. Het voert bovendien een bijzondere wijziging in:

- verdubbeling van de quota voor het jaar 2018;
- verdubbeling van de minimumaantallen kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding voor een bijzondere beroepstitel van huisarts, geneesheer-specialist in de kinder- en jeugdpsychiatrie, in de acute geneeskunde, in de urgentiegeneskunde en in de geriatrie.

Die laatste maatregelen hebben tot doel om een bijzonder feit in de planning op te nemen. De wet die de duur van de opleiding geneeskunde inperkt, werd afgekondigd op 12 mei 2011 en werd in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd op 8 juni 2011. Die wet treedt in werking bij het begin van het academiejaar 2012-2013, ofwel op 15 september 2012. De wet is voor het eerst van toepassing op de studenten die zijn ingeschreven in het eerste bachelorjaar van het academisch jaar 2012-2013.

Die wet zal in 2018 zijn uitwerking hebben: twee lichten studenten zouden dan hun basisdiploma geneeskunde moeten behalen. Aangezien de maximumaantallen kandidaten die jaarlijks toegang krijgen tot de opleiding voor een bijzondere beroepstitel van huisarts of geneesheer-specialist in het KB van 12 juni 2008 al vastgelegd waren op 1230 voor het jaar 2018, was het dus logisch om die maatregelen te wijzigen: dit biedt een oplossing voor de twee lichten studenten die in 2018 hun basisdiploma in de geneeskunde zullen behalen.

De andere maatregelen, in het bijzonder de vrijstellingen van contingentering en de vervanging van kandidaten, blijven ongewijzigd. De periode om een eventueel overschot of tekort voor een bepaalde Gemeenschap en voor de maxima en minima te compenseren,

blijft ongewijzigd, nl. de periode van 2008 t.e.m. 2018. Die aantallen worden voor elk kalenderjaar vastgelegd, terwijl de praktische opleidingen de academiejaren volgen.

TABEL 6: GLOBAAL OVERZICHT VAN DE HUIDIGE SITUATIE VAN DE CONTINGENTEN MET "TOEGANG TOT DE OPLEIDING" (KB VAN 12 JUNI 2008 GEWIJZIGD DOOR HET KB VAN 7 MEI 2010 EN 1 SEPTEMBER 2012): DE GELDENDE MINIMA EN MAXIMA VOOR BELGIË

België		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maxima (art. 3)		757	757	757	757	890	975	1025	1230	1230	1230	2460	1230	1230
Minima (art. 4)	Huisartsen	300	300	300	300	300	300	300	360	400	400	800	400	400
	Kinder- jeugdpsychiaters ^{en}	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20
	Acute geneeskunde	10	10	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20
	Urgentie- geneeskunde	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	20	10	10
	Geriatric			20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20

TABEL 7: GLOBAAL OVERZICHT VAN DE HUIDIGE SITUATIE VAN DE CONTINGENTEN MET "TOEGANG TOT DE OPLEIDING" (KB VAN 12 JUNI 2008 GEWIJZIGD DOOR HET KB VAN 7 MEI 2010 EN 1 SEPTEMBER 2012): DE GELDENDE MINIMA EN MAXIMA VOOR DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse Gemeenschap		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maxima (art. 3)		454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738
Minima (art. 4)	Huisartsen	180	180	180	180	180	180	180	216	240	240	480	240	240
	Kinder- jeugdpsychiaters ^{en}	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12
	Acute geneeskunde	6	6	12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12
	Urgentie- geneeskunde	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	12	6	6
	Geriatric			12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12

TABEL 8: GLOBAAL OVERZICHT VAN DE HUIDIGE SITUATIE VAN DE CONTINGENTEN MET "TOEGANG TOT DE OPLEIDING" (KB VAN 12 JUNI 2008 GEWIJZIGD DOOR HET KB VAN 7 MEI 2010 EN 1 SEPTEMBER 2012): DE GELDENDE MINIMA EN MAXIMA VOOR DE FRANSE GEMEENSCHAP

Franse Gemeenschap		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maxima (art. 3)		303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492
Minima (art. 4)	Huisartsen	120	120	120	120	120	120	120	144	160	160	320	160	160
	Kinder- jeugdpsychiaters ^{en}	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8
	Acute geneeskunde	4	4	8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8
	Urgentie- geneeskunde	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	8	4	4
	Geriatric			8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8

3.2 HET VERWACHTE AANTAL AFGESTUDEERDEN

In de onderstaande tabellen worden de reële en de verwachte aantallen afgestudeerden weergegeven per Gemeenschap. De verwachte aantallen zijn geschat op basis van de inschrijvingen en de slaagkansen aan de verschillende Belgische universiteiten. De quota zijn in de tabellen opgenomen als referentiewaarden.

TABEL 9: STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING VAN DE AFGESTUDEERDEN IN DE GENEESKUNDE IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse Gemeenschap														
	Reëel										Verwacht (1)			
Jaar afstuderen	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aantal afstude- renden	559	459	362	416	413	483	575	659	718	746	803	839	851	848
Quota	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738

(1) Verwachtingen geschat op basis van inschrijvingen per jaar (bron: Vlaamse Gemeenschap) en vanaf 2015 op basis van planningsmodel (bron: basisscenario artsen).

TABEL 10: STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING VAN DE AFGESTUDEERDEN IN DE GENEESKUNDE IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

Franse Gemeenschap														
	Reëel										Verwacht (1)			
Jaar afstuderen	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aantal afstude- renden	321	314	323	315	341	368	405	466	462	432	554	620	760	1072
Quota	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492

(1) Verwachtingen geschat op basis van inschrijvingen per studiejaar (bron: Franse Gemeenschap).

De organisatie van de studies is een bevoegdheid van de Gemeenschappen, in het bijzonder als het erop aankomt maatregelen te treffen omtrent het aantal inschrijvingen op basis van de selectiequota voor de toegang tot de stages. De Vlaamse Gemeenschap heeft voor de studies geneeskunde en tandheelkunde een gemeenschappelijk toelatingsexamen ingevoerd. De Franse Gemeenschap heeft eerst in 2005 een selectie-examen op het einde van het derde jaar geneeskunde ingevoerd om het vervolgens te organiseren op het einde van het eerste jaar. Dat examen werd van 2008 tot 2012 opgeschort. Voor het begin van het academiejaar 2012 heeft de Franse Gemeenschap voor een andere procedure gekozen, die bestaat uit een verplichte examensessie in januari, waarbij de studenten geselecteerd worden.

In dat stadium moet gekeken worden naar de effecten van de toepassing van de Europese richtlijn 2005/36/EG van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties op de contingentering. Die effecten zijn niet alleen verre van te verwaarlozen, maar zijn ook moeilijk te beheersen. Door die richtlijn kan elke arts met een diploma uit een in de richtlijn vermeld Europees land immers in België als arts erkend worden en zich in België komen specialiseren. Omgekeerd kan elke arts die in België zijn diploma heeft behaald of erkend is om een bijzondere beroepstitel te dragen, gemakkelijk het land verlaten en zijn beroepskwalificaties laten erkennen door de nationale overheden van de Europese landen die in de Europese richtlijn aangeduid zijn; voor elke medische specialiteit worden er lijsten inzake gelijkwaardigheid tussen landen gegeven en bijgehouden. Deze richtlijn maakt het dus voor Europeanen gemakkelijker om in België een opleiding te komen volgen én om na hun opleiding naar hun land terug te keren. Op lange termijn haalt België daar geen voordeel uit. Integendeel, voor studenten die naar België gekomen zijn voor hun basisopleiding geneeskunde en die ook hun specialisatie in België volgen, dragen plaatsen die in de quota meegerekend worden, niet bij tot de toename van het aantal artsen op het Belgische grondgebied. Bovendien wordt de instroom van specialisten die hun opleiding in het buitenland gevolgd hebben en die in België komen werken, niet meegerekend in de quota, die enkel betrekking hebben op de afgestudeerden in de Franse of Vlaamse Gemeenschap in België. Die buitenlandse artsen komen boven op het aantal specialisten die in België opgeleid zijn, die onderworpen zijn aan de contingentering.

Omwille van het vrije verkeer van personen en de toepassing van een numerus clausus in Frankrijk wagen een niet te verwaarlozen aantal Fransen hun kans aan de universiteiten van de Franse Gemeenschap, met de bedoeling naar Frankrijk terug te keren om daar hun beroep uit te oefenen. De niet-verblijfhoudende studenten zijn in de aantallen hierboven meegerekend.

De Franse Gemeenschap keurde het decreet van 12 juli 2012 goed waarbij de cursussen geneeskunde en tandheelkunde worden opgenomen in het stelsel dat werd ingesteld door het decreet van 16 juni 2006 tot regeling van het aantal studenten in sommige cursussen van de eerste cyclus van het hoger onderwijs. Die wetgeving heeft tot doel het aantal niet-verblijfhoudende ingeschrevenen tot 30% te beperken. Voor de studies geneeskunde zullen de effecten van dat decreet pas vanaf 2018 zichtbaar zijn.

3.3 DE REALISATIE VAN DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD VAN ARTSEN

Het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod is heel duidelijk: het betreft een beperking van de jaarlijkse toegang tot de opleiding voor een titel van huisarts of geneesheer-specialist (art. 2). Het gaat om de titels bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde. Het jaar 2008 is een overgangsjaar. Volgens artikel 11 en 12 dienen bepaalde saldi die in het kader van het KB van 30 mei 2002 gecumuleerd zijn, overgenomen te worden:

- Artikel 11 voorziet om overschotten uit het verleden (de periode 2004-2007) in mindering te brengen van de nieuwe maxima. Bij de overgang kunnen zich twee situaties voordoen:
 - een teveel van gerealiseerde stageplannen tegenover de toen geldende maxima, die dan in mindering moeten worden gebracht van eventuele nieuwe maxima voor dezelfde specialisaties.
 - een teveel van gerealiseerde stageplannen tegenover de toen geldende minima, die dan in mindering moeten worden gebracht van eventuele nieuwe maxima voor dezelfde specialisaties.

Het nieuwe besluit voorziet niet in maxima voor specialisaties waarvoor voordien minima waren gedefinieerd. Dus dienen we enkel met de eerste situatie rekening te houden. Voor dit laatste is het logisch de maxima uit het verleden te nemen inclusief de geïmmuniseerden, omdat de aantallen geïmmuniseerden ook in de nieuwe maxima zijn geïntegreerd. Bovendien is het logisch om de kandidaten met een einddiploma van vóór 2004, die volgens art. 5, 8° te veel werden gerekend, eveneens in mindering te brengen. Die aanpassingen zijn vermeld in voetnoot (2) van de hierna volgende tabellen 11, 12 en 13.

- Artikel 12 voorziet om tekorten uit het verleden (2004-2007) te compenseren boven op de nieuwe minima (drempelwaarden) in het huidige besluit. Bij de overgang kunnen zich twee situaties voordoen:
 - een tekort van gerealiseerde stageplannen tegenover de toen geldende minima, die dan gecompenseerd moeten worden bij eventuele nieuwe minima voor dezelfde specialisaties.
 - een tekort van gerealiseerde stageplannen tegenover de toen geldende maxima, die dan gecompenseerd moeten worden bij eventuele nieuwe minima voor dezelfde specialisaties.

Geen enkel van de specialisaties waarvoor volgens het KB van 30 mei 2002 minima waren vastgelegd, wordt in het huidige KB als minimum hernomen. Situatie 1 is dus

niet van toepassing. Enkel voor de huisartsen voorzag het oude KB in maxima, terwijl het nieuwe KB in minima voorziet. De tweede situatie kan dus enkel op de huisartsen worden toegepast¹⁴. Die aanpassingen zijn vermeld in voetnoot (3) van de hierna volgende tabellen 11, 12 en 13.

Om de planning op te volgen, bezorgde de FOD Volksgezondheid de universiteiten een model voor een selectieattest dat beantwoordt aan de definitie uit het KB van 12 juni 2008. Dat model vergemakkelijkt de communicatie tussen de administratie en de universiteiten, die duidelijk vermelden of de geselecteerde kandidaat binnen het contingent valt, of hij een kandidaat vervangt die buiten het contingent valt dan wel of hij ervan vrijgesteld is. In dat laatste geval moet de reden voor de vrijstelling aangegeven worden. Gaat het om een vervanging naar aanleiding van het stopzetten van de opleiding of een onderzoeksactiviteit, dan is de handtekening van de vervangen kandidaat vereist. Anderzijds beschikt de FOD Volksgezondheid over een systeem om de stageplannen zodanig te registreren dat alle gegevens van het selectieattest verwerkt worden. Dat systeem is in juni 2010 ingevoerd en maakt het mogelijk om de aantallen kandidaten in het quotum en vrijgestelde of vervangen kandidaten automatisch op te roepen.

Voor de toepassing van de verschillende artikels van het toepassingsgebied werd een aanpassing gedaan in 2010 (vermeld in voetnoot (4) in de tabellen 11, 12 en 13). Vanaf 2011 werd in bovenstaande resultaten reeds rekening gehouden met de vrijstellingen en de plaatsvervangingen. Op dezelfde manier werden, bij de stageplannen die in 2012 van start gingen, de kandidaten in mindering gebracht die houder zijn van een niet-Belgisch diploma geneeskunde of een Belgisch diploma dat vóór 2004 uitgereikt is.

Bij de kandidaten met een Belgisch diploma dat na 2004 uitgereikt is, werden de volgende personen in mindering gebracht:

- de artsen die geselecteerd werden tijdens een voorgaand jaar en die een nieuw stageplan indienen om van specialisatie te veranderen,
- de artsen die geselecteerd werden voor een specialisatie in een van de 4 niet-curatieve geneeskundedisdisciplines,
- de artsen die aangeworven zijn door het ministerie van Defensie,
- de artsen met een diploma middelbare studies uitgereikt door een lidstaat van de EER zonder volledige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde (artsen van Luxemburgse nationaliteit, uit Malta of uit Cyprus).

Werden eveneens in mindering gebracht : de uitgevoerde vervangingen, dit wil zeggen de stageplannen die ingediend zijn ter vervanging van een plaats die in 2012 in de

¹⁴ Op de "geïmmuniseerde" specialisaties van art. 3 van het KB van 30 mei 2002 waren de beperkingen van de quota van art. 1 niet van toepassing. Art. 4, §3 van het KB van 30 mei 2002 stipuleert duidelijk dat de regeling voor de ontbrekende aantallen enkel voor de quota van art. 1 van het betreffende besluit moet worden toegepast. De aantallen bij de geïmmuniseerde specialisaties betroffen in feite een extra aantal boven op de bestaande quota van art. 1.

contingentering vrijgekomen is (art. 7 en 8), naar aanleiding van een overlijden, een stopzetting die niet gevolgd is door de indiening van een nieuw stageplan of een onderzoeksmandaat.

Ter informatie is in tabel 14 het aantal artsen opgenomen die om een van die redenen vrijgesteld zijn, volgens de reden voor de vrijstelling en volgens de Gemeenschap waartoe de universiteit behoort die de kandidaat voor zijn specialisatieopleiding geselecteerd heeft. Aangezien de invoering van dit instrument nieuw is, moeten deze gegevens met enige omzichtigheid geïnterpreteerd worden.

TABEL 11: DE REALISATIE VAN DE PLANNING VAN HET AANBOD IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP: GLOBAAL OVERZICHT

Vlaamse Gemeenschap											
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012
			Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal
Maxima (art. 3)	N	454		454		454		454		534	
	O	374		458		553		597		660	
	Δ	-80	-319 (2)	4	-315	+99	(-216-153)= -369 (4)	+143	-226	+126	-100
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	180		180		180		180		180
		O	110		130		168		195		210
		Δ	-70	-344 (3)	-50	-394	-12	-406	+15	-391	+30
	Kinder- jeugdpsychiaters	N	12		12		12		12		12
		O	10		14		9		12		14
		Δ	-2	-2	2	0	-3	-3	0	-3	+2
	Acute geneeskunde	N	6		6		12		12		12
		O	8		6		8		6		8
		Δ	2	+2	0	+2	-4	-2	-6	-8	-4
	Urgentiegeneeskunde	N	3		3		6		6		6
		O	7		6		9		5		19
		Δ	4	+4	3	+7	+3	+10	-1	+9	+13
	Geriatric	N					12		12		12
		O					2		1		0
		Δ					-10	-10	-11	-21	-12

(1) N= genormeerd contingent; O= vastgesteld contingent; Δ (delta) = het verschil (O-N)

(2) Het saldo 2004-2007 bedroeg (-239).

(3) Het saldo 2004-2007 bedroeg (-274).

(4) In 2010 werd de correctie (-153) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art. 7, 2°) alsook de artsen aangeworven door het ministerie van Defensie (vrijstelling overeenkomstig art. 5, 5°) die geselecteerd waren tijdens de periode 2004-2010, in mindering te brengen. Vanaf 2011 zijn die plaatsvervangingen en vrijstellingen opgenomen in de berekening van het vastgestelde contingent (O).

In de Vlaamse Gemeenschap zien we voor de periode 2004-2011 dat het cumulatieve tekort eerst gestegen is tot 2010. De daling ervan die in 2011 begonnen is, is bevestigd in 2012, waar we een cumulatief tekort van 100 artsen zien wat betreft het globale aantal. Dezelfde

trend wordt vastgesteld voor de huisartsen, met een cumulatief tekort van 361 artsen in 2012.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie is bijna gehaald, op één eenheid na.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2012 wordt het tekort groter. Het minimum voor de urgentiegeneeskunde daarentegen wordt ruim overschreden.

Het minimum voor de geriatrie wordt nooit gehaald, en het tekort neemt vrij fors toe.

TABEL 12: DE REALISATIE VAN DE PLANNING VAN HET AANBOD IN DE FRANSE GEMEENSCHAP: GLOBAAL OVERZICHT

Franse Gemeenschap											
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012
			Cumula- tief totaal		Cumu- latief totaal		Cumula- tief totaal		Cumu- latief totaal		Cumula- tief totaal
Maxima (art. 3)	N	303		303		303		303		356	
	O	343		358		406		447		432	
	Δ	40	37 (2)	55	92	+103	(+195 - 86) =+109 (4)	+144	+253	+76	+329
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	120		120		120		120		120
		O	117		108		106		122		123
		Δ	-3	-75 (3)	-12	-87	-14	-101	+2	-99	+3
	Kinder- jeugdpsychiaters	N	8		8		8		8		8
		O	9		8		7		9		4
		Δ	1	+1	0	+1	-1	0	+1	+1	-4
	Acute geneeskunde	N	4		4		8		8		8
		O	5		5		2		1		4
		Δ	1	+1	1	+2	-6	-4	-7	-11	-4
	Urgentiegeneeskunde	N	2		2		4		4		4
		O	5		8		15		16		15
		Δ	3	+3	6	+9	+11	+20	+12	+32	+11
	Geriatric	N					8		8		8
		O					4		7		7
		Δ					-4	-4	-1	-5	-1

(1) N= genormeerd contingent; O= vastgesteld contingent; Δ (delta) = het verschil (O-N)

(2) Het saldo 2004-2007 bedroeg (-3).

(3) Het saldo 2004-2007 bedroeg (-72).

(4) In 2010 werd de correctie (-86) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art. 7, 2°) alsook de artsen aangeworven door het ministerie van Defensie (vrijstelling overeenkomstig art. 5, 5°) die geselecteerd waren tijdens de periode 2004-2010, in mindering te brengen. Vanaf 2011 zijn die plaatsvervangingen en vrijstellingen opgenomen in de berekening van het vastgestelde contingent (O).

In de Franse Gemeenschap zien we voor de periode 2004-2011 dat het cumulatieve overschot van het globale contingent van artsen blijft stijgen. Die stijging neemt vanaf 2012 af.

Wat het minimumaantal artsen betreft die een opleiding huisartsengeneeskunde aanvagen, is het tekort aanvankelijk toegenomen tot 2010. De afname ervan die in 2011 begonnen is, is bevestigd in 2012, waarbij het cumulatieve tekort gedaald is naar 96 artsen. De huisartsengeneeskunde had weinig voordeel bij de overschrijding van de quota in 2011 en 2012; die overschrijding droeg vooral bij tot de stijging van het aantal geneesheren-specialisten.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie werd in 2011 gehaald en vertoont een licht tekort van 3 eenheden in 2012.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2012 wordt het tekort groter. Het minimum voor de urgentiegeneeskunde daarentegen wordt ruim overschreden.

Het minimum voor de geriatrie wordt nooit gehaald, en het tekort neemt met één eenheid per jaar toe.

TABEL 13: DE REALISATIE VAN DE PLANNING VAN HET AANBOD VOOR BELGIË: GLOBAAL OVERZICHT

België											
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012
			Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal
Maxima (art. 3)	N	757		757		757		757		890	
	O	717		816		959		1044		1092	
	Δ	-40	-282 (2)	59	-223	+202	-260 (4)	+287	+27	+202	+229
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	300		300		300		300		300
		O	227		238		274		317		333
		Δ	-73	-419 (3)	-62	-481	-26	-507	+17	-490	+33
	Kinder- jeugdpsychiaters	N	20		20		20		20		20
		O	19		22		16		21		18
		Δ	-1	-1	2	1	-4	-3	+1	-2	-2
	Acute geneeskunde	N	10		10		20		20		20
		O	13		11		10		7		12
		Δ	3	+3	1	+4	-10	-6	-13	-19	-8
	Urgentiegeneeskunde	N	5		5		10		10		10
		O	12		14		24		21		34
		Δ	7	+7	9	+16	+14	+30	+11	+41	+24
	Geriatric	N					20		20		20
		O					6		8		7
		Δ					-14	-14	-12	-26	-13

(1) N= genormeerd contingent; O= vastgesteld contingent; Δ (delta)= het verschil (O-N)

(2) Het saldo 2004-2007 bedroeg (-242).

(3) Het saldo 2004-2007 bedroeg (-346).

(4) In 2010 werd de correctie (-239) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art. 7, 2°) alsook de artsen aangeworven door het ministerie van Defensie (vrijstelling overeenkomstig art. 5, 5°) die geselecteerd waren tijdens de periode 2004-2010, in mindering te brengen. Vanaf 2011 zijn die plaatsvervangers en vrijstellingen opgenomen in de berekening van het vastgestelde contingent (O).

De erkenningen van de artsen gelden voor heel het grondgebied België. In de periode 2004-2011 blijft het cumulatieve overschot van het globale contingent van artsen stijgen. Die stijging neemt vanaf 2012 af, dankzij een vermindering van het tekort in de Vlaamse Gemeenschap en een vermindering van de overschotten in de Franse Gemeenschap.

Wat het minimumaantal artsen betreft die een opleiding huisartsengeneeskunde aanvagen, is het tekort aanvankelijk toegenomen tot 2010. Het cumulatieve tekort van opleidingen huisartsengeneeskunde is gedaald naar 457 artsen, wat hoger blijft dan het cumulatieve tekort van 2008. Sinds 2004 vult de Franse Gemeenschap makkelijker haar minimumquotum dan de Vlaamse Gemeenschap; er zijn 96 eenheden te kort, tegenover 361 in de Vlaamse Gemeenschap. De vermindering van het globale tekort, dat begonnen is in 2011, wordt bevestigd in 2012, maar verloopt nog altijd vrij traag. De Vlaamse Gemeenschap lijkt haar tekort, dat hoger blijft dan dat van de Franse gemeenschap, sneller

te kunnen verminderen. Maar algemeen genomen had de huisartsengeneeskunde weinig voordeel bij de overschrijding van de quota in 2011 en 2012; die overschrijding droeg vooral bij tot de stijging van het aantal geneesheren-specialisten.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie werd in 2009 gehaald en vertoont een licht tekort van 4 eenheden in 2012.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2012 wordt het tekort groter. Het minimum voor de urgentiegeneeskunde daarentegen wordt ruim overschreden. De mankracht in de spoeddiensten wordt dus meer versterkt door artsen die erkend zijn in de urgentiegeneeskunde dan door artsen die erkend zijn in de acute geneeskunde.

Het minimum voor de geriatrie wordt nooit gehaald, en het tekort neemt vrij snel toe.

Met andere woorden: de geringe instroom van artsen die een opleiding huisartsengeneeskunde of geriatrie volgen, blijft zorgwekkend. De overschrijding van de maximumquota lijkt weinig effect te hebben om dit probleem op te lossen.

TABEL 14: AANTAL VRIJSTELLINGEN EN MOGELIJKE PLAATSVERVANGINGEN IN 2012, PER GEMEENSCHAP EN VOOR BELGIË

		Vlaamse Gemeenschap	Franse Gemeen- schap	België
VRIJSTELLINGEN				
Buitenlandse diploma's (art.1, 1°);	Huisarts	6	8	14
	Geneesheer- specialist	23	65	88
Verandering van specialiteit	Huisarts	4	4	8
	Geneesheer- specialist	14	11	25
Beheer van gezondheidsgegevens (art. 5, 1°) of verzekeringsgeneeskunde en medische expertise (art. 5, 2°); of medisch-gerechtelijke geneeskunde (art. 5, 3°); of arbeidsgeneeskunde (art. 5, 4°);		3	1	4
Aangeworven door het ministerie van Defensie (art. 5, 5°);		0	0	0
Diploma van middelbare studies uitgereikt door een lidstaat van de EER zonder volledige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde (art. 5, 7°);		0	4	4
Diploma's behaald vóór 2004 (art. 5, 8°);	Huisarts	2	1	3
	Geneesheer- specialist	1	3	4
Totaal van de vrijstellingen		53	97	150
MOGELIJKE PLAATSVERVANGINGEN				
Stopzettingen (art. 7, 1°; art. 8, 1°-2°)		21	14	35
Overlijdens (art. 8, 3°)		0	0	0
Wetenschappelijk onderzoeksmandaat dat leidt tot een doctoraat (art. 7, 2°);		16	5	21
Totaal van de mogelijke plaatsvervangingen		37	19	56

Toekomstprojectie

Voor de toekomstprojectie werden de saldi per Gemeenschap gecombineerd met de resultaten van het basisscenario¹⁵. In bijgaande tabellen wordt het cumulatieve verschil per Gemeenschap weergegeven. Het geeft het in de toekomst geprojecteerde cumulatieve

¹⁵ Basisscenario rapporten artsen 2009, scenario nummer S_000040 Versie 1.0, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer, cel Planning van de gezondheidsberoepen, Brussel, april 2009

verschil waarbij rekening wordt gehouden met de meest up-to-date gegevens en met de parameters in het model¹⁶.

De projectie helpt bij het inschatten van de naleving van de minimale en maximale aantallen voor de periode tot 2018 zoals bedoeld in artikel 6 van het KB van 12 juni 2008.

Hieruit blijkt dat, bij gelijkblijvend beleid en gelijkblijvend gedrag van de kandidaten, het globale tekort dat in 2011 in de Vlaamse Gemeenschap is vastgesteld, in de loop der tijd makkelijk gecompenseerd zal worden. Het globale tekort aan huisartsen dreigt daarentegen niet te worden ingehaald tegen 2018.

In de Franse Gemeenschap zou, bij gelijkblijvend beleid en gelijkblijvend gedrag van de kandidaten, het tekort aan huisartsen in de loop der tijd gecompenseerd kunnen worden. Het globale teveel aan artsen zal echter meer en meer oplopen.

TABEL 15: IN DE TOEKOMST GEPROJECTEERD CUMULATIEF VERSCHIL VOOR DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse Gemeenschap										
	Reëel	Verwacht verschil volgens basisscenario								
Jaar	2004-2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Huisartsen	-394	-424	-442	-420	-400	-387	-394	-398	-406	-418
Alle artsen	-315	-218	-80	116	221	271	253	246	237	211

TABEL 16: VERGELIJKING TUSSEN HET VASTGESTELDE EN HET VOLGENS HET BASISSCENARIO 2009 GEPROJECTEERDE CUMULATIEVE VERSCHIL, VOOR DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse Gemeenschap				
Jaar	(1)	2010	2011	2012
Cumulatief verschil – huisartsen	P	-424	-442	-420
	O	-406	-391	-361
	Δ	18	51	59
Cumulatief verschil – alle artsen	P	-218	-80	116
	O	-369	-226	-100
	Δ	-151	146	-216

(1) N= geprojecteerd cumulatief verschil; O= vastgesteld cumulatief verschil; Δ (delta)= het verschil (O-N)

(2) Een negatief Δ betekent dat de realisatie beter verloopt dan voorzien was volgens het in 2009 berekende scenario; een positieve waarde betekent het omgekeerde.

Uit de vergelijking tussen het verwachte verschil volgens het basisscenario en het vastgestelde verschil blijkt dat er door de ingestelde maatregelen een geringer tekort aan huisartsen is dan voorzien was en dat het totale aantal artsen trager stijgt dan voorzien was.

¹⁶ Deze parameters zijn: het verwachte aantal afstuderenden, het percentage dat zich uiteindelijk laat registreren en de beroepskeuze, in termen van stageplannen, die er gemaakt wordt.

TABEL 17: IN DE TOEKOMST GEPROJECTEERD CUMULATIEF VERSCHIL VOOR DE FRANSE GEMEENSCHAP

Franse Gemeenschap										
	Reëel	Verwacht verschil volgens basisscenario								
Jaar	2004-2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Huisartsen	-87	-104	-92	-66	-12	46	87	131	170	203
Alle artsen	92	139	274	403	564	715	809	912	1006	1080

TABEL 18: VERGELIJKING TUSSEN HET VASTGESTELDE EN HET VOLGENS HET BASISSCENARIO 2009 GEPROJECTEERDE CUMULATIEVE VERSCHIL, VOOR DE FRANSE GEMEENSCHAP

Franse Gemeenschap				
Jaar	(1)	2010	2011	2012
Cumulatief verschil – huisartsen	P	-104	-92	-66
	O	-101	-99	-96
	Δ	3	-8	-30
Cumulatief verschil – alle artsen	P	139	274	403
	O	109	253	329
	Δ	-30	-21	-74

(1) N= geprojecteerd cumulatief verschil; O= vastgesteld cumulatief verschil; Δ (delta)= het verschil (O-N)
 Een negatief Δ betekent dat de realisatie van de planning beter verloopt dan voorzien was volgens het in 2009 berekende scenario; een positieve waarde betekent het omgekeerde.

Uit de vergelijking tussen het verwachte verschil volgens het basisscenario en het vastgestelde verschil blijkt dat het tekort aan huisartsen via de ingestelde maatregelen niet zo snel kon worden teruggedrongen als voorzien was, maar dat het overschot aan artsen (totaal aantal) trager stijgt dan in het scenario voorzien was.

3.4 CONCLUSIES

De opvolging van de contingentering sinds 2004 leidt tot de volgende conclusies:

- Het cumulatieve globale tekort aan artsen in de Vlaamse Gemeenschap neemt in 2012 af. Dat heeft te maken met een meer dan aanzienlijke toestroom van specialisten.
- Het cumulatieve overschot aan artsen in de Franse Gemeenschap blijft in 2012 stijgen. Dat heeft vooral te maken met de massale toestroom van specialisten, zowel in het verleden als in 2012. Die stijging lijkt tussen 2011 en 2012 af te nemen.
- Het cumulatieve tekort aan huisartsen begint vanaf 2011 te dalen, zowel in de Vlaamse als in de Franse Gemeenschap, maar het blijft een lichte daling.

- De minima van de specialisatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie worden bijna gehaald.
- De minima van de specialisatie in de acute geneeskunde worden sinds 2010 niet meer gehaald, en het tekort blijft toenemen.
- De minima van de specialisatie in de urgentiegeneeskunde worden ruimschoots overschreden.
- De minima van de specialisatie in de geriatrie worden nooit gehaald, en het tekort blijft vrij fors toenemen.

De conclusies qua toekomstprojectie zijn:

- In de Vlaamse Gemeenschap lijkt het cumulatieve tekort aan huisartsen in vergelijking met de minima in de toekomst niet verder te zullen toenemen. Na het hoogste tekort van 406 huisartsen in 2010 lijken de cijfers in stijgende lijn te gaan. Dit tekort lijkt nog volledig op te vangen tegen het jaar 2018.
- In de Franse Gemeenschap is het huisartsentekort in vergelijking met de minima in 2011 beginnen af te nemen. Die weinig uitgesproken tendens is in 2012 bevestigd. Uiteindelijk lijkt het tekort in de toekomst volledig te zullen worden weggewerkt.
- Wat het totale aantal artsen betreft, is het duidelijk dat dit aantal voor de Vlaamse Gemeenschap tegen 2018 boven de gecumuleerde quota zal uitkomen.
- Het totale aantal artsen in de Franse Gemeenschap in 2018 lijkt toch wel problematisch te worden. Zonder nieuwe maatregelen zal een cumulatief teveel van 1000 artsen de volgende jaren moeilijk op te vangen zijn. De quotaoverschrijdingen waren niet zeer voordelig om het tekort aan huisartsen in vergelijking met de minima terug te dringen.
- Deze projecties vormen een indicator en moeten net zoals andere toekomstprojecties met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.
- Het wordt noodzakelijk om een nieuwe scenarioberekening door te voeren, met een prognose voor de planning in 2018 en later. Dat nieuwe scenario zou gebaseerd zijn op de verbeterde gegevens die verkregen kunnen worden via de nieuwe PlanKad-koppeling, en daarbij zou rekening gehouden worden met de dubbele cohorte studenten die in 2018 zullen afstuderen.

4. STAND VAN ZAKEN MET BETREKKING TOT DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD: TANDARTSEN

4.1 DE PLANNING VAN HET AANBOD

De planning van het aanbod in de tandheelkunde gaat terug tot het KB van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels. Dat besluit had betrekking op de toegang tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels en voorzag de volgende quota voor de jaren 2002 en 2003: 140 tandartsen voor België, hetzij 84 kandidaten met een eindexamen uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap valt, en 56 kandidaten met een eindexamen uitgereikt door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap valt.

Als overgangsmaatregel geldig voor de jaren 2002 en 2003 voorzag dit besluit ook in het overdragen, in debet of credit, van het verschil tussen de aantallen kandidaten die per Gemeenschap toegelaten worden, en de vastgestelde quota voor 2002 en 2003 naar de quota van de volgende jaren, en dit a rato van een vijfde per jaar vanaf 2004.

We merken hierbij op dat de planning van bij het begin geen betrekking heeft op de houders van een met tandheelkunde gelijkwaardig diploma dat in het buitenland behaald is.

Het KB van 9 januari 2000 tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels voor de jaren 2004 en 2005, verlengt de quota met twee jaar en houdt ze voor 2004 en 2005 op hetzelfde niveau. Voor de volgende twee jaren worden quota met dezelfde waarden vastgelegd in het KB van 18 oktober 2001 tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels voor de jaren 2006 en 2007.

Het KB van 30 mei 2002 betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde heft de vorige 3 besluiten op, maar neemt de quota over die ze hadden vastgelegd betreffende het globale aantal tandartsen dat jaarlijks toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels en breidt ze uit over een periode van 2002 tot 2010.

Dat besluit voorziet ook in een overgangsmaatregel betreffende het overdragen in debet of in credit van het verschil tussen de genormeerde en vastgestelde cijfers uit de periode van 2002 tot 2005, een maatregel die moet worden ingevoerd vanaf 2006.

Bovendien legt dat nieuwe besluit de quota vast van het aantal kandidaten dat jaarlijks toegang heeft tot de opleiding als kandidaat-algemeen tandartsen, kandidaat-tandartsen gespecialiseerd in de orthodontie en kandidaat-tandartsen gespecialiseerd in de parodontologie voor de jaren 2002, 2003 en 2004.

Het KB van 25 april 2007 betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde heft het KB van 30 mei 2002 op en behoudt dezelfde vorm behalve:

- dat het de quota van kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding als kandidaat-algemeen tandartsen of kandidaat-tandartsen gespecialiseerd in de orthodontie of in de parodontologie verlengt tot in 2010;
- en dat het deze quota optrekt voor de jaren 2011 tot 2013, zowel voor het aantal kandidaten dat toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels als voor het aantal kandidaten dat jaarlijks toegang heeft tot de opleiding.

Dat besluit is nadien als volgt gewijzigd door het KB van 28 november 2008:

- verhogen van de quota voor de jaren 2014 en 2015, zowel voor het aantal kandidaten dat toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels als voor het aantal kandidaten dat jaarlijks toegang heeft tot de opleiding;
- verschuiven van het jaar vanaf wanneer de aanpassing tussen de genormeerde en vastgestelde cijfers zal worden ingevoerd, naar 2015.

Er dient wel te worden opgemerkt dat de wetgeving tot op heden een duidelijk onderscheid maakt tussen de toegang tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels en de toegang tot de opleiding.

Het KB van 19 augustus 2011 betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde heft het KB van 25 april 2007 op en legt de wetgeving vast die in 2012 van kracht was. In dat besluit verlaat de wetgever de idee om het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels rechtstreeks te beperken en wordt er gefocust op de toegang tot de opleiding voor de titels die het voorwerp uitmaken van een erkenning: algemene tandheelkunde, orthodontie en parodontologie. Dat principe strookt met het feit dat het dezelfde overheid is die de opleidingen (stageplannen) bij het begin ervan goedkeurt en die op het einde van de stages de erkenning toekent.

Dat besluit neemt de bepalingen van het koninklijk besluit van 25 april 2007 voor de periode 2008 tot 2010 over en legt de aantallen voor de jaren 2016 tot en met 2020 vast.

De bepaling die het mogelijk maakt het positieve of negatieve verschil van maximum 20% ten opzichte van de voor het jaar in kwestie vastgestelde aantallen in debet of in credit over te dragen naar de volgende jaren, is verlengd tot 2020 (art. 6). Bij die vermindering moet rekening gehouden worden met de overschotten opgestapeld in het kader van het koninklijk besluit van 25 april 2007 (art. 8 §2).

Het KB van 19 augustus 2011 ruimt een dubbelzinnigheid uit de weg en stelt de kandidaten die hun basisopleiding tandheelkunde vóór 1 juli 2002 hebben aangevat, expliciet vrij van contingentering.

Bovendien krijgt de Planningscommissie–medisch aanbod in dat besluit duidelijk de opdrachten om de realisatie van de planning op te volgen en de gegevens die daarop betrekking hebben, bekend te maken.

De volgende tabel geeft aan hoe de jaarlijkse quota voor toegang tot de opleiding sinds 2008 opgesplitst zijn.

TABEL 19: JAARLIJKSE QUOTA VAN DE TANDARTSEN (KB VAN 19/08/2011)

		Jaren	2008 tot 2010	2011 tot 2013	2014 tot 2016	2017 tot 2020
Toegang tot de opleiding (art. 1-4)	Globaal aantal	België	140	150	160	180
		Vlaamse Gemeenschap	84	90	96	108
		Franse Gemeenschap	56	60	64	72
Toegang tot de opleiding (art. 1-4)	Vlaamse Gemeenschap	Algemeen tandartsen	70	74	80	92
		Tandartsen-specialisten in de parodontologie	7	7	7	7
		Tandartsen-specialisten in de orthodontie	7	9	9	9
	Franse Gemeenschap	Algemeen tandartsen	46	48	52	60
		Tandartsen-specialisten in de parodontologie	5	5	5	5
		Tandartsen-specialisten in de orthodontie	5	7	7	7

4.2 HET VERWACHTE AANTAL AFGESTUDEERDEN

In de volgende twee tabellen worden de reële en de verwachte aantallen afgestudeerden weergegeven per Gemeenschap. De verwachte aantallen zijn geschat op basis van de inschrijvingen en de slaagkansen aan de verschillende Belgische universiteiten. De quota zijn in de tabellen opgenomen als referentiewaarden.

TABEL 20: STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING VAN DE TANDARTSEN IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse Gemeenschap														
	Reëel											Verwacht (prognoses)		
Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal afgestudeerden	87	65	50	46	74	65	62	76	103	87	102	114	103	93
Quota	84	84	84	84	84	84	84	84	84	90	90	90	90	90

De cijfers voor 2002 tot 2012 zijn de werkelijke cijfers van het aantal afgestudeerden. Vanaf 2013 gaat het om prognoses op basis van het aantal inschrijvingen per jaar (bron: Vlaamse Gemeenschap).

TABEL 21: STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING VAN DE TANDARTSEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP REKENING HOUDEND MET ALLE AFGESTUDEERDEN (BELGEN + BUITENLANDERS)

Franse Gemeenschap														
	Reëel											Verwacht (prognoses)		
Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal afgestudeerden	80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	81	118	282
Quota	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	60	60

De cijfers voor 2002 tot 2012 zijn de werkelijke cijfers van het aantal afgestudeerden. Vanaf 2013 gaat het om prognoses van afgestudeerden op basis van het aantal inschrijvingen per studiejaar (bron: Franse Gemeenschap).

De organisatie van de studies is een bevoegdheid van de Gemeenschappen, in het bijzonder als het erop aankomt maatregelen te treffen omtrent het aantal inschrijvingen op basis van de selectiequota voor de toegang tot de stages. De Vlaamse Gemeenschap heeft voor de studies geneeskunde en tandheelkunde een gemeenschappelijk toelatingsexamen ingevoerd. De Franse Gemeenschap heeft het toelatingsexamen tandheelkunde dat zij in het kader van de contingentering organiseerde, sinds 2008 opgeschort.

In dat stadium moet gekeken worden naar de effecten van de toepassing van de Europese richtlijn 2005/36/EG van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties op de contingentering. Die effecten zijn niet alleen verre van te verwaarlozen, maar zijn ook moeilijk te beheersen. Door die richtlijn kan elke tandarts met een diploma uit een in de richtlijn vermeld Europees land immers zijn diploma laten erkennen als zijnde gelijkwaardig met het Belgische diploma van tandarts en in België een specialisatiestage doen. Omgekeerd kan elke tandarts die in België zijn diploma heeft behaald of erkend is om een bijzondere beroepstitel te dragen, gemakkelijk het land

verlaten en zijn beroepskwalificaties laten erkennen door de nationale overheden van de Europese landen die in de Europese richtlijn aangeduid zijn; voor elke bijzondere beroepstitel van tandarts worden er lijsten inzake gelijkwaardigheid tussen landen gegeven en bijgehouden. Deze richtlijn maakt het dus voor Europeanen gemakkelijker om in België een opleiding te komen volgen én om na hun opleiding naar hun land terug te keren. Op lange termijn haalt België daar geen voordeel uit. Integendeel, voor studenten die naar België gekomen zijn voor hun opleiding tandheelkunde, dragen plaatsen die in de quota meegerekend worden, niet bij tot de toename van het aantal tandartsen op het Belgische grondgebied. Bovendien wordt de instroom van tandartsen die hun opleiding in het buitenland gevolgd hebben en die in België komen werken, niet meegerekend in de quota, die enkel betrekking hebben op de afgestudeerden in de Franse of Vlaamse Gemeenschap in België. Die buitenlandse tandartsen komen boven op het aantal tandartsen die in België opgeleid zijn, die onderworpen zijn aan de contingentering.

Omwille van het vrije verkeer van personen en de toepassing van een numerus clausus in Frankrijk wagen een niet te verwaarlozen aantal Fransen hun kans aan de universiteiten van de Franse Gemeenschap, met de bedoeling naar Frankrijk terug te keren om daar hun beroep uit te oefenen. De niet-verblijfhoudende studenten zijn in de aantallen hierboven meegerekend.

De Franse Gemeenschap keurde het decreet van 12 juli 2012 goed waarbij de cursussen geneeskunde en tandheelkunde worden opgenomen in het stelsel dat werd ingesteld door het decreet van 16 juni 2006 tot regeling van het aantal studenten in sommige cursussen van de eerste cyclus van het hoger onderwijs. Die wetgeving heeft tot doel het aantal niet-verblijfhoudende ingeschrevenen tot 30% te beperken. Voor de studies tandheelkunde zullen de effecten van dat decreet pas vanaf 2017 zichtbaar zijn.

Als we in die cijfers het percentage niet-verblijfhoudende studenten kennen, kan een betrouwbaarder prognose van de planning gemaakt worden. De opsplitsing wordt in de volgende tabel weergegeven.

TABEL 22: STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING VAN DE TANDARTSEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP MET EEN ONDERSCHIED TUSSEN DE BELGISCHE AFGESTUDEERDEN EN DE AFGESTUDEERDEN DIE ONDERDAAN ZIJN VAN DE EUROPESE UNIE

Franse Gemeenschap														
	Reëel											Verwacht (prognose)		
Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal Belgische afgestudeerden	54	55	49	37	57	44	42	63	54	47	61	60	80	167
Aantal afgestudeerden die onderdaan zijn van de EU	26	14	17	16	14	11	11	16	14	12	14	21	38	115
Quota	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	60

In de bovenstaande tabel zijn de afgestudeerden opgesplitst volgens de nationaliteit van de houder ervan: ofwel Belg, ofwel onderdaan van de Europese Unie. Het aantal afgestudeerden vanaf 2013 in deze tabel zijn prognoses op basis van de cijfers uit tabel 21. Die prognoses worden opgesteld op basis van het aantal ingeschrevenen en de gemiddelde slaagkansen, voor elk studiejaar.

We stellen vast dat het percentage Belgische afgestudeerden in de verschillende cohorten van afgestudeerden van jaar tot jaar varieert.

4.3 DE REALISATIE VAN DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD VAN TANDARTSEN

In 2001 heeft de wetgever de criteria vastgelegd voor de erkenning van orthodontisten¹⁷ en parodontologen¹⁸, en in 2002 voor de erkenning van algemeen tandartsen¹⁹. Sindsdien staat de FOD Volksgezondheid in voor de registratie in het kadaster van de erkenningen van tandartsen en stageplannen die leiden tot het verkrijgen van die erkenningen. Dankzij die registratie kunnen we de stand van zaken betreffende de contingentering van tandartsen in België exact weergeven en de realisatie van de planning opvolgen.

Wat de planning betreft, kan de opvolging van de stages van de kandidaat-**specialisten in de orthodontie** beginnen vanaf 2002. De stageduur bedraagt momenteel 4 jaar (MB van 28 mei 2001).

Wat de planning betreft, kan de opvolging van de stages van de kandidaat-**specialisten in de parodontologie** beginnen vanaf 2002. De stageduur bedraagt momenteel 3 jaar (MB van 27 juli 2001).

Wat de **algemene tandheelkunde** betreft, moesten de tandartsen die vóór 1 juni 2002 bij het RIZIV erkend zijn, hun ministeriële erkenning van de FOD Volksgezondheid krijgen om hun beroep te mogen blijven uitoefenen. Er werd later evenwel vastgesteld dat een bepaald aantal tandartsen om de een of andere reden hun erkenning als algemeen tandarts niet ontvangen hadden. Gedurende enkele jaren werd het kadaster geleidelijk aangevuld, en de evolutie ervan was niet zozeer toe te schrijven aan de komst van nieuwe krachten maar aan de regularisatie van de administratieve situatie van de reeds actieve beroepsbeoefenaars.

De studenten die hun studies vóór 1 juni 2002 hadden aangevangen, konden, na het behalen van het diploma tandheelkunde, hun erkenning van de FOD Volksgezondheid krijgen zonder dat zij daarvoor een bijkomende praktijkstage moesten doen. Met die erkenning konden zij, tot in 2008, hun RIZIV-registratie vragen.

De pas afgestudeerden die hun studies na 1 juni 2002 aanvingen, moeten daarentegen eerst een ministeriële erkenning verkrijgen, die gepaard gaat met een praktische opleiding, vooraleer zij hun RIZIV-registratie kunnen vragen. De stages van de kandidaat-algemeen

¹⁷ MB van 28 mei 2001 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van de beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie, alsook van stagemeeesters en stagediensten in de orthodontie.

¹⁸ MB van 27 juli 2001 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de parodontologie, alsook van stagemeeesters en stagediensten in de parodontologie.

¹⁹ MB van 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts.

tandartsen zijn pas vanaf 2008 begonnen. De duur van de opleiding bedraagt 1 jaar (MB van 29 maart 2002).

Bovendien heeft de FOD Volksgezondheid tijdens de periode waarin de contingentering van de tandartsen moest worden opgevolgd, heel wat wijzigingen doorgevoerd op het vlak van de registratie en de erkenning van tandartsen.

Om al die redenen was het niet eenvoudig om op een correcte en volledige wijze de stand van zaken betreffende de contingentering van tandartsen tot 2008 op te maken.

Hoe wordt de opvolging van de planning van het medisch aanbod van tandartsen dus uiteindelijk georganiseerd?

Het KB van 19 augustus 2011 legt een debet- en creditsysteem vast indien het aantal kandidaten voor de opleiding voor het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist niet gehaald is (of overschreden is). In dat geval wordt het verschil in credit overgeheveld naar het quotum kandidaten voor de opleiding voor het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts. Met het oog op de coherentie van dat systeem is de opvolging van de planning slechts mogelijk vanaf 2008 (zie tabellen 23, 24 en 25).

TABEL 23: AANTAL GEREGISTREERDE STAGEPLANNEN VAN TANDARTSEN MET EEN BELGISCH DIPLOMA BEHAALD VANAF 01/01/2008

België						
	Jaar	2008	2009	2010	2011	2012
Vlaamse Gemeenschap	Algemeen tandartsen	49	54	81	68	73
	Tandartsen-specialisten in de parodontologie	4	5	6	7	7
	Tandartsen-specialisten in de orthodontie	4	7	2	8	3
Franse Gemeenschap	Algemeen tandartsen	30	57	55	42	48
	Tandartsen-specialisten in de parodontologie	3	1	1	3	2
	Tandartsen-specialisten in de orthodontie	6	6	6	5	6

TABEL 24: VLAAMSE GEMEENSCHAP: AANTAL STAGEPLANNEN VAN TANDARTSEN AFGESTUDEERD VANAF 01/01/2008 EN REALISATIE VAN DE PLANNING VAN HET AANBOD VIA AFVLAKKING (KB 19 AUGUSTUS 2011)

Vlaamse Gemeenschap					
Jaar	2008	2009	2010	2011	2012
Algemeen tandartsen	49	54	81	68	73
Tandartsen-specialisten in de parodontologie	4	5	6	7	7
Tandartsen-specialisten in de orthodontie	4	7	2	8	3
TOTAAL	57	66	89	83	83
Quota	84	84	84	90	90
20% van het quotum	17	17	17	18	18
Overschot = totaal – quotum	-27	-18	5	-7	-7
Over te dragen overschot vanaf 2008, rekening houdend met het overschot van 20%	-17	-17	+5	-7	-7
Over te dragen gecumuleerd overschot vanaf 2008, rekening houdend met het overschot van 20%	-17	-34	-29	-36	-43

In het wit: reële cijfers van de ingediende stages.

In het grijs: de aantallen verkregen bij de berekening van de 20% van het quotum en het cumulatieve overschot vanaf 2008 voorzien in het KB van 19 augustus 2011.

In de Vlaamse Gemeenschap is het cumulatieve overschot over de periode 2008-2012 eigenlijk een tekort, dat sinds 2008 toeneemt en in 2012 de waarde van 43 eenheden bereikt. De quota van de tandartsen die een opleiding in de parodontologie aanvangen, worden pas vanaf 2011 gehaald, terwijl die in de orthodontie nooit gehaald worden.

TABEL 25: FRANSE GEMEENSCHAP: AANTAL STAGEPLANNEN VAN TANDARTSEN AFGESTUDEERD VANAF 01/01/2008 EN REALISATIE VAN DE PLANNING VAN HET AANBOD VIA AFVLAKKING (KB 19 AUGUSTUS 2011)

Franse Gemeenschap					
Jaar	2008	2009	2010	2011	2012
Algemeen tandartsen	30	57	55	42	48
Tandartsen-specialisten in de parodontologie	3	1	1	3	2
Tandartsen-specialisten in de orthodontie	6	6	6	5	6
TOTAAL	39	64	62	50	56
Quota	56	56	56	60	60
20% van het quotum	12	12	12	12	12
Overschot = totaal – quotum	-17	8	6	-10	-4
Over te dragen overschot vanaf 2008, rekening houdend met het overschot van 20%	-12	8	6	-10	-4
Over te dragen gecumuleerd overschot vanaf 2008, rekening houdend met het overschot van 20%	-12	-4	2	-8	-12

In het wit: reële cijfers van de ingediende stages.

In het grijs: de aantallen verkregen bij de berekening van de 20% van het quotum en het cumulatieve overschot vanaf 2008 voorzien in het KB van 19 augustus 2011.

In de Franse Gemeenschap is het cumulatieve overschot over de periode 2008-2012 eigenlijk een tekort, dat in 2012 neerkomt op dezelfde waarde als in 2008, namelijk 12 eenheden. De quota van de tandartsen die een opleiding in de parodontologie aanvangen, worden nooit gehaald, terwijl die in de orthodontie enkel in 2008 gehaald werden.

4.5 CONCLUSIES

Het totale aantal tandartsen die een opleiding aanvangen voor het verkrijgen van een erkenning ligt momenteel onder het totaal van de quota. In de Vlaamse Gemeenschap wordt dat tekort groter, maar uit de prognoses van het aantal toekomstig afstuderenden blijkt dat dit tekort vóór 2020 zou kunnen afnemen. In de Franse Gemeenschap is het tekort kleiner, en uit de prognoses van het aantal toekomstig afstuderenden blijkt dat dit tekort snel zal worden ingehaald en dat het saldo bij gelijkblijvend beleid zelfs een overschot zou kunnen worden.

De jaarlijkse quota van tandartsen die een opleiding aanvangen voor het verkrijgen van een erkenning in de parodontologie of in de orthodontie worden nooit overschreden en worden zelfs zelden gehaald, en dit in beide taalgemeenschappen.

5. STAND VAN ZAKEN MET BETREKKING TOT DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD: KINESITHERAPEUTEN

5.1 DE PLANNING VAN HET AANBOD

De contingentering van de kinesitherapeuten wordt momenteel geregeld door het KB van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. Volgens artikel 1 van dat besluit is het slechts van toepassing op de houders van een na 1 juni 2005 afgeleverd diploma die het recht willen bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. Met andere woorden: de contingentering van kinesitherapeuten organiseert enkel de toegang tot de M-nomenclatuur voor verstrekkingen in de privépraktijk of bij de patiënt thuis. De uitvoering ervan en in het bijzonder de selectie van de kandidaten gebeuren door het RIZIV via Selor.

Dit soort contingentering verschilt sterk van de contingentering van de artsen en de tandartsen. Het quotum betreft immers niet alle beroepssectoren waarin kinesitherapeuten als arbeidskracht vereist zijn. Voor afgestudeerden die niet binnen de contingentering zouden vallen, zijn er nog altijd heel wat mogelijke en verschillende manieren om als kinesitherapeut te werken, zoals bijvoorbeeld in een ziekenhuis, als loontrekkende. Bovendien wordt de selectie van de kinesitherapeuten georganiseerd door het RIZIV en Selor en heeft die rechtstreeks betrekking op de toegang tot het RIZIV-nummer, terwijl de selectie van tandartsen en artsen onder de bevoegdheid van de universiteiten valt en betrekking heeft op de toegang tot een bijkomende opleiding die leidt tot een bijzondere erkenning. De artsen en tandartsen die door een universiteit geselecteerd worden, zijn er dus, op voorwaarde dat zij voor hun bijkomende opleiding slagen, zeker van dat zij het specifieke RIZIV-nummer voor die opleiding zullen krijgen. De kinesitherapeuten moeten, hoewel ze in het bezit zijn van een diploma, slagen voor een bijkomend examen dat georganiseerd wordt buiten het universitaire kader en dat voor alle kandidaten gelijk is, om het gewenste RIZIV-nummer te verkrijgen. Dat verschil spruit voort uit het feit dat er na het behalen van het diploma van kinesitherapeut geen specialisatie is die erkend wordt door een bijzondere erkenning.

De quota worden opgesplitst per Gemeenschap:

- Voor de Belgische diploma's, volgens de Gemeenschap waaronder de uitreikende instelling valt,

- Voor de buitenlandse diploma's, volgens de taal waarin de kandidaat zich voor het examen heeft ingeschreven.

Het feit dat buitenlandse diploma's meegerekend worden, onderscheidt die contingentering ook van die van de artsen en tandartsen, die niet van toepassing is op houders van een buitenlands diploma.

De opleidingsduur voor kinesitherapeuten bedraagt 4 jaar in de hogescholen en universiteiten van de Franse Gemeenschap, en 5 jaar in de hogescholen en universiteiten van de Vlaamse Gemeenschap. Krachtens art. 35novies, §2 van het KB nr. 78, dat het algemene kader inzake de vaststelling van de quota bepaalt, kunnen de getroffen maatregelen ten vroegste uitwerking hebben na een termijn die gelijk is aan de duur van de studies.

Bij zijn eerste publicatie bepaalde het KB van 20 juni 2005 de quota van de jaren 2005 tot 2009 en voorzag het in een eenvoudig systeem waarbij het verschil tussen het vastgestelde aantal²⁰ en het gerealiseerde aantal in debet of credit werd overgedragen naar het volgende jaar. Het KB van 18 september 2008 heeft het quotum van 2009 op 450 gebracht en de quota van de jaren 2010 tot 2015 verduidelijkt. Het KB van 14 oktober 2009 heeft het overhevelingssysteem vervangen door een compensatiemechanisme. Dat mechanisme is een efficiënt instrument om het aantal jonge geselecteerde kinesitherapeuten die hun beroep niet substantieel onder de M-nomenclatuur uitoefenen, te compenseren. Het zorgt ervoor dat het aantal actieve kinesitherapeuten dat tot de geplande manpower behoort, tijdig gestabiliseerd wordt en dat op die manier tekorten vermeden worden.

Via die compensatie is het mogelijk de reël toegepaste quota's zo dicht mogelijk bij de geplande en dus de genormeerde quota's te brengen. De uitgangshypothese blijft dan ook dat die indertijd door de Planningscommissie geplande quota's correct werden bepaald. Net zoals voor de andere beroepsgroepen zal de Planningscommissie medisch aanbod de toekomstige prognoses updaten op basis van recentere gegevens en zal zij indien nodig een aangepast advies formuleren.

Via de formele adviezen van respectievelijk 16 juni 2009 en 18 mei 2010 van de Planningscommissie medisch aanbod, die unaniem werden goedgekeurd, en de nota van de werkgroep kinesitherapie van 27 januari 2011, adviseerde de planningscommissie een afschaffing van het examensysteem voor de planning van kinesitherapeuten in het kader van de M-nomenclatuur van het RIZIV. In die context werden, aan de hand van de overgangsmaatregelen, de quota voor de jaren 2016 en 2017 vastgesteld in het KB van 31/08/2011. Ondertussen werden de regels voor de publicatie van de resultaten van het selectie-examen gewijzigd door het KB van 28 juli 2011. Na die adviezen en nadat het

²⁰ +10% om te vermijden dat het examen slechts van één kandidaat afhangt.

examen onder druk kwam te staan door beroepen die ingesteld zijn bij de Raad van State, werden meerdere maatregelen getroffen:

- er werden voorlopige RIZIV-nummers toegekend aan de kinesitherapeuten die in 2011 niet geslaagd waren voor het examen;
- het selectie-examen werd in 2012 opgeschort;
- er werden voorlopige RIZIV-nummers toegekend aan de kinesitherapeuten die in 2012 daarom vroegen.

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van de quota in de kinesithherapie.

TABEL 26: DE VASTGESTELDE QUOTA IN DE KINESITHERAPIE (KB 20 JUNI 2005 GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 18 SEPTEMBER 2008, 14 OKTOBER 2009, 28 JULI 2011 EN 31 AUGUSTUS 2011)

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009 tot 2015	2016 tot 2017
Quota voor heel België	450	450	450	450	450	450
Quota voor de Vlaamse Gemeenschap	270	270	270	270	270	270
Quota voor de Franse Gemeenschap	180	180	180	180	180	180

5.2 HET VERWACHTE AANTAL AFGESTUDEERDEN

TABEL 27: STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN KINESITHERAPEUTEN IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse Gemeenschap										
	Reëel						Verwacht			
Jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Verwacht aantal afgestudeerden	303	268	259	248	289	333	479	584	745	670
Quota	270	270	270	270	270	270	270	270	270	270

De cijfers voor 2007 tot 2012 zijn de werkelijke cijfers van het aantal afgestudeerden. Vanaf 2013 zijn de opgegeven cijfers prognoses die tot stand gekomen zijn door het aantal studenten van de eerste generatie voor de academiejaren 2006-2007 en 2007-2008 en het aantal afgestudeerden 5 jaar later te vergelijken. Sinds de hervorming van het hoger onderwijs door de Vlaamse Gemeenschap is het met de beschikbare gegevens niet meer mogelijk om prognoses even nauwkeurig als vroeger te berekenen.

TABEL 28: STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN KINESITHERAPEUTEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

Franse Gemeenschap										
	Reëel						Verwacht			
Jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Verwacht aantal afgestudeerden (Belgen en buitenlanders)	695	1084	929	971	906	803	864	1079	1123	1398
Verwacht aantal afgestudeerden (Belgen)	154	194	204	434	385	376	531	659	706	963
Percentages Belgische afgestudeerden in het totale aantal afgestudeerden	22%	18%	22%	45%	46%	46%	61%	61%	63%	69%
Quota	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180

De cijfers voor 2007 tot 2012 zijn de werkelijke cijfers van het aantal afgestudeerden. Vanaf 2013 gaat het om prognoses van afgestudeerden. Die prognoses worden opgesteld op basis van het aantal ingeschrevenen en de gemiddelde slaagkansen, voor elk studiejaar.

In dat stadium moet gekeken worden naar de effecten van de toepassing van de Europese richtlijn 2005/36/EG van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. Die effecten zijn niet alleen verre van te verwaarlozen, maar zijn ook moeilijk te beheersen. Door die richtlijn kan elke kinesitherapeut met een diploma uit een in die richtlijn vermeld Europees land immers in België als dusdanig erkend worden. Omgekeerd kan elke kinesitherapeut die in België erkend is, gemakkelijk het land verlaten en zijn beroepskwalificaties laten erkennen door de nationale overheden van de Europese landen waarvan de naam opgenomen is in een lijst van de Europese richtlijn. Deze richtlijn maakt het dus voor Europeanen gemakkelijker om in België een opleiding te komen volgen én om na hun opleiding naar hun land terug te keren. Op lange termijn haalt België uit dat laatste geen voordeel. Integendeel, buitenlandse studenten die enkel tijdens hun studies in België blijven, dragen niet bij tot de toename van het aantal kinesitherapeuten op het Belgische grondgebied.

Omwille van het vrije verkeer van personen en de toepassing van een numerus clausus in Frankrijk wagen een niet te verwaarlozen aantal Fransen hun kans aan de scholen van de Franse Gemeenschap, met de bedoeling naar Frankrijk terug te keren om daar hun beroep uit te oefenen. De niet-verblijfhoudende studenten zijn in de aantallen hierboven meegerekend.

We stellen vast dat het percentage Belgische afgestudeerden in de verschillende cohorten van afgestudeerden varieert. De meeste afgestudeerde kinesitherapeuten in de Franse Gemeenschap hebben de Franse nationaliteit. De meesten daarvan vragen geen RIZIV-nummer aan in België (zie tabel 30). Die tendens gaat veranderen vanaf 2013, wanneer het

effect zichtbaar wordt van het decreet van de Franse Gemeenschap van 16 juni 2006 tot regeling van het aantal studenten in sommige cursussen van de eerste cyclus van het hoger onderwijs. Dat decreet is sinds 2006 van toepassing voor de studies kinesithérapie en beperkt het aantal niet-verblijfhoudende ingeschrevenen tot 30% van het aantal verblijfhoudende ingeschrevenen het jaar voordien.

5.3 DE REALISATIE VAN DE PLANNING VAN HET AANBOD IN DE KINESITHERAPIE OVEREENKOMSTIG HET EXAMEN VOORZIEN IN HET KB VAN 20 JUNI 2005

Enkele definities:

- **Referentiejaar:** jaar waarin de quota worden toegepast.

- **Geselecteerden:** de laureaten van het examen van een bepaald referentiejaar die het recht hebben bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

- **Activiteit:** elke verstrekking verricht door een erkend kinesitherapeut die geldig voorwerp kan zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen volgens artikel 1, §1 van het bovenvermelde koninklijk besluit van 20 juni 2005.

- **Actief kinesitherapeut:** een kinesitherapeut met minstens 500 verstrekkingen per jaar.

5.3.1 STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN KINESITHERAPEUTEN IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

TABEL 29: STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN KINESITHERAPEUTEN IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse Gemeenschap								
Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Quota	270	270	270	270	270	270	270	270
Compensatie	0	0	0	43	152	102	46	99
Quota na compensatie	270	270	270	313	422	372	316	369
Quota van het examen (+10%)	297	297	297	344	464	409	348	406
Aantal geldig ingeschreven kandidaten voor het examen bij Selor (1)	375	365	378	336	253	248	271	
Het examen heeft plaatsgevonden	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Opschorting
Aantal geselecteerde of geldig ingeschreven kandidaten voor het examen bij Selor (2)	270	270	270	336	253	248	271	
Overschrijding van het quotum na het examen (art. 8, §2)	0	0	0	(3)				

(1) De werkelijke cijfers van het aantal inschrijvingen bij Selor voor 2005, 2006, 2007 en 2008.

(2) Aantal kandidaten geselecteerd door Selor (of geldig ingeschreven bij Selor indien het examen niet heeft plaatsgevonden) en doorgegeven aan het Riziv.

(3) Vanaf 2008 werd het in artikel 8, §2 van het KB van 20/06/2005 ingevoerde debet- en creditmechanisme afgeschaft en vervangen door het compensatiemechanisme beschreven in het KB van 18/09/2008. Er wordt niet meer gesproken over overschotten.

In deze tabel 5 zien we dat er in 2005 in de Vlaamse Gemeenschap 375 kinesitherapeuten ingeschreven waren voor het examen, wat maakt dat de drempel van 270 +10% overschreden was en het KB van toepassing was. Na het examen werden 270 kandidaten geselecteerd.

In 2006 schreven 365 kinesitherapeuten zich in voor het RIZIV-examen, waaronder 70 herinschrijvingen van 2005. 270 kandidaten werden geselecteerd.

In 2007 schreven 378 kinesitherapeuten zich in voor het RIZIV-examen. 270 kandidaten werden geselecteerd.

Van 2008 tot 2011 werd het examen niet meer georganiseerd want het aantal kandidaten dat geldig is ingeschreven bij Selor, ligt nog steeds lager dan het quotum na compensatie.

In 2012 werd het examen opgeschort.

5.3.2 TOEPASSING VAN HET COMPENSATIEMECHANISME OP DE AFGESTUDEERDE KINESITHERAPEUTEN VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

In 2008 heeft de toepassing van de activiteitsdrempel van één RIZIV-verstrekking per jaar op de activiteitsgegevens die het RIZIV tijdens het jaar 2006 registreerde, het in de Vlaamse Gemeenschap mogelijk gemaakt om de compensatie toe te passen die voorzien was in art. 7 §3 van het KB van 20 juni 2005 gewijzigd door het KB van 18 september 2008. Van de 270 kinesitherapeuten die in 2005 geselecteerd waren, hebben er 43 gedurende het jaar 2006 minder dan 500 verstrekkingen gerealiseerd. Na compensatie bedroeg het quotum van het jaar 2008 dus 313 (art. 7, §3), en het examen moest worden georganiseerd indien het aantal ingeschrevenen hoger was dan 344 (art. 5, §2). Aangezien er 336 kinesitherapeuten in 2008 ingeschreven waren voor het examen, heeft het examen niet plaatsgevonden.

5.3.3 STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN KINESITHERAPEUTEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

TABEL 30: STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN KINESITHERAPEUTEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

Franse Gemeenschap								
Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Quota	180	180-12=168	180-1=179	180-8	180	180	180	180
Compensatie	0	0	0	63	150	86	81	66
Quota na compensatie	0	0	0	235	330	266	261	246
Quota van het examen (+10%)	198	185	197	259	313	347	287	271
Aantal geldig ingeschreven kandidaten voor het examen bij Selor (1)	198	178	195	252	(330-8)=322 +10%=354	293	489	
Het examen heeft plaatsgevonden	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Opschorting
Aantal geselecteerde of geldig ingeschreven kandidaten voor het examen bij Selor (2)	192	169	195	252	313	268	261	
Overschrijding van het quotum na het examen (art. 8, §2): in mindering te brengen over de volgende jaren	+12	+1	+16	(3)				

(1) De werkelijke cijfers van het aantal inschrijvingen bij Selor voor 2005, 2006 en 2007.

(2) Aantal kandidaten geselecteerd door Selor (of geldig ingeschreven bij Selor indien het examen niet heeft plaatsgevonden) en doorgegeven aan het Riziv. Op basis van het dossier van de ingeschreven kandidaten gaat Selor na of aan de inschrijvingsvoorwaarden is voldaan en bevestigt het selectiebureau of de kandidaten al dan niet geldig zijn ingeschreven.

(3) Vanaf 2008 werd het in artikel 8, §2 van het KB van 20/06/2005 ingevoerde debet- en creditmechanisme afgeschaft en vervangen door het compensatiemechanisme beschreven in het KB van 18/09/2008. Er wordt niet meer gesproken over overschotten.

Van 2005 tot 2009 moest het examen niet georganiseerd worden aangezien het aantal ingeschrevenen telkens onder de referentiewaarde lag.

In de tabellen 28 en 30 stellen wij effectief vast dat de Franse afgestudeerden bijna geen RIZIV-nummer aanvragen om hun functie onder het statuut van een vrij beroep in België te mogen uitoefenen.

5.3.4 TOEPASSING VAN HET COMPENSATIEMECHANISME OP DE AFGESTUDEERDE KINESITHERAPEUTEN VAN DE FRANSE GEMEENSCHAP

In 2008 bedroeg het quotum afgestudeerde kinesitherapeuten van de Franse Gemeenschap 180, waarvan de helft van de overschrijding van 2007 moest worden afgetrokken. Het basisquotum bedroeg dus 172.

Op dat getal moest de compensatie toegepast worden, rekening houdend met de activiteitsdrempel van RIZIV-verstrekkingen per jaar voor de activiteitsgegevens van het jaar 2006 (art. 7 §3 van het KB van 20 juni 2005).

Van de 192 in 2005 geselecteerde kinesitherapeuten hebben er 63 minder dan 500 verstrekkingen gerealiseerd gedurende het jaar 2006. Na compensatie bedroeg het quotum van het jaar 2008 dus 235 (art. 7, §3), en het examen moest worden georganiseerd indien het aantal ingeschrevenen hoger was dan 259 (art. 5, §2). Aangezien er 252 kinesitherapeuten in 2008 ingeschreven waren voor het examen, heeft het examen niet plaatsgevonden.

Vanaf 2010 zien we dat het examen georganiseerd wordt voor zover het aantal geldig ingeschreven kandidaten bij Selor hoger ligt dan het quotum na compensatie.

5.3.5 CONCLUSIES

De contingentering, die enkel betrekking heeft op de toegang tot de uitoefening in het kader van de M-nomenclatuur van het RIZIV, werd zodanig vastgelegd dat het selectie-examen slechts georganiseerd wordt indien het aantal ingeschreven kandidaten niet hoger was dan het quotum van het beschouwde jaar. Concreet genomen moest het examen

georganiseerd worden van 2005 tot 2007 voor de kandidaten van de Vlaamse Gemeenschap en werd het vervolgens niet meer georganiseerd van 2008 tot 2011, terwijl het voor de kandidaten van de Franse Gemeenschap slechts georganiseerd moest worden in 2010 en 2011. Het examen werd in 2012 opgeschort.

Bovendien blijkt de toepassing van de compensatiemaatregel noodzakelijk om het aantal jonge actieve kinesitherapeuten dat tot de manpower behoort in het kader van de M-nomenclatuur van het RIZIV, te stabiliseren:

- gelet op de activiteit van de 1.146 kinesitherapeuten geselecteerd voor de Vlaamse Gemeenschap van 2005 tot 2008 moesten tijdens de periode 2008 tot 2011 343 bijkomende plaatsen toegekend worden, hetzij bijna 30% van de gecompenseerde quota's.
- gelet op de activiteit van de 808 kinesitherapeuten geselecteerd voor de Franse Gemeenschap van 2005 tot 2008 moesten tijdens de periode 2008 tot 2011 380 bijkomende plaatsen toegekend worden, hetzij 47% van de gecompenseerde quota's.

Er blijven nog heel wat vragen openstaan:

- Hoe moet het verder met het selectie-examen, dat in 2012 opgeschort is?
- Waarom werkt een dergelijk percentage geselecteerde kinesitherapeuten niet substantieel onder de M-nomenclatuur?
- Wat is de activiteit van de niet-geselecteerde kinesitherapeuten?
- Is er een overvloed aan kinesitherapeuten in andere activiteitssectoren?
- Hoe kan de planning verfijnd worden en daarbij rekening gehouden worden met de kwalificaties die voor kinesitherapeuten openstaan tijdens hun opleiding, terwijl die kwalificaties geen voorwerp uitmaken van een specifieke erkenning?
- Evolueert het aanbod in de kinesitherapie zodanig dat, in termen van aantal en kwalificaties, beantwoord kan worden aan de toekomstige zorgbehoeften van de bevolking?

De planning van het aanbod in de kinesitherapie is niet gemakkelijk te organiseren, omwille van de complexiteit ervan. De Planningscommissie medisch aanbod heeft de werkgroep

kinesitherapie ermee belast om het overleg daarover voort te zetten. Er zal wellicht een nieuw systeem moeten worden vastgelegd en ingevoerd.

6. BIJLAGEN

6.1 FORMELE ADVIEZEN VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD

6.1.1 ADVIES 2012_01 INZAKE PLANNING KINESITHERAPEUTEN (KB VAN 20 JUNI 2005, GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 18 SEPTEMBER 2008 EN 14 OKTOBER 2009)

Opschorting van de selectieproef voor één jaar. Deze opschorting betreft alle afstuderende studenten van het academiejaar 2011-2012 alsook al diegenen die reeds afgestudeerd zijn en die zich dit academiejaar inschrijven voor de selectieproef.

Advies van de Werkgroep Kinesitherapie van de Planningscommissie

De werkgroep kinesitherapie van de Planningscommissie is van mening dat er een alternatief moet gevonden worden voor de huidige bestaande selectieproef na de studies. Er werd de voorbije jaren herhaaldelijk geargumenteed dat een selectie-examen na het behalen van het diploma een inhumane regeling was, die zowel aan Nederlandstalige als aan Franstalige zijde aanleiding heeft gegeven tot juridisch verweer. Slagen in de selectie-proef werd bij een aantal aanwervingen ten onrechte als een criterium vooropgesteld, ook in werksetting waarvoor slagen voor deze proef niet vereist was. Uiteindelijk werd het werkveld geconfronteerd met vacatures die niet of slechts moeizaam konden worden ingevuld.

Een belangrijk aantal kinesitherapeuten werkt deeltijds of combineert deelambten. De samenwerking in groepspraktijken wint steeds meer veld. Hierbij beogen een aantal kinesitherapeuten het realiseren van een werkweek, die de gelegenheid biedt om voldoende levenskwaliteit in te bouwen ten behoeve van het gezin. De vervrouwelijking van het beroep speelt hierin een rol. Tenslotte maakt een niet onbelangrijk aantal afgestudeerde kinesitherapeuten het diploma waar in tewerkstellingen die niet of slechts onrechtstreeks met kinesitherapie te maken hebben. De werkgroep van de planningscommissie vraagt daarom reeds geruime tijd om te kunnen beschikken over een verbeterd kadaster van full time equivalenten tewerkgesteld in de verschillende sectoren van de kinesitherapie. Hierbij is het ook bijzonder nuttig zicht te hebben op het aantal pensioneringen dat in de komende jaren wordt verwacht.

Het opmaken van het verbeterd kadaster, dat door de planningscommissie in haar advies van 19/5/2011 dringend gevraagd werd, evenals het bestuderen van de behoeften met betrekking tot de tewerkstelling in de verschillende sectoren van de kinesitherapie, zijn twee belangrijke aspecten die zullen bijdragen tot het nodige inzicht in de planningsbehoeften van de kinesitherapie. Deze studie zal het mogelijk maken eerder vooropgestelde quota te herevalueren en desgevallend nieuwe maatregelen uit te werken, waarbij in elk geval definitief afgestapt wordt van een selectieproef aan het einde van de studies.

De huidige en de toekomstige studenten kinesitherapie, alsook de pas afgestudeerden, zullen zich

beter kunnen oriënteren op de arbeidsmarkt als de noden inzake kinesitherapie precies gekend zijn en hierover op een adequate wijze wordt gecommuniceerd. Wat zijn de reële behoeften op het terrein en in de activiteitssectoren? Welke tendensen doen zich voor op de arbeidsmarkt? Welke zijn de cijfers betreffende de in- en uitstroom van het beroep?...

De werkgroep ziet in dat de studie en de bespreking van de noden volgens de activiteitssectoren in de kinesitherapie de nodige tijd in beslag zal nemen. Zij wenst hiervoor echter ook een tijdsplan en een resultaatsverbintenis voorop te stellen.

Aangezien de volksgezondheid een Federale materie betreft, doch het onderwijs in kinesitherapie een bevoegdheid is die behoort tot de Gemeenschappen, is de realisatie van overleg tussen de Gemeenschappen en de Federale overheid een belangrijk gegeven in dit dossier. Het ramen van de behoeften en van de noden inzake kinesitherapie is een essentieel onderdeel van deze besprekingen, die tussen de federale overheid en de Gemeenschappen moeten aangevat worden alvorens de selectieproef kan afgeschaft worden. Deze besprekingen zijn overigens reeds gestart.

De werkgroep van de planningscommissie geeft de aanbeveling het examen af te schaffen – zowel voor de afgestudeerden als voor de studenten die in opleiding zijn – op voorwaarde dat:

- Het verbeterd kadaster van de kinesitherapie uiterlijk eind 2012 is opgesteld, invulling gevend aan vooropgestelde criteria naar aanleiding van vroegere vergaderingen hieromtrent in de werkgroep.
- Er een studie over de noden volgens de activiteitssectoren in de kinesitherapie wordt uitgevoerd vóór 1 mei 2013. De werkgroep wenst hiervoor een tijdsplan en een resultaatsverbintenis voorop te stellen.
- De nodige stappen worden gezet om de opleidingen kinesitherapie in België verder te harmoniseren en te rationaliseren. Er wordt gestreefd naar de algemene invoering van een vijfde jaar in de opleiding kinesitherapie in de beide Gemeenschappen. In de Vlaamse Gemeenschap werden door de universiteiten en hogescholen sedert 2007 concrete maatregelen geïmplementeerd om het onderwijs in kinesitherapie te uniformiseren, het aantal opleidingen te rationaliseren en te voorzien in een zekere voorbereiding naar bijzondere beroepsbekwaamheden middels het invoeren van afstudeerrichtingen. Vanaf 2014 zal de opleiding Kinesitherapie volledig geïntegreerd worden in de universitaire opleiding.
- De ontmoetingen tussen de federale overheid en de Gemeenschappen worden volgens het vastgesteld schema verder gezet.

Een beperkt aantal leden van de werkgroep kinesitherapie van de Planningscommissie zal deelnemen aan de besprekingen tussen de Federale overheid en de Gemeenschappen.

De werkgroep kinesitherapie zal de voortgang van de besprekingen en de impact van de genomen maatregelen met betrekking tot het beroep evalueren en in functie daarvan verder advies verstrekken i.v.m. de planning van het medisch aanbod m.b.t. de kinesitherapie.

Preadvies 2012

Gezien de werkgroep kinesitherapie van de Planningscommissie medisch aanbod nog niet beschikt

over de nodige elementen om een afschaffing van het examen aan te bevelen,

Gezien de werkgroep kinesithérapie van de Planningscommissie medisch aanbod nog geen kennis heeft van de uitspraak van de Raad van State aangaande juridisch verweer tegen de selectieproef en dus de mogelijke gevolgen van dit arrest niet kan inschatten,

stelt de Planningscommissie voor de selectieproef voor één jaar op te schorten. Deze opschorting betreft alle afstuderende studenten van het academiejaar 2011-2012 alsook al diegenen die reeds afgestudeerd zijn en die zich dit academiejaar inschrijven voor de selectieproef.

De werkgroep kinesithérapie zal de voortgang van de gevraagde werkzaamheden opvolgen om uiteindelijk te komen tot een definitieve afschaffing van de selectieproef.

6.1.2 ADVIES 2012_02 INZAKE CONTINGENTERING ARTSEN: EVOLUTIE VAN DE ARTSENCONTINGENTERING.

De planningscommissie heeft tijdens haar vergadering van 30 mei 2012 nota genomen van een rapport van het RIZIV in verband met het artsenbestand 2010 in het kader van de ziekteverzekering. De Commissie heeft de werkgroep artsen als opdracht gegeven om deze gegevens te analyseren en om voorstellen te formuleren in het kader van het planningsbeleid.

Het rapport van het RIZIV toont aan dat de globale densiteit aan geneesheren-specialisten tussen 2000 en 2010 toegenomen is, maar dat die van de huisartsen gedaald is. Opmerkelijk is vooral dat het aantal huisartsen met meer dan 500 patiëntcontacten per jaar in 10 jaar gedaald is van 10.855 naar 10.536 en dat het gemiddelde patiëntenbestand gestegen is van 802 naar 1003 patiënten per huisarts. Het kadaster van de huisartsen uit 2009 telde 9200 beroepsbeoefenaars die voldoen aan de erkenningscriteria. Daarnaast stelt men vast dat bijna 40% van de huisartsen ouder is dan 55 en de kans bestaat dat ze niet allemaal vervangen zullen worden in de komende jaren.

De werkgroep Planning heeft die gegevens geanalyseerd en stelt vast dat het onder andere het gebrek aan planning in de jaren 1985-1995 is dat heeft geleid tot het probleem van de "plotselinge daling" van het aantal huisartsen jonger dan 55 jaar. Een duidelijke planning blijft dus nodig, met "minimum"-quota voor de verschillende disciplines en een maximum voor het globale aantal. Een gemiddeld patiëntenbestand van 1003 patiënten per huisarts, dat is een lagere dichtheid dan in andere Europese landen (bv. in Scandinavië, in Nederland). In die landen bedraagt het gemiddelde patiëntenbestand 1500 à 2000 patiënten per huisarts. Als we echter rekening houden met de huidige organisatie van de huisartsgeneeskunde in België, komt duizend patiënten per arts gemiddeld overeen met een twintigtal contacten per dag.

Wat betreft de evolutie van het aantal huisartsen, stelt men vast dat wanneer de wettelijk voorziene minimumquota worden nageleefd, de huidige capaciteit behouden zou moeten kunnen blijven. We kunnen echter alleen maar vaststellen dat deze quota de laatste jaren niet gerespecteerd werden, ook al zien we sinds kort een verbetering, en dat een bepaald percentage jonge huisartsen uit het beroep stapt. Bovendien stellen we enerzijds vast dat de vervrouwelijking van het beroep en de toenemende wens van de jonge huisartsen om het beroepsleven met het privéleven te verzoenen de wekelijkse arbeidscapaciteit doen dalen en anderzijds dat de jonge artsen niet langer altijd opteren voor een lineaire loopbaan. Niettemin blijkt uit de bijgevoegde grafiek een verbetering van de situatie in Vlaanderen.

Rekening houdend met de huidige curves, en teneinde een performante eerstelijnsgezondheidszorg te garanderen, moeten de volgende maatregelen op korte termijn worden genomen, zodat ze hun vruchten afwerpen in 2020:

1. Herdefiniëren van de rol van de huisarts binnen het zorgsysteem: de huisarts is het eerste aanspreekpunt en lost meer dan 90% van de nieuwe problemen zelf op, hij staat in voor de preventie bij zijn patiëntenbestand en speelt een rol in de behandeling van chronische problemen, in samenwerking met de andere eerstelijns hulpverleners (horizontale integratie)

en de geneesheren-specialisten (verticale integratie). Daarvoor dient een persoon "gefidelizeerd" te zijn bij een huisartsenpraktijk of een praktijk voor eerstelijnsgezondheidszorg (waar het GMD algemeen wordt toegepast) en zijn er maatregelen nodig die de patiënten stimuleren om bij voorkeur een beroep te doen op een huisarts om hen te begeleiden in hun zorgvraag.

2. Intensiveren van de maatregelen om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken, om een betere geografische spreiding van de huisartsen mogelijk te maken (met bijzondere aandacht voor de landelijke gebieden, de zones met een lage bevolkingsdichtheid en de achtergestelde wijken in de steden).
3. Op korte termijn maatregelen nemen om de "taakverdeling" te vergemakkelijken binnen de huisartsenpraktijken: het creëren van de functie "praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg", verpleegkundigen die werken in de praktijken voor eerstelijnsgezondheidszorg, administratief personeel,... Daarvoor moeten de middelen van het IMPULSEO-fonds worden opgetrokken.
4. Vragen aan de permanente werkgroep van de Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en Huisartsen om oplossingen uit te werken voor de artsen met een RIZIV-nummer als "huisarts", dat niet beantwoordt aan de criteria van het ministerieel besluit van 1 maart 2010. Die oplossingen moeten die artsen oriënteren, zodat ze een geschikte plaats kunnen vinden in het gezondheidssysteem.
5. In afwachting zou men de "minimumquota" van de huisartsgeneeskunde kunnen verhogen en erop toezien dat die quota worden gehaald en dat er eveneens voldoende kwaliteitsvolle opleidingsplaatsen zijn.

De Commissie wil erop wijzen dat er nog andere specialiteiten zijn waarvoor er maatregelen zouden moeten worden genomen om de aantrekkelijkheid te verhogen. Dat is uiteraard het geval voor de specialiteiten met minimumquota zoals de urgentiegeneeskunde, de acute geneeskunde, de geriatrie en de kinderpsychiatrie, maar ook voor andere specialiteiten, zoals de klinische biologie, de anatomopathologie, de radiologie of de algemene inwendige geneeskunde. Die laatste specialiteit zou eindelijk volwaardig erkend moeten worden.

De werkgroep artsen wijst erop dat in het kader van de planning, de eerste maatregel die veralgemeend moet worden, het organiseren van een toelatingsexamen geneeskunde is. Dat maakt het ook mogelijk om de manier van lesgeven en de kwaliteit van de opleiding geneeskunde te verbeteren. We wijzen erop dat zo'n examen momenteel enkel bestaat aan Nederlandstalige kant, maar dat er aan Franstalige kant vanaf dit academiejaar 2012-2013 een selectie zal worden ingevoerd op het einde van het eerste quadrimester van het eerste jaar bachelor (enkel de studenten die slagen voor de examens basiswetenschappen in januari zullen hun studie mogen verderzetten in het tweede quadrimester).

Om de planningscommissie daarbij te helpen, is het nuttig om niet enkel te beschikken over de huidige cijfers van de artsen per specialiteit, maar ook over de leeftijds piramide voor elk van die specialiteiten.

Tot slot benadrukt de commissie dat het noodzakelijk is om de planning te bekijken in haar Europese dimensie.

6.2 EVOLUTIE VAN DE WETGEVING INZAKE PLANNING

In 2012 werd slechts één besluit gepubliceerd over de contingentering van artsen. Op dat vlak moet er dus op gewezen worden dat er geen wetgeving gepubliceerd is over het selectie-examen van kinesitherapeuten, aangezien de Minister beslist heeft om het examen op te schorten.

De volgende lijst omvat thematisch en chronologisch de juridische basis van de planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen in België. De teksten die van kracht zijn in 2012, staan in het grijs aangeduid.

WERKING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE	
10 oktober 1967	Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.
2 juli 1996	Koninklijk besluit tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie medisch aanbod (bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 29 augustus 1996).
3 mei 1999	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie medisch aanbod.
3 mei 1999	Koninklijk besluit tot uitbreiding van de bevoegdheid van de Planningscommissie-medisch aanbod tot het paramedisch beroep van logopedist.
3 mei 1999	Koninklijk besluit tot uitbreiding van de bevoegdheid van de Planningscommissie-medisch aanbod tot het beroep van vroedvrouw.
3 mei 1999	Koninklijk besluit tot uitbreiding van de bevoegdheid van de Planningscommissie-medisch aanbod tot de verpleegkunde-praktijk.

8 maart 2007	Huishoudelijk reglement van de Planningscommissie medisch aanbod <i>(geen bekendmaking in het Belgisch Staatsblad).</i>
15 maart 2010	Koninklijk besluit houdende de benoeming van de leden van de Planningscommissie-medisch aanbod.

CONTINGENTERING	
ARTSEN	
29 augustus 1997	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
7 november 2000	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
10 november 2000	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
30 mei 2002	Koninklijk besluit betreffende de planning van het medisch aanbod.
11 juli 2005	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod.
8 december 2006	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod.
12 juni 2008	Koninklijk besluit betreffende de planning van het medisch aanbod.
7 mei 2010	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.
1 september 2012	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.
TANDARTSEN	
29 augustus 1997	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
9 januari 2000	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per Gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
30 mei 2002	Koninklijk besluit betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde.

25 april 2007	Koninklijk besluit betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde.
28 november 2008	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2007 betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde.
19 augustus 2011	Koninklijk besluit betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde.
KINESITHERAPEUTEN	
7 oktober 2003	Koninklijk besluit betreffende de planning van de kinesithérapie.
20 juni 2005	Koninklijk besluit tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
18 september 2008	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
14 oktober 2009	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
2 september 2010	Ministerieel besluit tot vaststelling voor het jaar 2010 van de materie van het vergelijkend examen voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
31 augustus 2011	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

VERPLEEGKUNDIGEN	
	Er is geen wetgeving inzake contingentering voor verpleegkundigen.