

# PERIODIEK

DRIEMAANDELIJKS TIJDSCHRIFT VAN HET VLAAMS GENEESKUNDIGENVERBOND

**SYMPOSIUM van het  
Vlaams Geneeskundigenverbond**  
met de steun van het  
Doktersgild Van Helmont



## Contingentering: zegen of vloek?

15 jaar toelatingsproef voor artsen in Vlaanderen

VERSLAGBOEK

zaterdag 13 oktober 2012  
Paleis der Academiën te Brussel



## Inhoud Verslagboek

INLEIDING: A. BAERT .....	4
CENTRALE LEZINGEN.....	5
▪ CONTINGENTERING EN TOELATINGSEXAMEN: B. HIMPENS	5
▪ CONTINGENTERING, EEN BEPALENDE FACTOR VOOR DE GEZONDHEIDSZORG?: L. IDE	9
▪ ARTSENBEHOEFTE IN EUROPA EN VLAANDEREN: R. PELEMAN	12
▪ CONTINGENTERING: GEVOLGEN VAN HET VERSCHILLENDE BELEID VAN DE GEMEENSCHAPPEN: R. VERMEULEN	18
PANELGESPREK: IS VERSOEPILING VAN DE VLAAMSE TOELATINGSPROEF WENSELIJK? .....	22
▪ STANDPUNT VAN P. DEGADT	22
▪ STANDPUNT VAN P. VAN ROYEN	22
▪ STANDPUNT VAN B. VELKENIERS	23
▪ STANDPUNT VAN M. MOENS	23
▪ DISCUSSIE MET PANELLEDEN EN PUBLIEK: verslag B. GARMYN	25
SLOTWOORD: J. DOCKX .....	31
LIJST VAN DEELNEMERS EN VERONTSCHULDIGDEN .....	33
MET DANK AAN .....	34

## RAAD VAN BESTUUR

Voorzitter: Dr. J. Dockx  
Ondervoorzitter: Dr. R. Vermeulen\*  
Secretaris: Dr. B. Garmyn  
Penningmeester: Dr. G. Debruyne  
Cultuur: Dr. J. Dockx  
Leden: Prof. Dr. A. Baert, Prof. Dr. D. Brutsaert, Dr. F. Goes, Dr. L. Ide, Dr. P. H. Jongbloet, Prof. Dr. E. Ponette\*, Dr. D. Van de Voorde, Dr. L. Van Ermen, Dr. J. Van Meirhaeghe\*, Dr. H. Verbrugge  
\* oud-voorzitter

## RAAD VOOR ADVIES

Prof. Dr. R. Casteels, K.U.Leuven  
Prof. Dr. D. De Looze, UGent  
Prof. Dr. L. Denis, directeur  
Oncologisch Centrum Antwerpen  
Prof. Dr. W. Dierick, UA  
Prof. Dr. A. Dupont, decaan geneeskunde  
en farmacie, VUB  
Dr. C. Geens, voorzitter  
Alumni geneeskunde K.U.Leuven  
Prof. Dr. J. Peers, K.U.Leuven  
Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, rector UGent  
Prof. Dr. Ph. Vandekerckhove,  
gedelegeerd bestuurder Rode  
Kruis Vlaanderen  
Dr. R. Verhaert, V.V.K.

## Uitgave van het VGV

**Redactieraad:** Prof. Dr. A. Baert, Dr. J. Dockx, Dr. J. Gyselincx, Dr. P.H. Jongbloet, Dr. R. Lenaerts, Prof. Dr. E. Ponette, Dr. J. Van Meirhaeghe  
**Verantwoordelijke uitgever:**  
Dr. J. Van Meirhaeghe,  
Koolkerkesteenweg 76, 8340 Oostkerke  
**Hoofdredacteur:** Prof. Dr. E. Ponette,  
Schoonzichtlaan 40, 3020 Winksele-Herent  
en Dr. P.H. Jongbloet  
*De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.*  
**Drukkerij** Jules De Winter,  
Bisschoppenhoflaan 216, 2100 Deurne,  
Tel. 03/232.20.22, Fax. 03/225.15.84

Wie bepaalde figuren in kleur wil bekijken: zie [www.vgv.be](http://www.vgv.be)

## UITGAVEN VGV

### Autokenteken

- Decalco € 2.00,- + € 0.65,- Port
- Aluminium € 3.00,- + € 0.65,- Port

Fiscaal dagboek € 25.00,- + € 1.95,- Port

## Lidgeld V.G.V.

Gewoon lid	€ 55.00
Tot 5 jaar na diploma	€ 25.00
Arts zonder praktijk	€ 25.00
Steunend lid	€ 75.00
Artsenkoppel	€ 60.00
Artsenkoppel (tot 5 jaar na diploma of zonder praktijk)	€ 30.00
Abonnement "Periodiek" voor niet leden	€ 20.00

KBC IBAN nr.: BE22 4073 0622 5147

Secretariaat V.G.V.: Ergo de Waellaan 3 - bus 14  
2100 Deurne - Antwerpen - Tel: 03/322.28.50 - Fax: 03/322.45.14  
e-post: [info@vgv.be](mailto:info@vgv.be) - webstek: [www.vgv.be](http://www.vgv.be)  
Het secretariaat is open van maandag tot donderdag (9u-14u).

# PROGRAMMA



**SYMPOSIUM van het  
Vlaams Geneeskundigenverbond  
met de steun van het  
Doktersgild Van Helmont**

## Contingentering: zegen of vloek?

**zaterdag 13 oktober 2012**

Paleis der Academiën, auditorium Baron Lacquet  
Hertogstraat 1, 1000 Brussel

### Programma:

**9u00 onthaal**

**9u30 centrale lezingen**

Inleiding: **Em. Prof. dr. Albert Baert**

**Prof. dr. Bernard Himpens**, voorzitter Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België:  
**Historiek en resultaat van contingentering en toelatingsproef**

**Dr. Louis Ide**, senator: **De contingentering: een bepalende factor voor de gezondheidszorg? Enkele conclusies op basis van de meest recente beschikbare cijfers.**

**Prof. dr. Renaat Peleman**, hoofdarts UZ Gent : **Artsenbehoeften in Europa en in Vlaanderen**

**Dr. Robrecht Vermeulen**, voorzitter Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen : **Gevolgen van het verschillend beleid van de Gemeenschappen**

**11u05 pauze**

**11u20 Is versoepeling van de Vlaamse toelatingsproef wenselijk?**

Paneldiscussie o.l.v. **Em. Prof. dr. Albert Baert** met

**Dhr. Peter Degadt**, voorzitter Zorgnet Vlaanderen

**Prof. dr. Paul Van Royen**, decaan faculteit Geneeskunde & Gezondheidswetenschappen Universiteit Antwerpen

**Prof. dr. Brigitte Velkeniers**, diensthoofd Interne Geneeskunde/Endocrinologie UZ Brussel

**Dr. Marc Moens**, voorzitter BVAS

**12u20 Slotwoord: Dr. Jan Dockx**, voorzitter VGV

**12u30 receptie**

*Accreditering rubriek 6 Ethiek en Economie aangevraagd*

## INLEIDING: EM. PROF. DR. ALBERT BAERT



Het VGV is zeer gelukkig u hierbij een overzicht aan te bieden van de voordrachten, gehouden tijdens het tweejaarlijks VGV-symposium 2012, gewijd aan de contingentering van artsen en tandartsen in België.

Het is nu 15 jaar geleden dat op federaal vlak beslist werd om het aantal artsen en tandartsen, dat toegelaten wordt tot het beoefenen van de curatieve geneeskunde binnen de RIZIV-reglementering, drastisch te beperken. Deze maatregel werd verantwoord door de vrees dat een verdere onbeperkte stijging van het aantal artsen niet alleen dreigde het RIZIV-budget te doen ontsporen maar ook zou leiden tot een gebrekkige en dus onvoldoende praktijkervaring van de individuele arts met een negatief effect op de kwaliteit van de geneeskundige zorgen in België. De beperking werd doorgevoerd door middel van een “contingentering” van het aantal RIZIV-nummers, jaarlijks te bepalen door een federale planningscommissie.

Vermits onderwijs, in tegenstelling tot sociale zekerheid, een gemeenschapsbevoegdheid is diende elke gemeenschap de procedure van de instroombeperking van het aantal studenten geneeskunde te bepalen. Vlaanderen stelde vanaf 1998 een strenge toelatingsproef in. Dit resulteerde in een drastische daling van het aantal studenten geneeskunde en vervolgens van het aantal afgeleverde artsdiploma's. De Franse Gemeenschap heeft evenwel tot nu toe geen enkele efficiënte procedure van instroombeperking ingevoerd.

Als antwoord op het hoge aantal overtallige Franstalige studenten in opleiding werd aanvankelijk het jaarlijks contingent telkens verhoogd. Nadien werd ook nog een systeem van “voorafname” (“lissage”) ingevoerd, wat toelaat de contingenten van de volgende jaren op voorhand te gebruiken. Uiteraard wordt aldus het ganse systeem uitgehoud en worden de beoogde doelstellingen op de helling gezet. Bovendien zal het reeds bestaande overwicht van Franstalige artsen in België nog toenemen zodat er een (verdere) verdringing van Nederlandstalige artsen in Brussel en Vlaanderen dreigt, aangezien elke arts met een erkend RIZIV-nummer de geneeskunde kan uitoefenen op het ganse grondgebied van België.

De herhaalde uitspraken van de huidige minister van Volksgezondheid L. Onkelinx, die tegen het advies van haar eigen Planningscommissie in voorstelt om het stelsel van contingentering eenvoudig weg af te schaffen, bevestigen maar al te zeer de vrees, dat de Vlaamse inspanningen om tot een goed functionerend, financieel leefbaar en kwalitatief hoogstaand gezondheidsbeleid in België te komen vruchteloos dreigen te worden. Meer bepaald door de hardnekkige onwil van de Franstaligen om de afgesloten overeenkomsten op federaal vlak aangaande de contingentering loyaal en efficiënt uit te voeren.

Redenen te over dus voor het VGV om 15 jaar na het invoeren van de contingentering, deze aan een grondige evaluatie te onderwerpen en haar tweejaarlijks symposium aan dit thema te wijden. Het programma brengt een diepgaand, evenwichtig en alomvattend overzicht van de actuele stand van zaken aangaande de contingentering maar ook van de artsenbehoeften in het algemeen.

Het VGV is zeer dankbaar dat het hiertoe beroep kon doen op bekende persoonlijkheden uit de academische instellingen, uit de artsen- en ziekenhuisorganisaties, allen goed vertrouwd met de gestelde problematiek. Het VGV dankt ook het bestuur van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België voor zijn gastvrijheid en het personeel van het Paleis der Academiën voor zijn bereidwillige hulp.

Ik ben er van overtuigd dat onze lezers in de hiernavolgende bijdragen vele interessante en nuttige gegevens zullen vinden om een goed inzicht te bekomen in de contingentering, toelatingsproef en artsenbehoeften.

\* \*

\*

# CENTRALE LEZINGEN

## CONTINGENTERING EN TOELATINGSEXAMEN



Contingentering en toelatingsexamen zijn begrippen, die rond 1996 voor de eerste maal opdoken. In 1996 had het federale parlement immers beslist om het aantal artsen en tandartsen te beperken. Men vreesde dat het toenemend aantal artsen/tandartsen (de “plethora”) zou leiden tot een ontsporen van het budget van het RIZIV. Een tweede overweging was dat het tanend aantal patiëntencontacten zou leiden tot een erosie van de individuele praktijkervaring.

De federale planningscommissie besliste in 1996 om het aantal artsen en tandartsen, dat toegang zou krijgen tot de curatieve zorg (m.a.w. RIZIV-erkenning zou krijgen), te beperken in aantal en per gemeenschap.

De gemeenschappen kregen de opdracht om deze uitstroombeperking te vertalen in een instroombeperking voor het onderwijs. In Vlaanderen werd het toelatingsexamen georganiseerd. Dit bestaat nog steeds. In de Franstalige Gemeenschap zijn er ondertussen (met minder succes) verschillende mechanismen uitgetoetst: een filter over de bachelor, instellen van quota per universiteit, opschorting en tenslotte in 2013 zal er na 4 maanden opleiding in het tweede semester een selectie worden georganiseerd.

### 1. De Federale Contingentering

De contingentering heeft ondertussen een enorme evolutie meegemaakt. Initieel was het aantal artsen in Vlaanderen beperkt tot 420 in 2004. Momenteel is dit aantal verhoogd tot 738 per jaar (met een verdubbeling voor het jaar 2018 waar een zes- en zevenjarige cohorte zal afstuderen)(zie tabel onderaan).

Het aantal huisartsen was initieel vastgesteld op 180 van het totaal aantal, nadien op een 40 % van het totaal en vervolgens terug op een vast aantal. Momenteel zijn er 240 huisartsen opgelegd vanaf 2016.

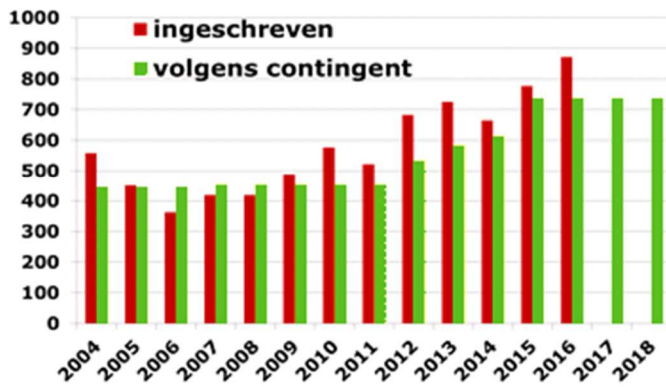
Er was tussen 2004-2009 een tijd van subquota voor de verschillende specialismen naast een immunisatie voor o.a. wetenschappelijk onderzoek of kinderpsychiaters. Momenteel zijn er nog steeds minimumquota voor kinderpsychiatrie, geriatrie, urgentie- en acute geneeskunde.

De wetgeving rond de planning heeft al vele evoluties ondergaan, waarvan de uitvoering gedeeltelijk moeilijk te implementeren bleek te zijn. Merkwaardig blijft ook dat deze wetgeving enkel van toepassing is op de Belgische studenten en dus niet op de buitenlandse artsen. Tenslotte baart het principe van spreiding zorgen. Dit principe houdt in dat ondertallen van een bepaald jaar door overtallen van een ander jaar mogen gecompenseerd worden. Dit betekent praktisch dat slechts in 2018 een balans door de FOD Volksgezondheid zal worden opgemaakt. Het valt te vrezen dat er dan een ernstige scheefftrekking tussen beide gemeenschappen duidelijk zal worden (zie simulatie in schema's pagina 6).

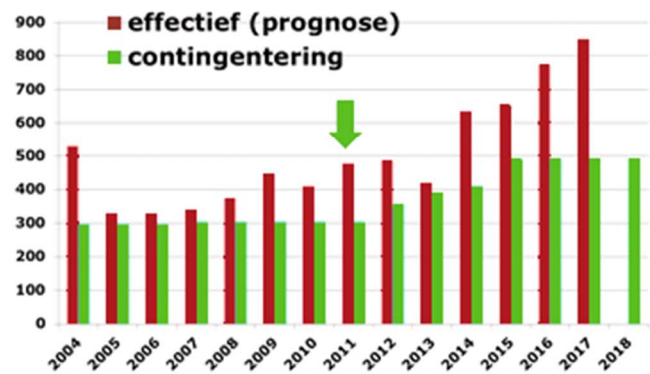
## CONTINGENTERING anno 2012

KB 01/09/2012	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2015	2016	2017	2018
<b>Vlaanderen</b>	420	420	420	420	420	420	420	420	500	585	615	738	738	738	1476
HA	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	216	240	240	480
ASD	280	280	280	280	280	280	280	280	280	280					
Kinderpsy	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	24
Onderzoek	13	13	13	13	13	13	13	13	13						
Acute				6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	24
Geriatric															24
Urgentie				3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	6
art 1. attest											art 5. < 2004: niet in de contingentering				
art 3. Imm. in quota											art 6. onderzoek: doctoraat afleggen: vervanging				
art 4. subquota opgeheven; 4 minima											art 7. overgang, saldi				

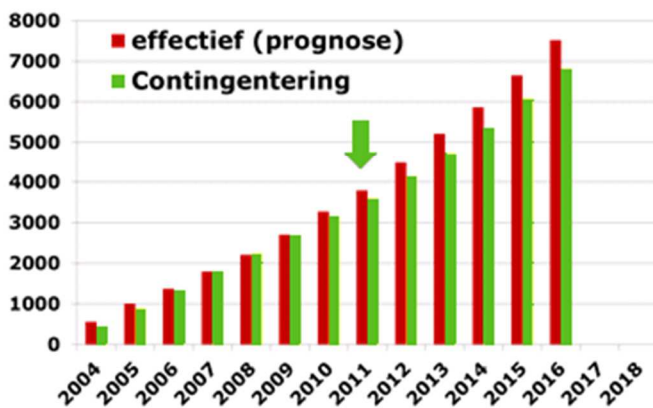
## CONTINGENTERING IN VLAANDEREN



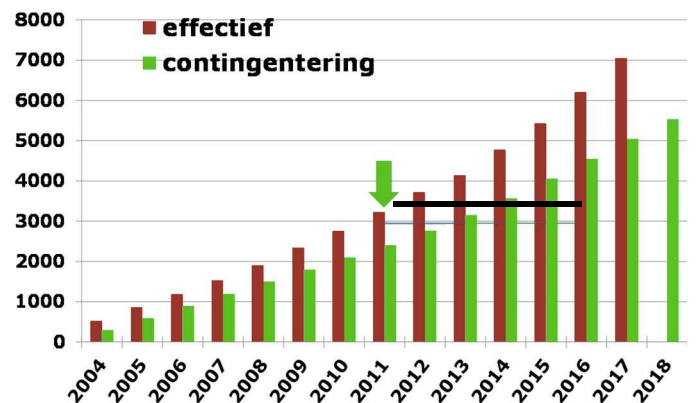
## CONTINGENTERING FRANSTALIGE GEMEENSCHAP



## CUMULATIEVE TABEL CONTINGENTERING IN VLAANDEREN



## CUMULATIEVE TABEL CONTINGENTERING FRANSTALIGE GEMEENSCHAP



## 2. Het Vlaamse Toelatingsexamen

Sinds de start van het toelatingsexamen is het aantal deelnemers progressief gestegen. In 1997 waren er 1.243 (unieke) deelnemers ingeschreven voor 1 of beide sessies. In 2012 waren er dit 5.286. De cijfers over alle jaren (1997-2012) heen tonen aan dat globaal 42,3 % van alle kandidaten (N=31.800) slaagt, weliswaar gemiddeld na 1,7 keer deelnemen. Belgische kandidaten maken 76,1 % van de inschrijvingen en 87,7 % van de geslaagden (N=10.839) uit. Vrouwelijke kandidaten vormen 62,8 % van de inschrijvingen en 58,7 % van de geslaagden (N= 7.258) uit.

De hoogste slaagcijfers bij de 18 jarige Belgen vindt men terug in de wetenschappelijke richtingen van het secundair onderwijs met name Wetenschappen-Wiskunde; Latijn-Wiskunde & Grieks Wiskunde en Wetenschappen.

Uiteindelijk start ongeveer 15 % niet met de opleiding. Het "zich kunnen meten in een examen" is voor hen het meest gehoorde argument. Van degene, die wel starten, kiest 90 % voor geneeskunde en 10 % voor tandheelkunde. Dit komt ongeveer overeen met de intenties van de kandidaten bij de inschrijving voor het toelatingsexamen.

De geslaagden hebben een grote kans om succesvol hun studies geneeskunde of tandheelkunde af te ronden. Het slaagcijfer van de eerste bachelor geneeskunde of tandheelkunde ligt immers rond 85 %.

Er was door het toelatingsexamen een enorm impact op de inschrijvingen van het aantal studenten in de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde. Het aantal studenten onderging een enorme daling, vermits de eerste vijf jaar van het examen slechts weinig studenten doorheen de strenge selectienormen geraakten. Het contingent werd niet eens ingevuld. De laatste jaren is het aantal sterk gestegen mede door het verminderen van de slaagvoorwaarden. Dit alles verklaart waarom alle medische faculteiten rond 2002-2003 op een dieptepunt in studentenaantallen zaten (wat 7 jaar later het gevolg was voor de assistenten in opleiding). Tegenwoordig kennen ze echter meer studenten dan voor het toelatingsexamen. Zo tuimelde het aantal studenten in de opleiding geneeskunde van de KU Leuven van 2400 in 1995 naar 1500 in 2003 om terug te pieken boven 2900 studenten in 2012.

Het toelatingsexamen heeft over de jaren mee de medicalisering van de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde mogelijk gemaakt. Ook in het kader van de reductie van de opleiding geneeskunde naar zes jaar biedt het toelatingsexamen een geruststelling.

Vanuit financieel oogpunt zijn er ook voordelen. Naast de kostprijs van het toelatingsexamen per geslaagde student van slechts 500 euro, optimaliseert het examen ook mee de

geldstroom van de Vlaamse Overheid naar de opleidingen geneeskunde/tandheelkunde toe.

Het volgend (hypothetisch) voorbeeld tracht dit aan te tonen. Van de 1.071 studenten die geslaagd zijn in het toelatingsexamen zal ongeveer 85 % (of 910 studenten) de tweede studiefase van de opleidingen zonder studieduurverkortingen halen. Hiervoor verwerven de universiteiten telkens 60 studiepunten aan een OBE 3,9. Elk studiepunt is ongeveer 51 euro waard. De overheid betaalt dus ongeveer 12,8 M euro ( $1071 * 60 * 3,9 * 51$  euro) aan de universiteiten. Dit betekent ongeveer 14,1 K euro per hypothetisch geslaagde student, die naar de tweede fase kan.

Indien alle deelnemers aan het toelatingsexamen zouden kunnen starten in de opleiding betekent dit een kost van 63,1 M euro ( $5285 * 60 * 3,9 * 51$  euro). Het slaagcijfer zou dan slechts 20 % zijn (vergelijkbaar met Franstalig België) zodat de kost voor 910 geslaagden 69,3 K euro zou bedragen. Daarnaast komt nog de kost om 1 jaar aan de universiteit te studeren. Het spreekt echter vanzelf dat de vergelijking niet volledig opgaat aangezien een aantal studenten via andere studierichtingen toch in de opleidingen arts/tandarts terecht komt, maar het geeft toch een beeld van het kostenbesparende van het toelatingsexamen.

Zijn er dan geen bedenkingen, die kunnen geformuleerd worden? De weinig transparante criteria (men is geslaagd wanneer  $KIW > 10/20$ ;  $IVV > 10/20$  en totaal  $22/40$ ) is soms moeilijk uit te leggen.

Het examen heeft, doordat men zich intens voorbereidt, een ernstig impact op de 18-jarigen en hun omgeving.

Er is ook een sterk oneigenlijk gebruik van het examen: velen komen zich enkel en alleen meten, er is het verontwaardigend aantal 5<sup>de</sup> jaars algemeen secundair onderwijs en er zijn ook vele supporters die gewoon meedoen om zoon- of dochterlief te ondersteunen en zo de slaagcijfers van de proef vertroebelen. De examencommissie is ook verontrust door de sterke commercialisering allerhande met de explosie aan (betaalde) repetitoren. Tevens kan men niet ontkennen dat het toelatingsexamen een drastisch impact heeft gehad op de studiekeuze van de jongeren in het secundair onderwijs.

Men hoort dikwijls als opmerking dat er nog meer manpower nodig is of dat bepaalde profielen moeilijk slagen spijts het feit dat het deel Informatie Verwerven en Verwerken (IVV) een evenwaardige functie vervult als Kennis in de Wetenschappen (KIW).

Vervolgens schrikt de taal van het examen sommige studenten van vreemde origine af.

Tenslotte kan het ongelijke instroombeleid van de twee gemeenschappen van ons land op weinig begrip rekenen en dit is dikwijls een bron van ongelof tot ergernis.

### 3. Welk is nu het effect op de zorgverstrekkers en zijn er maatregelen nodig?

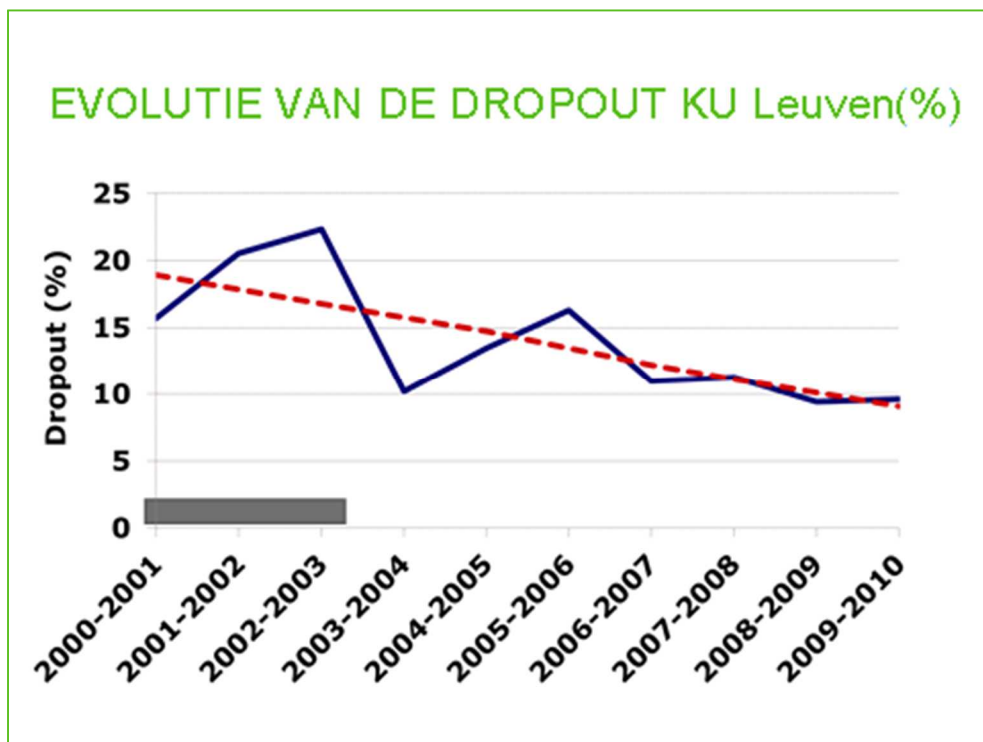
De contingentering heeft ervoor gezorgd dat studenten op het einde van hun opleiding onmiddellijk toegang wensen te verwerven tot de curatieve zorg en dan ook direct hun RIZIV-nummer aanvragen ("om zeker te zijn") via de bestaande structuren (Bv ICHO) en/of selectiemechanismen voor de specialisaties. Dit houdt in dat die groep, die zijn keuze jaren uitstelt, aan de KU Leuven drastisch is afgenomen van 20 % in 2000 naar 10 % in 2009 (zie figuur onderaan). Er is ook weinig interesse voor niet curatieve gezondheidssectoren zoals de overheid, verzekeringen, leger enz.

De verhouding tussen huisartsen (40 %) en specialisten (60%) is mede door de contingenteringsregels vrij stabiel gebleven. Zullen er nu daadwerkelijk huisartsen te kort zijn in Vlaanderen? De eerste jaren van de contingentering waren er immers alarmerende berichten. Tegenwoordig kiezen echter meer en meer studenten via een positieve keuze voor huisartsgeneeskunde en wordt het contingent ruimschoots overschreden (zie figuur pagina 8 bovenaan). Het introduceren van vele stagemomenten tijdens de opleiding is daar niet vreemd aan. Heel veel zal echter ook afhangen van het takenpakket van de huisarts en andere hulpverleners, van de aantrekkelijkheid van de werkvoorwaarden van huisartsen en specialisten, de vervrouwelijking van het beroep en van de organisatie van de gezondheidszorg.

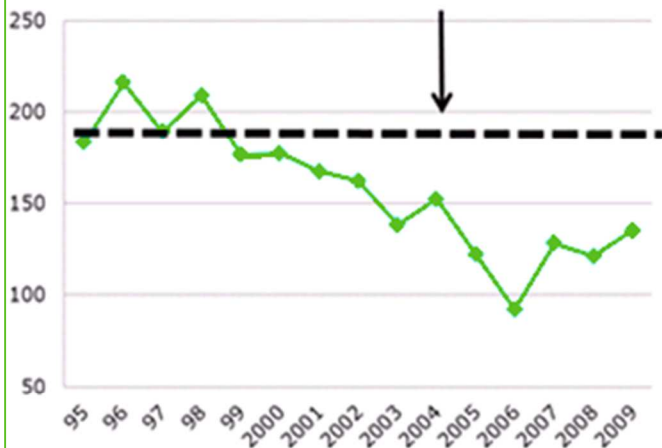
Dit is eveneens het geval voor andere knelpuntberoepen zoals (kinder)psychiatrie, geriatrie, urgentie of acute geneeskunde. Moet men nu bij elk knelpunt met quota beginnen werken?

Het kan niet ontkend worden dat quota sensibiliseren. Het verleden heeft echter ook aangetoond dat studenten deze quota soms misbruiken om in "het systeem" binnen te raken en dan zo snel mogelijk van richting te veranderen.

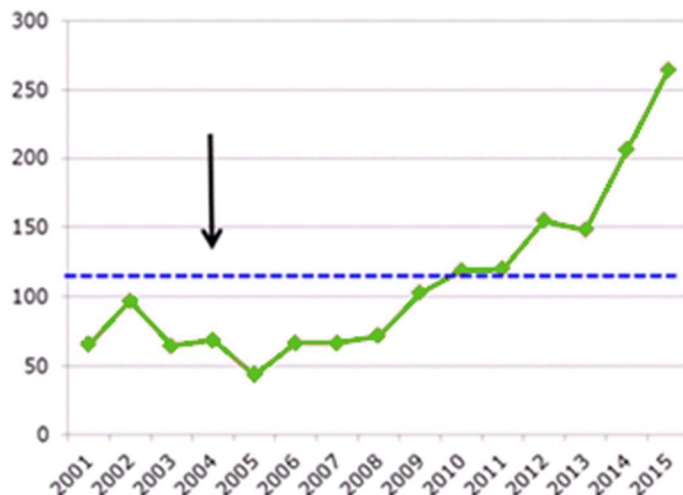
Essentieel in het geheel is het meten van het aantal gezondheidswerkers en hun activiteit. Hier gaat het dikwijls al fout bij het omschrijven van de definities. Nochtans is een goed meetinstrument onontbeerlijk om voldoende aantallen te bekomen maar ook om plethora te vermijden.



# HUISARTSEN IN OPLEIDING



**Huisartsen in opleiding in Vlaanderen**



**Huisartsen in opleiding KULeuven (prognose)**

De opleiding is in de motivatie van studenten essentieel. Studenten moeten veelzijdig en goed geïnformeerd worden. De vraag stelt zich of de opleidingen geen taak hebben om proactief de juiste competenties van hun studenten op te sporen en hierna een geschikt keuzestudietraject en opleiding aan te bieden i.p.v. passief af te wachten welke keuze de studenten gaan maken.

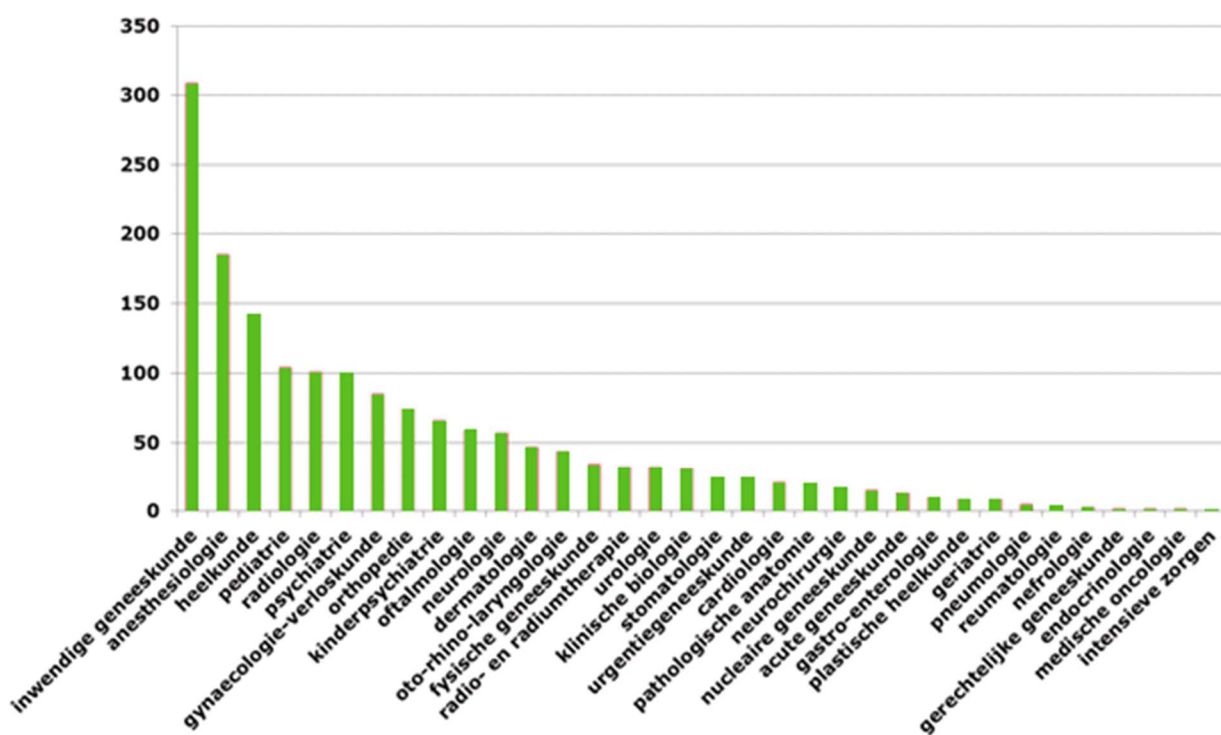
Stages in de basis- en vervolgoopleidingen zijn essentieel maar ze moeten kwalitatief zijn en ook op de opleiding gericht zijn. Succesvolle opleidingen mogen geen slachtoffer worden van hun succes zoals dat kan gebeuren wanneer er bv. onvoldoende kwalitatief opgeleide stagemeesters voorhanden zijn zoals dreigt voor bv. de huisartsgeneeskunde.

Tevens is in een systeem, waarbij de ziekenhuizen zelf hun assistenten in opleiding (ASO's) moeten betalen, de opleiding steeds ondergeschikt aan het verrichten van klinisch werk en kan "osmose" te fel op de voorgrond staan. Een solide en financieel gevaloriseerde master na master is ook essentieel om studenten goed

te kunnen opleiden.

Tenslotte zijn vele andere maatregelen die buiten het bereik van dit artikel liggen essentieel zoals de goede verloning, ook voor de intellectuele acte, en ondersteunende maatregelen om de gezondheidswerkers dat te laten doen waarvoor ze zijn opgeleid door de overlast van de administratie te verminderen. De zeer grote inkomenspanning over alle specialismen heen, waarvan de orde van grootte van de spanning niet zomaar te verklaren is door de zwaarte van het werk, houdt ook studenten weg van bepaalde disciplines. Administratieve overlast en regelgeving werken demotiverend en afstompemd.

## ASO's PER SPECIALISME (2004-2009)





De contingentering en het toelatingsexamen hebben een fundamenteel impact gehad op de samenleving in Vlaanderen. Het heeft effecten gehad op het secundair onderwijs en heeft de inhoud van het medische en tandheelkundige curriculum grondig gewijzigd met daarboven hoge slaagcijfers en rendement. De aantallen van contingentering zullen vrij goed benaderd worden. We mogen ons echter niet blind staren op de vraag of dit alles perfect verloopt.

Het is bijvoorbeeld essentieel dat een begeleidingscommissie een nieuwe evaluatie maakt van de spelregels van het toelatingsexamen en voorwaarden. Hopelijk zal ook de nieuwe staatshervorming bijdragen om het spanningsveld, dat er op het federale vlak bestaat, te verlichten.



**Prof. dr. Bernard Himpens, KU Leuven**

## CONTINGENTERING, EEN BEPALENDE FACTOR VOOR DE GEZONDHEIDSZORG?



### Samenvatting

*Is de contingentering een bepalende factor voor de gezondheidszorg? Om deze vraag te kunnen beantwoorden moeten we weten welke zorgverstrekkers onder de contingentering, of beter de "beperkende maatregelen" vallen. Vervolgens kunnen we enkel adequaat gaan plannen, indien we beschikken over correcte cijfers, eerlijke*

*prognoses én weten welk gezondheidszorgmodel we willen. We moeten ons de vraag stellen wat de kerntaken zijn van elke zorgverstrekker. Om het met een voorbeeld te stellen: indien de keuze is zoveel mogelijk mensen naar de spoeddiensten te draineren om daar geholpen te worden (met dus een laag opnamepercentage), zullen we andere artsen nodig hebben dan wanneer we mensen eerst naar de huisarts sturen. Indien we dan kiezen voor een meer huisartsgericht model moeten we ons de vraag stellen of het meer opleiden van artsen automatisch leidt tot meer huisartsen.*

*De vraag naar het zorgmodel en de kerntaken is essentieel. Het is eigenlijk ongelooflijk hoe de om en bij 25 miljard euro federaal gezondheidsbudget, er toch toe leidt dat er twee uitgavenpatronen zijn in België. Dus ondanks een "uniform" federaal beleid tekenen zich nu al twee keuzes af. Als de huisarts dan eerder Vlaams is en het ziekenhuis eerder Franstalig (om het met een boutade te stellen), leidt dit tot verschillende noden en een verschillende invulling van het contingent. Samen met deze vaststelling moet ook elke gemeenschap geresponsabiliseerd worden voor de keuzes die ze maakt. Wie zorgverstrekkers beperkt en daardoor bespaart, mag daar ook de vruchten van plukken. Wie dit niet doet moet zijn verantwoordelijkheid opnemen.*

### Inleiding

De contingentering werd eind de jaren '90 ingevoerd door de federale minister van Volksgezondheid Marcel Colla. In heel België kwamen er aldus quota voor artsen en tandartsen. Hierop organiseerde de Vlaamse Gemeenschap een toegangsexamen voor aspirant-artsen en tandartsen. Aan Franstalige zijde werd geëxperimenteerd met het afleveren van A en B – attesten en een examen na het eerste jaar, doch alle mogelijke maatregelen werden retroactief afgeschaft waardoor de instroom niet werd beperkt. In 2005 volgde er ook een contingentering voor kinesitherapeuten. In beide gemeenschappen werd er voor wat betreft de kinesitherapeuten niet beperkt aan de instroom. Voor niet-Belgen werd er in de Franse Gemeenschap een beperking ingevoerd voor de studies logopedie, kinesitherapie en diergeneeskunde. Onlangs, in juli 2012, vaardigde de Franse Gemeenschap een decreet uit dat ook de studies geneeskunde en tandheelkunde beperkt. Het is nog maar de vraag hoe de EU hierop zal reageren.

### Algemene voorwaarden

De contingentering werd in hoofdzaak ingevoerd om de plethora het hoofd te bieden. De immers niet zo onlogische redenering was dat het teveel aan zorgverstrekkers leidde tot overconsumptie. Doordat de federale regering quota invoerde zag de Vlaamse Gemeenschap zich genoodzaakt een toegangsexamen te organiseren. Het leek rechtvaardiger te beperken aan de instroom eerder dan aan de uitstroom. Echt consequent is de Vlaamse Gemeenschap niet geweest in die redenering, daar ze nooit werk maakte van een toegangsexamen kinesitherapie. In ieder geval leidt een toegangsexamen ook tot een aantal andere gunstige neveneffecten zoals de curriculumhervorming (die uiteindelijk geleid heeft tot de zesjarige geneeskundige opleiding), kwaliteitsborging, hogere slaagpercentages tijdens de studie (gemiddeld tot 85%) en een forse besparing van enkele 10.000en euro's per student per jaar voor de gemeenschap, om nog maar te zwijgen over de kost voor de ouders. Eventueel mag men er van uit gaan dat dit ook leidt tot minder frustratie, alhoewel er wel degelijk een frustrerende component inherent aan het toegangsexamen is.

Sowieso zijn er nadelen: de toegang tot het hoger onderwijs wordt beperkt. Planning is bovendien geen exacte wetenschap. Cijfers en prognoses worden vaak misbruikt in het politieke debat. Het is big business voor repetitoren, waardoor men zich terecht de vraag mag stellen in hoeverre het slagen in een toegangsexamen een elitaire bedoening wordt. Tot slot, de belangrijkste vraag is of we hierdoor geen potentiële goede, gemotiveerde zorgverstrekkers verliezen.

De planning van het medisch aanbod is geen sinecure. Doch een aantal essentiële voorwaarden moeten vervuld zijn wil men toch min of meer plannen en prospecties voor de toekomst maken. Eerst en vooral is er een dwingende nood aan een kadaster: wie doet wat, waar en hoeveel. Er dienen ook eerlijke prognoses gemaakt te worden. De planning dient zo humaan en democratisch mogelijk te verlopen. En bij dit alles mogen we nooit de cruciale vraag uit het oog verliezen: wat zijn de kerntaken van de zorgverstrekker? Hoe zien wij de zorgverstrekker functioneren in de gezondheidszorg? Welk gezondheidszorgmodel willen we?

### Tandartsen

Momenteel mogen er 140 tandartsen in België per jaar afstuderen uitgesplitst volgens de klassieke 60/40 verhouding. Enkel de Vlaamse Gemeenschap organiseert een toegangsexamen (hetzelfde voor artsen). Volgens de FOD Volksgezondheid zullen er in Franstalig België in 2012 63 gediplomeerden zijn, in 2013 79 en in 2014 191. Deze prognoses doen de wenkbrauwen fronsen aangezien er momenteel 1.466 studenten tandheelkunde zijn in Franstalig België (tabel 1). Rekening houdende met het feit dat er slechts een slaagpercentage is van om en bij de 20% in het eerste jaar, mag men toch verwachten dat over de komende jaren 805 studenten zullen afstuderen voor een toegelaten cumulatief quotum van 312. Aan Vlaamse kant zit men ongeveer binnen de quota.

## Tabel 1

Concertation interuniversitaire: UCL-ULB-ULg

18/11/11

### Ressources en équipements pour la formation en sciences dentaires vs le nombre d'étudiants

	Année	05-06*	06-07*	07-08*	08-09*	09-10*	10-11*	11-12**	Préclinique			Clinique	
										En fonction	Années en préclinique	Installations 2011-2012	Possibilité d'extension ?
ULg	BAC 1	70	59	83	70	120	170	214	40 simulateurs 40 places avec micromoteurs	Novembre 2011	BAC3 M1	20 [MA 1 - MA 2]*	20 fauteuils en demande
	BAC 2	32	22	18	31	20	42	43					
	BAC 3	17	29	22	16	22	18	44					
	MA 1	14	14	21	16	16	16	11					
	MA 2	11	12	13	23	13	15	17					
UCL	BAC 1	94	106	111	124	206	285	376 (-7)	27 simulateurs 44 places avec micromoteurs		BAC2 (90h) BAC3	31 [MA 1 - MA 2]*	/
	BAC 2	45	22	25	24	45	42	53 (+7)					
	BAC 3	31	42	33	25	25	43	48					
	MA 1	18	28	29	29	24	19	41					
	MA 2	34	17	27	30	28	25	22					
ULB	BAC 1	72	98	95	97	154	289	388	50 simulateurs 25 places avec micromoteurs	Janvier 2012	BAC2 (25h) BAC3	50 [MA 1 - MA 2]**	Développement réseau hôpitaux
	BAC 2	48	28	31	33	37	67	107					
	BAC 3	29	33	32	26	29	32	56					
	MA 1	28	26	26	29	24	23	23					
	MA 2	27	26	26	29	30	21	23					

\* Utilisation simultanée des installations

\*\* Utilisation en alternance des installations

Total étudiants (formation globale)	1466
Total étudiants MA 2 (diplômes juin 2012)	62
Total étudiants MA 1 (diplômes juin 2013)	75
<b>Planification Accès à l'agrément CfB (2011-2013)</b>	<b>60</b>
Total étudiants BAC3 (diplômes juin 2014)	148
Total étudiants BAC2 (diplômes juin 2015)	210
<b>Planification Accès à l'agrément CfB (2014-2015)</b>	<b>64</b>

48 Dent. Généralistes + 5 Dent. Sp. Parodontologie + 7 Dent. Sp. Orthodontie

52 Dent. Généralistes + 5 Dent. Sp. Parodontologie + 7 Dent. Sp. Orthodontie

\*Selon Note Prof G. Moonen (octobre 2011)

\*\* Chiffres actualisés (novembre 2011)

Men moet dan ook durven het ingangsexamen te herdenken door het los te koppelen van het geneeskundig ingangsexamen. Een behendigheidsstest naar internationaal voorbeeld moet overwogen worden. Ook moet het eenvoudiger gemaakt worden voor studenten die reeds een bachelor haalden in te stromen in de tandheelkunde. De toegang tot de studies dient verder aangepast te worden voor wat betreft de Vlaamse studenten, aangezien de instroom zo langzamerhand problematisch wordt. Aan de UGent bijvoorbeeld (een van de twee universiteiten die opleiding aanbieden in Vlaanderen) studeren en studeerden respectievelijk 16, 17 en 20 generatiestudenten. Daarenboven dienen paramedici (verder) opgeleid te worden als tandartsassistent en mondhygiënist. Ondersteunende maatregelen zoals bij de huisarts kunnen ook helpen. Ook hier is de vraag: welk tandheelkundig zorgmodel willen we? Tenslotte moet elke gemeenschap meer verantwoordelijkheidszin aan de dag leggen en daarvoor beloofd of bestraft te worden bij het al dan niet loyaal uitvoeren van een federale maatregel.

### Kinesitherapeuten

In 2005 studeerden voor het eerst te veel kinesitherapeuten af in Vlaanderen (tabel 2). Het gevolg was dat een uitgangsexamen werd georganiseerd. Alle afstuderende kinesitherapeuten dienden na de studies nogmaals een examen af te leggen om als zelfstandig kinesitherapeut aan de slag te kunnen. Dit fenomeen herhaalde zich in de jaren 2006 en 2007. Daardoor konden honderden Vlaamse kinesitherapeuten niet aan de slag als zelfstandig kinesitherapeut. Sinds 2008 valt Vlaanderen netjes binnen de quota. Aan Franstalige zijde was er aanvankelijk geen probleem tot in 2010 (tabel 3).

Er volgde een uitgangsexamen, doch in tegenstelling tot in Vlaanderen werd er niet beperkt. De Franstalige kinesitherapeuten konden met een voorlopig RIZIV-nummer aan de slag (code 526). Dit kostte in 2010 al 2.053.264,66 euro extra. Indien men de gegevens extrapoleert voor de 79 niet-geselecteerde voorlopige RIZIV-nummers van 2010-2011 en de 228 niet-geselecteerde voorlopige RIZIV-nummers van 2011-2012, komt men al gauw tot een cumulatief bedrag van 9,170 miljoen euro. Ondertussen zijn er 3.499 Franstalige Belgische studenten kinesitherapie in opleiding.

Een ingangsexamen is dus aangewezen wil men het inhumane uitgangsexamen afschaffen. Maar ook moet Vlaanderen vasthouden aan zijn 5-jarige wetenschappelijk onderbouwde opleiding. In functie van de zorgbehoefte dienen andere specialisaties verder ontwikkeld te worden en ook beter gehonoreerd te worden (zoals de geriatrische kinesitherapie). Men moet af van de pure "beurtgewijze" kinesitherapie en de kinesitherapeut inschakelen in zorgtrajecten tussen artsen, huisartsen, sportartsen... Met andere woorden een ander kinesitherapeutisch zorgmodel zal ook leiden tot het anders invullen van de kinesitherapie met meer aandacht voor *pay for quality*.

Tot slot speelt er groot gevoel van onrechtvaardigheid aan de kant van de Vlaamse kinesitherapeuten. Vlaanderen beperkte en Franstalig België niet. De Franse Gemeenschap, hierin gesteund door de huidige minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken Laurette Onkelinx, beperkte niet. Op 22 juni 2012 besliste de federale regering opnieuw niet te beperken. Ook hier wordt de gemeenschap die beperkte niet beloond, integendeel zelfs gestraft want de meeruitgaven zijn ten laste van heel België.

**Tabel 2: Stand van zaken op het gebied van de contingentering van de kinesitherapeuten in de 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	
Quota na compensatie	270	270	270	313	422	372	316	
Aantal geldig ingeschreven kandidaten voor het examen bij Selor (1)	375	365	378	336	253	248	271	
Drempel van het examen (quota+10%)	297	297	297	344	464	409	348	
Het examen vond plaats	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	
Aantal geselecteerde kandidaten (2)	270	270	270	336	253	248	271	
Overschrijding van het quotum na het examen	0	0	0	0(3)				

(1) Voor 2005 tot 2009, de reële cijfers van de inschrijvingen bij Selor

**Tabel 3: Stand van zaken op het gebied van de contingentering van de kinesitherapeuten in de Franse Gemeenschap**

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Quota	180	180	180	180	180	180	180	180
Compensatie	0	0	0	63	150	86	81	
Quota na compensatie	180	180	180	243	330	266	261	
Aantal geldig ingeschreven kandidaten voor het examen bij Selor (1)	198	178	195	252	313	347	489	
Drempel van het examen (quota+10%)	198	(180-12)=168 +10%=185	180-1=179 +10%=197	(243-8)=235 +10%=259	(330-8)=322 +10%=354	293	287	
Het examen vond plaats	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	
Aantal geselecteerde (2)	192	169	195	252	313	268	261	
Overschrijding van het quotum na het examen (3)	192-180=+12	169-168=+1	195-179=+16	+8 (Overschot van 2007) (4)				

(1) Voor 2005 tot 2009, de reële cijfers van de inschrijvingen bij Selor

(2) Aantal door Selor geselecteerde kandidaten of geldig ingeschreven bij Selor wanneer het examen niet wordt georganiseerd, en doorgegeven aan het Riziv.

(3) Overeenkomstig het artikel 8, §2 van het KB 20/06/05, teveel met 8 erkende kinesitherapeuten worden in mindering gebracht op het jaar 2008.

(4) Het debet-credit-systeem van artikel 8, § 2, van het KB van 20/06/2005 is niet meer van toepassing. Wij spreken niet meer van een overschot.

## Artsen

In diverse media duikt vaak het probleem van de contingentering op. Meestal wordt dit nogal kort door de bocht vertaald als "tekort aan artsen". Nochtans leidt Vlaanderen met de huidige quota vandaag te weinig artsen op, 315 in 2009 en al 369 in 2010. Wanneer we de subquota bestuderen merken we dat Vlaanderen 406 huisartsen te weinig opleidde (en er dus een licht overtal specialisten is).

Aan Franstalige zijde leidt men te veel artsen op. In 2009 werden al 92 artsen teveel opgeleid, in 2010 waren dat er al 109. Wanneer de *lissage* in 2018 wordt vereffend komt Franstalig België onmiskenbaar in de problemen, gelet op het hoog aantal studenten geneeskunde aan de Franstalige universiteiten (tabel 4).

**Tabel 4 Studenten geneeskunde Franstalige universiteiten**

2011-2012	ULB	FUNDP	Ulg	UCL	Mons	Totaal
1	719	691	745		303	<b>2458</b>
2	306	318	278		157	<b>1059</b>
3	156	212	197		111	<b>676</b>
4	185		148			<b>333</b>
5	149		141			<b>290</b>
6	125		100			<b>225</b>
7	151		88			<b>239</b>
<b>Totaal</b>	<b>1791</b>	<b>1221</b>	<b>1697</b>	<b>0</b>	<b>571</b>	<b>5280</b>
2012-2013	ULB	FUNDP	Ulg	UCL	Mons	Totaal
1	533	751	752		/	<b>2036</b>
2	299	390	280		/	<b>969</b>
3	162	256	231		/	<b>649</b>
4	201		175		/	<b>376</b>
5	167		142		/	<b>309</b>
6	136		142		/	<b>278</b>
7	122		99		/	<b>221</b>
<b>Totaal</b>	<b>1620</b>	<b>1397</b>	<b>1821</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4838</b>

Methodologie: alle universiteiten werden herhaaldelijk gecontacteerd. De UCL was niet bereid gegevens vrij te geven.

Een bijkomende moeilijkheid voor een degelijke planning is de onduidelijkheid over wie nu (huis)arts is. Volgens Artsenkrant zouden 1/3 van de huisartsen, spookartsen zijn. Nog volgens Artsenkrant migreren meer en meer Vlaamse artsen naar het buitenland. En nog recentelijk was de toevloed van zowel Nederlands- als Frans-onkundige Roemeense artsen voorpaginanieuws.

**We moeten ons dus durven volgende vragen stellen:**

Leidt meer artsen opleiden tot pakweg meer huisartsen? Hoeveel huisartsen zijn er nodig als je weet dat elke huisarts gemiddeld 12 uur per week bezig is met administratie? Is het rechtvaardig dat Vlaanderen de toegang tot de studies beperkt (en er zo ettelijke duizenden Vlaamse jongeren niet aan de studie konden beginnen) terwijl er aan Franstalige zijde nog op geen enkel moment werd beperkt? Wat zal de impact zijn van de 48 (of 60) uur werkweek op de vervolgopleiding en eventueel de verdere carrière van gesalarieerde artsen?

functie van behaalde gezondheidsdoelstellingen en een vergoeding per prestatie op voorwaarde dat ook hier het principe van de *pay for quality* geldt? Met andere woorden welke gezondheidszorg willen we?

Naast de keuze om het ingangsexamen te behouden weliswaar met de introductie van een verpleegstage en taalttest, de 6-jarige opleiding voldoende wetenschappelijk te houden en knelpuntspecialisten te gaan herwaarderen, moeten we het kerntakendebat voeren en mutatis mutandis weten welk gezondheidszorg-systeem we willen. Dit kan vanzelfsprekend enkel indien de versnippering van bevoegdheden wordt tegengegaan en elke gemeenschap hierin ten volle haar verantwoordelijkheid kan nemen.

**Dr. Louis Ide, Senator**



**ARTSENBEHOEFTE IN EUROPA EN VLAANDEREN**

**Samenvatting**

De artsenbehoefte en de behoefte aan andere beroepsgroepen in de zorg zal alleen maar toenemen. We analyseren de situatie in België, in Vlaanderen en in Nederland en we reflecteren over de verschillende factoren die de behoefte aan artsen en medewerkers in de zorg bepalen. Waar nodig worden de beroepsspecifieke factoren extra uitgediept.

We formuleren niet alleen conclusies maar ook aanbevelingen voor het beleid. Zo moeten numerus clausus en contingentering samen behoren tot de bevoegdheid van de federale overheid dan wel tot die van de gemeenschappen, maar ze kunnen niet los van elkaar worden aangestuurd.

Taakuitzuivering van de artsentaak, maar ook van de taken van alle andere gezondheidswerkers is noodzakelijk. Bevlogen artsen zullen méér arts kunnen zijn als de delegatie van bevoegdheden naar verpleegkundigen en paramedici beter wordt ondersteund. Dit kan leiden tot een aanpassing van de regelgeving en een herschikking van de wetgevende voorwaarden voor het toelaten van een bepaalde beroepsuitoefening.



Een artsen carrière verloopt niet meer vlak. Er is ook behoefte aan een beleid dat ‘senior’-artsen in het beroep houdt. Er kan bijvoorbeeld rekening worden gehouden met de uitstroom naar de administratie en andere organisaties (medisch recht, ICT) die niet bij de rechtstreekse patiëntenzorg betrokken zijn. Er is nood aan een beleid om artsen te heroriënteren gedurende de loopbaan. Dit impliceert een specifiek ‘HR beleid voor artsen’.

### Inleiding

De artsenbehoefte en de behoefte aan andere beroepsgroepen in de zorg zal alleen maar toenemen. We analyseren de situatie in België, in Vlaanderen en in Nederland en we reflecteren over de verschillende factoren die de behoefte aan artsen en medewerkers in de zorg bepalen. Waar nodig worden de beroepsspecifieke factoren extra uitgediept. We formuleren niet alleen conclusies maar ook aanbevelingen voor het beleid.

### Planning en berekening van het aantal zorgverleners

De nood aan de bestaffing van de verschillende artsen categorieën wordt ingeschat door de Planningscommissie Medisch Aanbod. De Commissie gebruikt hiervoor een rekenmodel voor toekomstprojecties waarin allerhande parameters zijn opgenomen zoals het huidige aantal artsen volgens leeftijd en geslacht, de instroom uit het verleden en de verwachte instroom in de toekomst. Deze laatste beweging wordt onder meer geschat op basis van de aantrekkingskracht van de opleiding geneeskunde, de slaagkansen en de verwachte toekomstige evolutie van de 18-jarigen in België. Verder zijn er parameters voor migratie, mobiliteit binnen België en zo meer. Langs de kant van de bevolking wordt rekening gehouden met de consumptie van zorg volgens leeftijd, geslacht en regio. Ook dit wordt naar de toekomst geprojecteerd om zo de vraagzijde te kunnen vergelijken met de aanbodzijde, zijnde het aantal artsen. Het evenwicht tussen aanbod-vraag wordt voor België en de toekomst zo goed mogelijk bewaard, in lijn met de huidige verhouding aanbod-vraag. In de toekomstscenario's van artsen werd dit voor 3 groepen berekend, namelijk de huisartsen, de specialisten actief binnen de ziekteverzekering en de overige artsen. Dat cijfermateriaal wordt mee gebruikt om de globale contingenten te bepalen van huisartsen en specialisten. De minima van de specialisaties, waarvoor minima nodig worden geacht (huisartsen, kinder- en jeugdpsychiaters, spoedartsen, artsen acute geneeskunde en geriateren), worden bepaald op basis van wat de gezondheidssector vraagt en wat er qua kwaliteitsvolle opleidingsplaatsen beschikbaar is. M.a.w. het geplande medisch aanbod zou voldoende groot moeten zijn om een toegankelijke, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg in België te behouden. (Antwoord van Minister Onkelinx op de schriftelijke vraag nr. 5-1427 van de heer Bert Anciaux (SPA) tijdens de zitting van de Belgische senaat op 22 februari 2011). Op de schriftelijke vraag van senator Louis Ide (vraag nr. 5-5902 op 19 maart 2012) met betrekking tot de ontwikkeling van een kadaster voor de medische beroepen, de stand van zaken m.b.t. ‘lissage’ en contingentering, de impact van de contingentering op menselijk vlak en het aantal artsen per gewest in 2011, kwam tot op heden geen antwoord.

In het Belgisch Staatsblad van 5 september 2012 verscheen een KB i.v.m. de contingentering. Voor het jaar 2018 worden minstens 800 geattesteerde kandidaten die toegang hebben tot een opleiding leidende tot de bijzondere beroepstitel van huisarts voorzien; (480 Vlaamse Gemeenschap, 320 Franse Gemeenschap in Wallonië). Voor de jaren 2019 en 2020 worden minstens 400 geattesteerde kandidaten voorzien met 240 kandidaten in Vlaanderen en 160 kandidaten in Wallonië. Ook voor de geneesheren specialisten in kinder- en jeugdpsychiatrie, de acute geneeskunde, de urgentiegeneeskunde en de

geriatrie werden de contingenten vastgelegd voor de jaren 2018, 2019 en 2020. Het is echter niet duidelijk hoe de minima effectief opgevuld zullen worden.

In de context van de “beperkende maatregelen vanwege de overheid” (contingentering) is het belangrijk om het onderscheid te maken met de numerus clausus en het toelatingsexamen. De contingentering, of het opleggen van beperkende maatregelen, was initieel een federaal antwoord op de plethora waarbij het aantal erkende plaatsen in de curatieve zorg werd beperkt. Het toelatingsexamen was het antwoord van de Vlaamse Gemeenschap om aan deze beperking te voldoen. Het toelatingsexamen en de numerus clausus betreffen de universitaire opleiding en zijn bijgevolg gemeenschapsbevoegdheid terwijl de contingentering de specialistische opleiding omvat welke nog steeds op het vlak van de FOD Volksgezondheid wordt bepaald en dus federaal is. Beide mechanismen, die feitelijk onafhankelijk van elkaar werken en nog steeds werken, hebben in de voorbije jaren een belangrijke impact gehad op de opleiding geneeskunde en ook op de organisatie van de gezondheidszorg in het algemeen.

### Het aantal beroepsbeoefenaars in België, Nederland en in de landen van de OESO

Uit het jaarverslag 2011 van het RIZIV, dat verscheen in april 2012, blijkt dat er op 31/12/2010 in totaal 40.799 geneesheren het recht hadden om prestaties te verrichten. Wanneer men de opdeling maakt in de verschillende specialismen dan blijkt dat het aantal huisartsen en specialisten in opleiding voor alle beroepsgroepen beduidend lager ligt dan het aantal actieve beroepsuitoefenaars met de leeftijd van 65 en ouder. Dit geeft een indicatie dat niet alle artsen die omwille van leeftijdsredenen stoppen met hun beroep kunnen vervangen worden.

Beroepsbeoefenaars met recht om prestaties te verrichten (31-12-2010 en 31-12-2011) en actieve beroepsbeoefenaars (2010) per beroepsgroep				
Specialismen beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2010			Dichtheid 2010 /10.000 inw.
	65 en +	-65	Totaal	
<b>Geneesheren</b>	<b>7.352</b>	<b>33.447</b>	<b>40.799</b>	<b>29,1</b>
Huisartsen	2.360	12.187	14.547	11,2
<i>in opleiding 622 = 5%</i>				
Kinderartsen	402	1.299	1.701	1,2
<i>in opleiding 312 = 23%</i>				
Gynaecologen	344	1.196	1.540	1,2
<i>in opleiding 230 = 17%</i>				
Psychiaters	514	1.735	2.249	1,8
<i>in opleiding 297 = 15%</i>				
Medische specialismen	1.986	8.377	10.363	7,9
<i>in opleiding 1.459 = 17%</i>				
Heelkundige specialismen	1.288	5.929	7.217	5,4
<i>in opleiding 1.210 = 20%</i>				
Niet-gespecialiseerde artsen	458	2.724	3.182	0,4
<i>in opleiding 0 = 0%</i>				
<b>Totaal in opleiding 2010 4.130 = 13%</b>	RIZIV Jaarverslag 2011 - April 2012			

Bij de tandartsen is de toestand nog dramatischer: er zijn 1.069 tandartsen van 65 jaar of ouder en er zijn slechts 213 tandartsen in opleiding.

Het totale werkvolume in de zorgsector voor verpleegkundigen zou tegen 2019 stijgen tot index 127 in aantallen en index 123 in VTE (Rapport Pacolet, 2006).

In Nederland heeft de stichting "Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen" ("Capaciteitsorgaan") als doel het opstellen van ramingen voor de opleidingscapaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen uitgaande van de te verwachten zorgbehoeften. Daarnaast maakt ze ook ramingen voor de capaciteit van de initiële opleiding tot arts en zorgt voor informatievoorziening over de zorgsector aan de overheid. Voor een deel is dit Capaciteitsorgaan te vergelijken met de Planningscommissie in België. In januari 2011 heeft het Capaciteitsorgaan in zijn capaciteitsplan 2010 aangegeven dat bijna alle artsenopleidingen moeten groeien om in de toekomstige vraag te kunnen voorzien. Als Nederland in 2028 over voldoende artsen wil beschikken dan zal de instroom in de opleidingen nu moeten worden aangepast. In totaal zijn er over 18 jaar 46.000 artsen nodig met een voltooide vervolgopleiding. Dat is een stijging van 27% t.o.v. 2010. De grootste stijging doet zich voor bij de medisch specialisten. Daarvan zijn er nu 17.250. Om aan de zorgvraag te voldoen zijn er in 2028 minstens 25.337 nodig of een stijging van 47%. Voor deze prognoses heeft het Capaciteitsorgaan rekening gehouden met demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Daarnaast geldt als belangrijke factor of en in hoeverre specialisten werkzaamheden zullen overdragen aan andere artsen of aan verpleegkundigen. Voor alle beroepsgroepen geeft het Capaciteitsorgaan daarom twee instroomadviezen: een minimumaantal in de veronderstelling dat er veel taakherschikking zal plaatsvinden en een maximumaantal voor het geval taakherschikking achterwege blijft. Als we het Nederlands model extrapoleren, dan zien we dat het aantal artsen in België onrealistisch hoog wordt.

Uit een werkdokument ter voorbereiding van het actieplan van de EU HealthWorkForce, dat werd gepubliceerd op 18 april 2012, blijkt dat de vraag naar zorg dramatisch zal toenemen naarmate de Europese bevolking verouderd . Het aantal personen boven de 65 zal verdubbelen in de loop van de volgende 50 jaar van 87 miljoen in 2010 tot 152,7 miljoen in 2060. Deze demografische veranderingen zullen significante gevolgen hebben op de manier waarop de gezondheidszorg wordt georganiseerd. Het toenemend aantal bejaarde personen

## Extrapolatie van de huidige en toekomstige behoefte in NL naar B

	2010	2022 excl	2028 excl
Aantal huisartsen in NL	11.121	14.435	16.281
<b>Aantal huisartsen in BELGIE</b>	<b>14.547</b>	<b>18.911</b>	<b>21.239</b>
Verandering aantal (%)	100%	+30%	+46%
Aantal specialisten in NL	17.350	24.258	27.660
<b>Aantal specialisten in BELGIE</b>	<b>26.252</b>	<b>37.015</b>	<b>41.740</b>
Verandering aantal (%)	100%	+41%	+59%

Excl.: indien geen VPK of anderen de taak van de arts overnemen

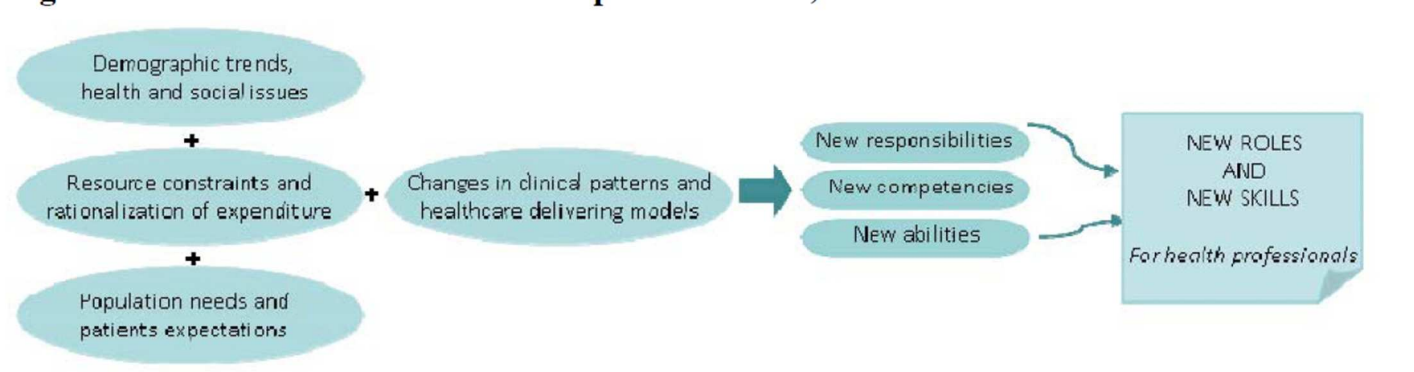
met multiplele chronische aandoeningen zal nieuwe behandelingen vergen en nieuwe zorgmodellen noodzakelijk maken waardoor veranderingen zullen optreden in de mix van vaardigheden waarover de personen, werkzaam in de gezondheidszorg, moeten beschikken. Dit zal ook leiden tot nieuwe manieren van werkverdeling.

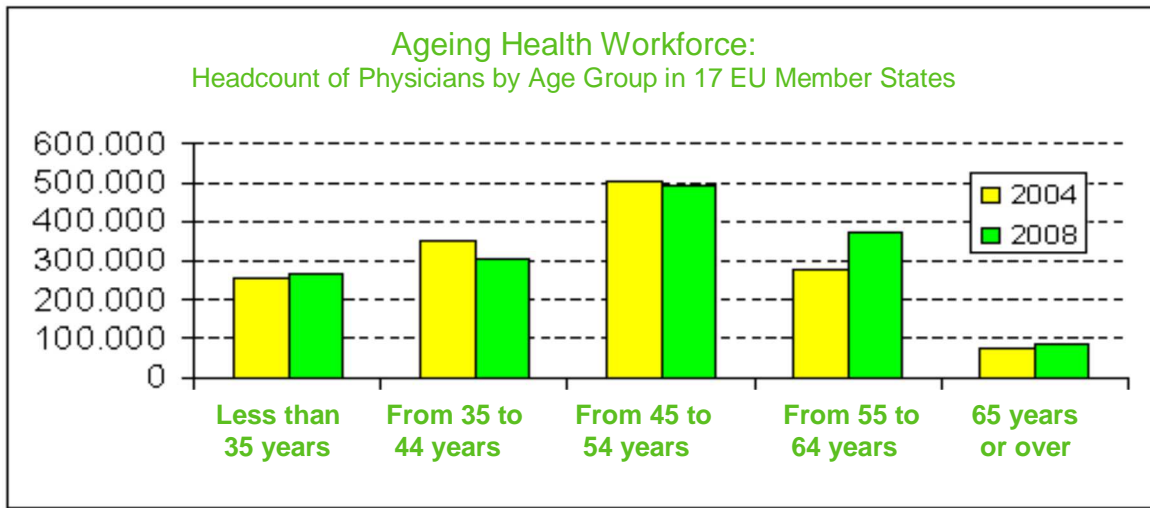
De meeste lidstaten worden geconfronteerd met kritische tekorten in de globale groep van gezondheidswerkers, bij bepaalde beroepen en medische specialismen. De pensioengolf die eraan komt, zal het aantal personen dat werkzaam is in de gezondheidszorg drastisch doen afnemen. In 2009 waren 30% van alle artsen in de EU ouder dan 55 jaar en men verwacht dat in 2020 meer dan 60.000 artsen of 3,2% van alle Europese artsen jaarlijks zullen op pensioen gaan. Als men de verschillende beroepsbeoefenaars (artsen, tandartsen, apothekers, kinesisten en verpleegkundigen) samen neemt dan is er een tekort van 970.000 personen in 2020. Dit impliceert dat 13,8% van de benodigde zorg niet zal kunnen worden ingevuld. (zie tabel p.15 bovenaan)

### Zorgverleners en de determinanten van de zorgbehoefte

De zorgvraag wordt beïnvloed door de algemene bevolkingsgroei en de vergrijzing, het behoud van de toegankelijkheid en de toename van de behoeften die reeds zichtbaar zijn in het toegenomen gebruik van de geneeskunde en de vastgestelde tekorten. Er is een belangrijke toename van de vergrijzing: tegen 2060 zal de totale bevolking in België toenemen met 17%, de groep 65+ met 79% en de groep 80+ met 148%. In 2060 zal 26% van de totale bevolking ouder zijn dan 65 jaar

**Figure 4: Health Professionals in Europe: New Roles, New Skills**





en 10% ouder dan 80 jaar. Maar ook de comorbiditeit neemt toe, net als het aantal beschavingsziekten zoals cardiovasculaire aandoeningen en obesitas (zie figuur onderaan).

Naast demografische en epidemiologische evoluties zijn er ook sociaal-culturele, beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Een sociaal-culturele ontwikkeling die invloed zou kunnen hebben op de vraag naar artsen is de meer participatieve houding van de burger met evolutie naar consumentisme, waarbij de eigen verantwoordelijkheid voor de organisatie van de gezondheidszorg wordt opgenomen. Een hogere opleiding, toegenomen welvaart en een groeiende individualisering leiden tot verandering in zowel de kwantiteit als de aard van de zorgvragen binnen de gezondheidszorg. Patiënten zijn mondiger en assertiever geworden en hebben een duidelijker visie op wat 'goede zorg' betekent. Vooral patiënten met chronische aandoeningen hebben op dit vlak een eigen deskundigheid opgebouwd. Patiënten verenigen zich in zelfhulpgroepen en patiëntenverenigingen en ze wensen hun persoonlijke voorkeuren gereflecteerd te zien in

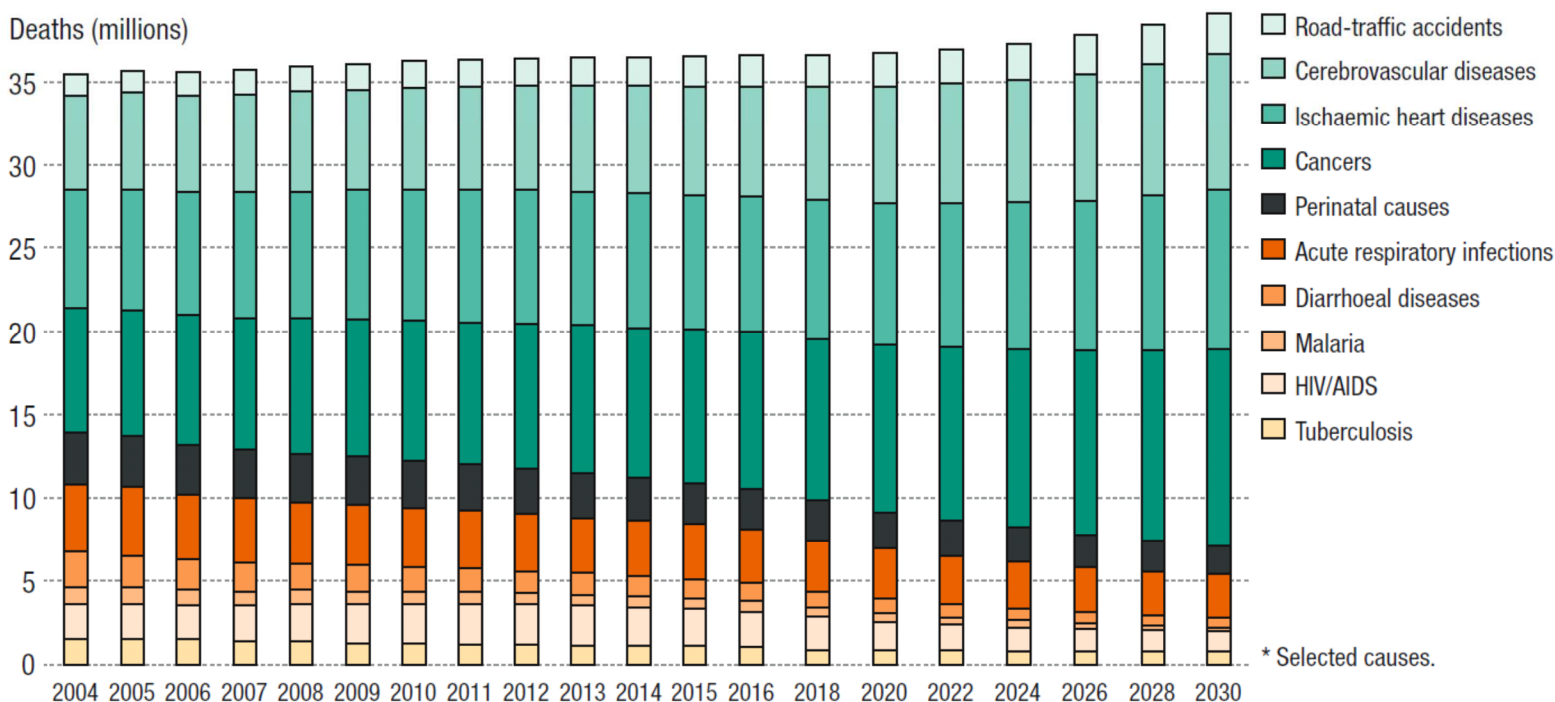
het zorgproces. Mensen hebben ook steeds hogere verwachtingen ten aanzien van hun levenskwaliteit, waarbij gezondheid een belangrijke rol speelt. Het niet of onvoldoende inlossen van de hoge verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg leidt bij een toenemende groep echter tot een ontgoocheling in de wetenschap en een kritische houding tegenover zorgverleners.

Deze toenemende betrokkenheid van patiënten bij het sturen van hun gezondheidszorg zal waarschijnlijk ook betekenen dat er meer tijd per patiënt geïnvesteerd zal moeten worden. Bovendien kan het aantal contacten per patiënt toenemen, bijvoorbeeld door het toenemen van de vraag naar zogenaamde 'second opinions'. Een sociaal-culturele ontwikkeling die ook de aandacht verdient, is de toename van het aantal allochtone inwoners. Door taal- en cultuurbarrières zal de arts aan deze specifieke groep patiënten meer tijd per contact moeten besteden.

De vraag naar het gebruik van zorg wordt niet alleen bepaald door de behoefte aan zorg. Ook ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg zelf en, deels daarvan afgeleid, binnen het

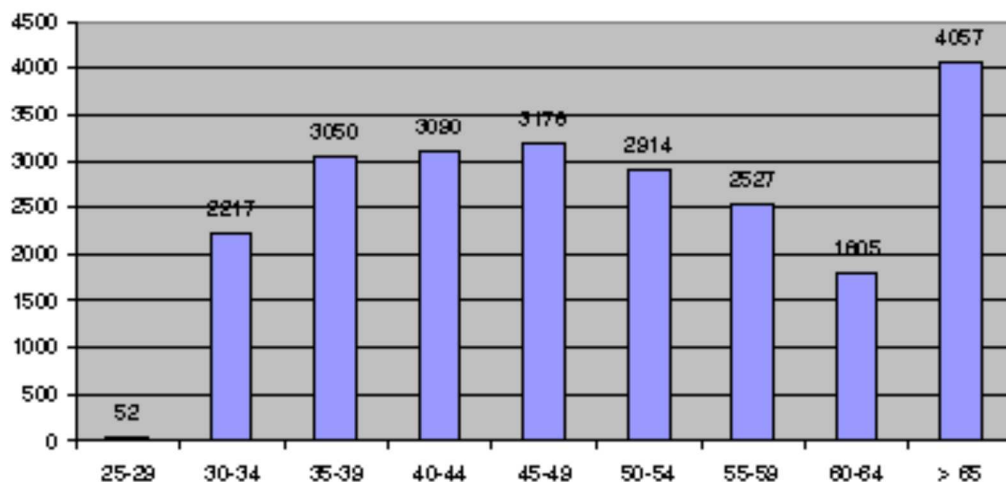
## The World Health Report 2008

**Figure 1.8** The shift towards noncommunicable diseases and accidents as causes of death\*



## VERGRIJZING

aantal arts-specialisten op 31/12/2007 in België naar leeftijd



specialisme hebben hierop een invloed. We vermelden toenemende management-participatie, arbeidswettelijke ontwikkelingen en budgetbeheersing.

Voor wat betreft de vakinhoudelijke ontwikkelingen kan in de eerste plaats gewezen worden op de toename van de multidisciplinaire behandelingen. Dergelijke behandelingen gaan gepaard met relatief veel structureel en incidenteel overleg en kosten daarom relatief veel tijd. Hierdoor zal vooral de benodigde tijd per patiënt toenemen. Meer aandacht voor kwaliteitsontwikkeling en controle is eveneens een factor die

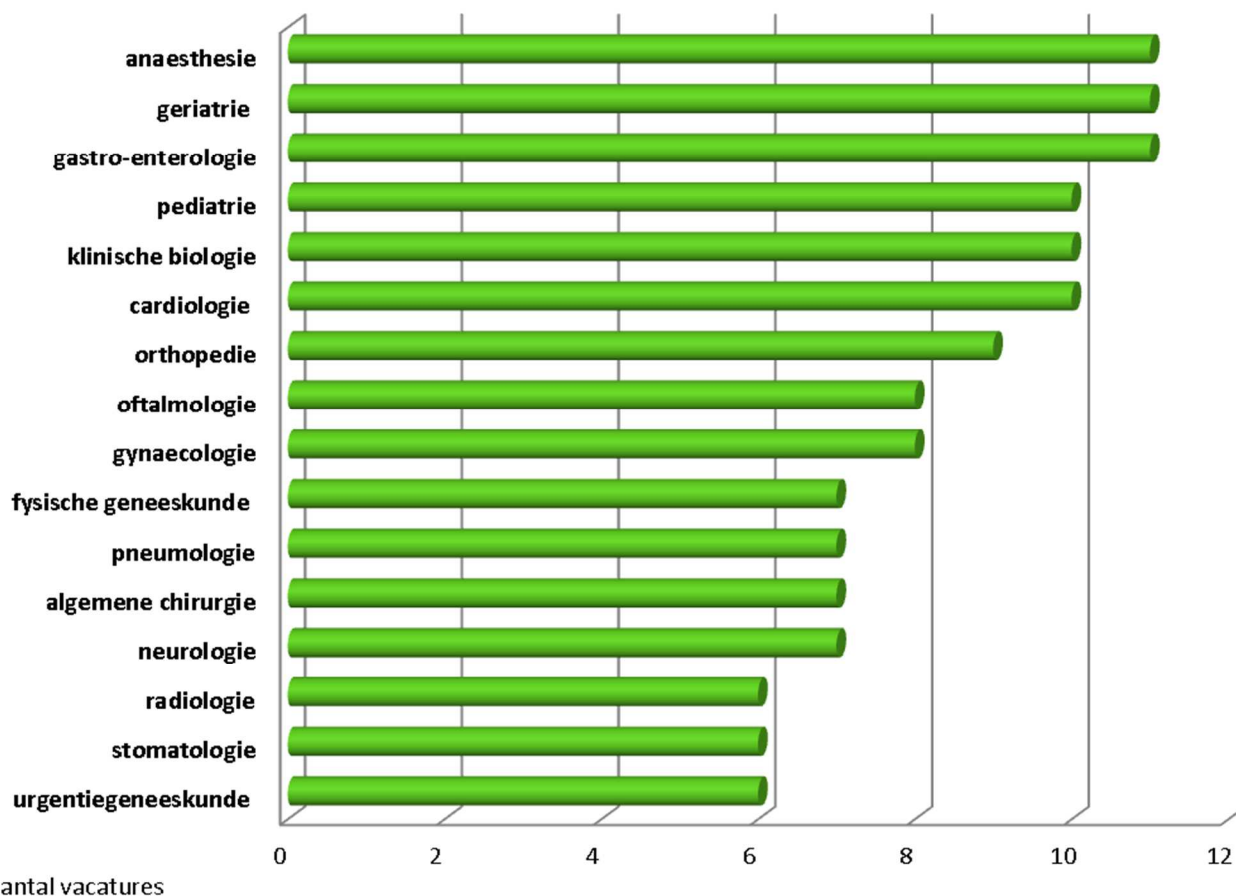
balans.

In België kunnen we spreken van een selectieve schaarste met een tekort aan ziekenhuisartsen in de geriatrie, urgentiegeneeskunde, pediatrie, neurologie en endocrinologie. De redenen hiervoor zijn multipel. We vermelden als belangrijkste: te weinig instromende artsen, meer aandacht voor work-life balans, de wachtbelasting, de inkomensverschillen en de aantrekkelijkheid van de privépraktijk.

in de toekomst een rol kan spelen. Hierbij zal zowel de tijd per patiënt als het aandeel van de niet-patiëntgebonden activiteiten worden beïnvloed.

Zorgpersoneel wordt een schaars goed. Tegen 2014 verwacht de Vlaamse Overheid 60.000 extra jobs in de gezondheids- en welzijnssector. Er komt een 'war for talent' met concurrentie tussen de sectoren en de voorzieningen onderling. Daarnaast is ook het artsberoep in transitie. Er is de vergrijzing (figuur bovenaan) en de vervrouwelijking, er zijn tekorten in bepaalde disciplines, er is een vlucht uit het ziekenhuis van sommige specialisten en er is een algemene vraag van artsen naar een betere worklife

### Prognose vacatures 2011-2016 (N=24 AZ)





## Gemiddeld aantal gepresteerde uren per week (patiëntenzorg en beroepsgerelateerde activiteiten)

					Aantal gepresteerde uren door respondenten die effectief activiteit uitvoeren	
	N	Mln. uren	Max. uren	Gemiddelde	N*gemiddelde	%
Patiëntenzorg	1570	1	100	38,7	60759,00	70,9%
Administratie, logistiek	1316	1	40	7,5	9896,32	11,5%
Verplaatsingen andere dan deze van woon-werk	695	1	68	4,5	3113,60	3,6%
Beleid en management	585	1	30	3,1	1825,20	2,1%
Stagebegeleiding (stagemeester ASO)	492	1	56	6,0	2971,68	3,5%
Onderwijs	462	1	50	6,3	2910,60	3,4%
Onderzoek	454	1	58	4,0	1816,00	2,1%
Preventieve geneeskunde	335	1	52	5,2	1755,40	2,0%
Andere (o.m. medico-techniek & labo, advies, congressen, overleg, ...)	52	1	65	10,4	541,84	0,6%
Verzekeringsgeneeskunde	44	1	50	5,9	260,48	0,3%
<b>Totaal</b>					<b>85724,52</b>	<b>100,0%</b>

EINDRAPPORT BEVRAGING BEROEPSGROEP ARTSEN-SPECIALISTEN 2012, FOD Volksgezondheid, Cel Planning Gezondheidsberoepen, maart 2012

Het is een feit dat mannen en vrouwen andere keuzes maken op het gebied van specialisaties. De bevraging van Zorgnet Vlaanderen in 2011 leert dat meer dan 20% van de bevragee ziekenhuizen aangeeft dat er moeizame werving is van specialisten in de endocrinologie, neurologie, pediatrie, urgentiegeneeskunde en vooral de geriatrie. In de prognose voor vacatures 2011 – 2016 blijkt dat er minstens 10 niet ingevulde vacatures zijn voor anesthesie, geriatrie, gastro-enterologie, pediatrie, klinische biologie en cardiologie (figuur: prognose vacatures).

### Conclusies

Voor de Planningscommissie is het uiterst moeilijk om de toekomstige behoefte aan artsen te becijferen in een niet duidelijk gedefinieerde gezondheidszorgorganisatie. Bovendien is het niet duidelijk welke inzet van "paramedische werkrachten" in de toekomst kan verwacht worden. Er is nood aan het definiëren van de rol van de verpleegkundige in de huisartsgeneeskunde, de chronische zorg, de technische hulp aan artsen in de ziekenhuizen. We moeten ons ook bezinnen over de plaats van de huisarts in het nog te definiëren Gezondheidszorgmodel: in Vlaanderen zijn er meer krachten die ijveren voor een centrale rol voor de huisarts terwijl er in Franstalig België een duidelijke wil is om de rol van de huisarts niet centraal te definiëren.

De organisatie van de gezondheidszorg wordt een prioriteit binnen de Europese unie. De rol van de nationale politiek in het plannen van het gezondheidsbeleid vervaagt. Veel van de nieuwe regels hebben hun oorsprong in andere beleidssectoren zoals de interne markt en de sociale bescherming. Voor de gezondheidszorg betekent dit vrij verkeer van patiënten en

professionals, van technologie, genees- en hulpmiddelen, van gezondheidszorg en verzekeringen. Er ontstaat marktwerking binnen het publieke domein waarin de zorg is georganiseerd.

De taakinfilling binnen alle beroepsgroepen zal wijzigen en er komt een delegatie van bepaalde bevoegdheden. Deze taakdelegatie tussen artsen, verpleegkundigen, apothekers en anderen vereist nieuwe vaardigheden in verband met informatica en regeneratieve geneeskunde, nieuwe opleidingen en inter-professioneel overleg (figuur: aantal gepresteerde uren).

### Aanbevelingen voor het beleid

1. Numerus clausus en contingentering moeten samen behoren tot de bevoegdheid van de federale overheid dan wel tot die van de gemeenschappen, maar kunnen niet los van elkaar worden aangestuurd. De huidige versnippering van de bevoegdheden over de gemeenschappen en de federale overheid, maakt een efficiënt beleid vrijwel onmogelijk.
2. Voor de berekening van de instroom aan artsen en de behoefte van de verschillende specialismen is een kadaster van de beroepsuitoefenaars noodzakelijk. Bij de berekening van de instroom aan artsen wordt immers geen rekening gehouden met het groot aantal artsen dat afstudeert en nooit patiëntencontact zal hebben (40% van de instroom). Zij behoren niet tot de effectief inzetbare mankracht voor de organisatie van de gezondheidszorg.
3. Vrijstelling van toegangsexamen geneeskunde voor studenten die een bachelor- of master-diploma behaald hebben en dat in een medische faculteit. Deze studenten moeten niet meer bewijzen dat ze universitaire studies aankunnen. Ik pleit ervoor dat we ons bezinnen over het

verruimen van de toelatingscriteria voor de artsopleiding, onder meer voor mensen die door hun voorgaande opleidingen bewezen hebben over voldoende wetenschappelijke kennis en studieattitude te beschikken.

4. Afschaffen van het decreet waardoor Vlaamse geneeskundestudenten, die hun bachelor-diploma haalden in Wallonië, niet gerechtigd zijn hun master-opleiding verder in Vlaanderen aan te vatten. In het kader van de huidige regelgeving, waarbij de numerus clausus gemeenschapsbevoegdheid is en de contingentering federaal wordt bepaald, zou men zich kunnen indenken dat alle prospectieve artsen die niet slagen in het toegangsexamen in Vlaanderen best hun studies aanvatten in Wallonië. Na het behalen van het bachelor-diploma zouden ze, theoretisch althans, ongehinderd verder kunnen studeren in Vlaanderen, maar het decreet laat dit niet toe. Wanneer het bachelor-diploma wordt behaald in het buitenland, is dit wel rechtsgeldig en kan de master-opleiding ongehinderd verder worden gezet in België. Het lijkt evenwel verkieselijker om het toegangsexamen te hervormen eerder dan het te omzeilen.
5. Bij het al dan niet toelaten van studenten zou ook motivatie als criterium gehanteerd kunnen worden. Iedereen die in de sector werkt weet dat er geen overschot is aan

gemotiveerde, empathische artsen, en dat zijn niet noodzakelijk degenen met het hoogste IQ, maar eerder de werkers, de doorzetters met de gepaste motivatie. Het zijn ook deze artsen die wellicht tot het einde van hun carrière in het beroep blijven.

6. Er is nood aan een beleid om artsen te heroriënteren gedurende de loopbaan. Een artsencarrière verloopt immers niet meer vlak. Een specifiek 'HR beleid' is dus nodig; een beleid dat 'senior'-artsen in het beroep houdt. Er kan bijvoorbeeld rekening worden gehouden met de uitstroom naar de administratie en andere organisaties (medisch recht, ICT) die niet bij de rechtstreekse patiëntenzorg betrokken zijn. Een volwaardig loopbaanbeleid moet worden uitgebouwd, rekening houdend met de vrouwelijking, de wijzigende specialisatiekeuze en een goed evenwicht tussen werk en levenskwaliteit.
7. Taakuitzuivering van de artsentaak, maar ook van de taken van alle andere gezondheidswerkers is noodzakelijk. Bevlogen artsen zullen méér arts kunnen zijn als de delegatie van bevoegdheden naar verpleegkundigen en paramedici beter wordt ondersteund. Dit kan leiden tot een aanpassing van de regelgeving en een herschikking van de wetgevende voorwaarden voor het toelaten van een bepaalde beroepsuitoefening.



**Professor dr. Renaat Peleman, Hoofdarts UZ Gent**

## CONTINGENTERING: GEVOLGEN VAN HET VERSCHILLENDE BELEID VAN DE GEMEENSCHAPPEN



In 1997 werd op federaal niveau beslist het aantal artsen te beperken door middel van contingentering van het aantal RIZIV-nummers. De artsopleiding en het aantal diploma's dat afgeleverd wordt zijn een bevoegdheid van de Vlaamse en Franse Gemeenschap. Het is

normaal dat deze bevoegdheid verschillend ingevuld werd door de Gemeenschappen.

Vlaanderen voerde vanaf 1998 een strenge toelatingsproef voor geneeskundestudies in. Dit resulteerde zeven jaar later, dus in 2005, in een duidelijke daling van het aantal artsdiploma's. In de eerste jaren lag het aantal afgestudeerden dicht bij het voorziene contingent van 420 nieuwe Vlaamse artsen per jaar. Sinds 2009 is het aantal artsdiploma's opnieuw gestegen.

In tabel A staan, gegroepeerd per 4 of 5 jaar, het aantal kandidaten, het aantal geslaagden en het % geslaagden voor de toelatingsproef, alsook het aantal artsdiploma's uitgereikt door Vlaamse universiteiten, het voorziene contingent en het aantal diploma's als % van het contingent. Er staat ook een kolom met 70% van het aantal geslaagden in de toelatingsproef. Slagen in de toelatingsproef mag niet gelijk gesteld worden met het behalen van het diploma van arts. Een logische prognose is dat ongeveer 70% van de geslaagden in de toelatingsproef 7 jaar later het artsdiploma zal krijgen. Het reële aantal ligt iets hoger.

De aantallen diploma's tot 2010 komen uit de officiële statistieken. Vanaf 2011 zijn de cijfers een raming, gemaakt door de planningscommissie van de FOD Volksgezondheid, op basis van het aantal studenten. Voor de 13 jaar van 2005 tot 2017 zullen ongeveer 8.334 Vlaamse artsdiploma's uitgereikt worden. Dat is 117 % van het voorziene contingent.

In de Franse Gemeenschap bestaat er geen toelatingsproef voor geneeskunde. Iedereen met een humanioradiploma kan studies geneeskunde aanvatten. Het gevolg is: veel eerstejaarsstudenten, tot meer dan 3.000 met een slaagpercentage van 32%. Dat staat in fel contrast tot de 90% aan de Vlaamse universiteiten.

Het was de bedoeling om aan de Franstalige faculteiten de selectie uit te voeren na het eerste jaar. Er zou een numerus clausus voor het tweede jaar geneeskunde komen, zoals in Frankrijk. Daartegen rees studentenprotest in Wallonië en in Brussel en de numerus clausus werd opgeschort. Nu zijn er opnieuw plannen om na het eerste semester van het eerste jaar geneeskunde de selectie te maken.

Alhoewel er geen toelatingsproef en geen numerus clausus bestaat, is ook aan de Franstalige universiteiten het aantal diploma's gedaald sinds 2004, maar minder sterk dan in Vlaanderen.

In tabel B staan de cijfers van de Franse Gemeenschap gegroepeerd per 4 of 5 jaar. Over de 13 jaar van 2005 tot 2017 zal het aantal diploma's uitgereikt aan Franstalige universiteiten 125 % van het contingent bedragen. In Vlaanderen is dat 117 %. Dat lijkt geen enorm verschil, maar na 15 jaar komt dit uit op een groot verschil in aantal artsen.

**Tabel A: Vlaamse Gemeenschap**  
**toelatingsproef 1998-2010 - diploma's en contingent 2004-2017**

jaar	proef	geslaagd	%	70 % <sup>1</sup>	jaar +7	dipl. arts	contingent	%
1998-2002	6390	2608	41	1826	2005-2009	2133	2252	95
2003-2006	8705	3740	43	2618	2010-2013	2860 <sup>2</sup>	2027	141
2007-2010	13932	4094	29	2866	2014-2017	3341	2829	118
totaal	29027	10422	36	7310		8334	7108	117

- 1 prognose dat 70% van geslaagden het diploma van arts zullen halen. 10% gaat voor tandarts, 10% begint geen medische studies en 85% van overige zal diploma halen
- 2 vanaf 2011 wordt het aantal diploma's geschat op basis van aantal eerste jaar studenten

**Tabel B: Franse Gemeenschap**  
**étudiants 1<sup>ière</sup> génération diploma's contingent**

jaar	ét. 1 <sup>ière</sup> génér. <sup>1</sup>	Jaar +7	dipl. arts <sup>2</sup>	contingent	%
1998-2002	4238	2005-2009	1662	1503	111
2003-2006	4185	2010-2013	1777 <sup>3</sup>	1352	131
2007-2010	6192	2014-2017	2504	1886	133
totaal			5943	4741	125

- 1 studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het eerste jaar geneeskunde
- 2 FOD Volksgezondheid, Jaarrapport planningscommissie medisch aanbod en <http://www.cref.be/Statistiques.htm>
- 3 vanaf 2011 wordt het aantal diploma's geschat op basis van aantal eerste jaar studenten

**Tabel C: Verschillend beleid Vlaamse en Franse Gemeenschap**

<u>Gevolgen toelatingsproef</u>	<u>Gevolgen geen toelatingsproef</u>
minder studenten beter & persoonlijker onderwijs 90% slaagkans in 1 <sup>ste</sup> jaar budget onderwijs beter gebruikt aantal diploma's afgestemd op contingent	te veel studenten minder efficiënt onderwijs 32% slaagkans in 1 <sup>ste</sup> jaar budget minder efficiënt gebruikt groter overschot diploma's 2011-2018: geen RIZIV-nummer voor 1128 artsen
60% zakken in de toelatingsproef voor velen geen kans op medische studies tekort aan artsen weinig kans op loopbaan buiten contingent minder Vlaamse artsen in Vlaanderen en Brussel	Iedereen kan vrij studierichting kiezen alle jongeren krijgen gelijke kansen overschot aan artsen medische loopbaan buiten contingent meer kans op loopbaan in Brussel en Vlaanderen

De tabel C geeft een vergelijking van het verschillend beleid van de Vlaamse en Franse Gemeenschap. Ten gevolge van de toelatingsproef is aan Vlaamse universiteiten het onderwijs verbeterd, worden meer bekwame artsen gevormd, wordt het budget voor geneeskundeonderwijs efficiënter gebruikt en zijn er minder mislukte en ontgoochelde studenten. Het aantal artsen werd efficiënter beperkt, maar eindigde met een tekort, vooral aan huisartsen. Daarnaast staan de overeenkomstige nadelen van het Franstalige beleid.

Het strenge Vlaamse beleid heeft ook nadelen: 60% van de kandidaten zakken voor de toelatingsproef en kunnen dus geen geneeskundestudies aanvatten. Daarbij zijn ongetwijfeld een aantal zeer bekwame en goed gemotiveerde jongeren die geen kans kregen om geneeskunde te

studeren in Vlaanderen. Als het uiteindelijk resultaat een tekort aan artsen is, zoals de planningscommissie voorziet, en als dat tekort aangevuld wordt met Franstalige of buitenlandse artsen, mag men zeggen dat hiermee aan een aantal Vlaamse jongeren onrecht aangedaan werd. Parallel met die nadelen van het Vlaamse beleid staan mogelijke voordelen van het Franstalige beleid. Dat voordeel is hoofdzakelijk meer vrijheid. Dit stemt overeen met de voorkeur van een meerderheid van de Franstalige artsen voor een meer liberaal beleid inzake volksgezondheid. Als die vrijheid gekoppeld is aan de verantwoordelijkheid voor de gevolgen ervan, zou daar niets mis mee zijn. Maar volksgezondheid is nog grotendeels een federale bevoegdheid en de kans is groot dat de gevolgen van het lakse beleid van de Franse Gemeenschap zullen gespreid worden over gans België.

## Vlaamse Gemeenschap Resultaten van 7 jaar contingentering 2004-2010

2004-2010	contingent	resultaat	% van contingent
Tekort huisartsen	1260	<b>-406</b>	32,00 %
Overschot specialisten	1680	<b>37</b>	2,00 %
Totaal tekort	2940	<b>-369</b>	13,00 %
Prognose voor 2018: 315 artsen te weinig om contingent van 8.750 artsen te vullen			

Hier zien we het resultaat van 7 jaar contingentering van 2004 tot 2010. Voor de Vlaamse Gemeenschap is er op 7 jaar een cumulatief tekort van 369 artsen en dat tekort komt volledig op rekening van de huisartsen. Er is een klein verwaarloosbaar overschot aan specialisten. Het tekort aan huisartsen, namelijk 406 of 32% van het voorziene contingent, is belangrijk en vraagt om afdoende correctie. Het aantal Vlaamse artsen zal, volgens de prognose van de planningscommissie, in 2018 te klein zijn om het contingent huisartsen op te vullen. Daarbij werd nog geen rekening gehouden met carrièremogelijkheden voor artsen buiten het contingent.

Er zijn talrijke mooie taken voor artsen buiten het contingent. Een Nederlandse studie toonde dat van recent afgestudeerde artsen in Nederland slechts 54% actief was als praktiserend arts. Dat geeft een zekere aanuiding van de werkelijke noden aan gediplomeerde artsen. Zullen we de talrijke mogelijkheden buiten contingent overlaten aan Franstalige en buitenlandse artsen?

### Geneeskundige taken buiten contingent

Geneesherenspecialisten in gezondheidsgegevens  
Wetenschappelijk onderzoek  
Administratie  
Militaire geneeskunde  
Arbeidsgeneeskunde  
Gerechtelijke geneeskunde  
Medische journalistiek  
Farmaceutische en medische industrie

### Taken in curatieve geneeskunde buiten algemeen contingent

Kinder- en jeugdpsychiaters  
Acute geneeskunde  
Urgentiegeneeskunde

In de Franse Gemeenschap zien we ook een tekort aan huisartsen. Dat is niet zo sterk uitgesproken als het Vlaamse tekort, maar toch belangrijk. Voor de specialisten is er in 2010 reeds een overschot van 296 artsen of 26 % van het contingent. Van 2004 tot 2010 werden reeds 195 RIZIV-nummers in overtal uitgereikt aan Franstalige artsen. Dat is zeer belangrijk en doet twijfelen aan gans de opzet van de contingentering.

## Franse Gemeenschap Resultaten van 7 jaar contingentering 2004-2010

2004-2010	contingent	resultaat	% van contingent
Tekort huisartsen	840	<b>-101</b>	12,00 %
Overschot specialisten	1120	<b>296</b>	26,00 %
Totaal overschot	1960	<b>195</b>	10,00 %
<b>In 2010 reeds 195 RIZIV-nummers in overtal uitgereikt aan Franstalige artsen</b>			
Prognose voor 2018: 1.182 artsen waarvoor geen RIZIV-nummer voorzien is			

Om het probleem van de artsen in overtal op te lossen werd het systeem van afvlakking ingevoerd. Aanvankelijk betekende dit dat, als er in een jaar teveel RIZIV-nummers uitgereikt werden, dat aantal moest afgetrokken worden van het contingent van het daarop volgende jaar. Later werd die periode verlengd tot 2018. Dus zal in 2018 de afrekening gemaakt worden en moeten dan de RIZIV-nummers in overtal weggewerkt zijn.

Volgens de prognose van de planningscommissie zal er in Vlaanderen in 2018 een tekort zijn van 315 artsen of 4% van het voorziene contingent van 8.750 artsen. Voor de Franse Gemeenschap is de toestand helemaal anders. Indien er geen drastische verandering komt, zullen er in 2018 ongeveer 1.500 Franstalige artsen meer zijn dan het voorziene contingent. Het is ondenkbaar dat men die allemaal zou verbieden hun beroep van arts uit te oefenen.

De meest voor de hand liggende oplossing zou zijn dat de contingentering afgeschaft wordt. Dat is een federale bevoegdheid en beslissing die kan genomen worden door de minister van Volksgezondheid, Laurette Onkelinx. Wat haar mening daarover is, konden we vroeger reeds lezen in de Franstalige pers. In 2010 verklaarde ze in een interview met *La Dernière Heure*: "*Cela n'a plus de sens! Arrêtons le rationnement de la médecine*". We waren dus gewaarschuwd. In september 2012 drukte minister Onkelinx nogmaals haar intentie uit in *La Libre Belgique*: "*La ministre Onkelinx compte supprimer le contingentement pour les spécialités médicales en pénurie : généraliste, gériatre, urgentiste, psychiatre juvénile, oncologue... Il y aurait toujours moyen d'obtenir un numéro Inami pour ces professions.*"

Dat zou voor Vlaanderen en voor de Vlaamse artsen niet zomaar een neutrale maatregel zijn. Dan zou Vlaanderen alle nadelen oogsten van zijn te strenge beperking van de artsenopleiding en de nadelen van het te lakse Franstalige beleid zouden gespreid worden over gans België. Er is een groot overschot aan Franstalige artsen aan wie die RIZIV-nummers voor huisartsen en knelpuntspecialismen kunnen uitgedeeld worden. Aan Vlaamse kant bestaat dit overschot niet.

Wat de toegang tot het artsenberoep betreft wonen Vlamingen en Franstaligen in hetzelfde land. Een deel van het overschot aan Franstalige artsen zal overvloeien naar Vlaanderen, in de eerste plaats in en rond Brussel en ook langs de taalgrens en aan de kust. Dit zal de verfransingsdruk in die gebieden nog versterken. Nu reeds tonen de statistieken aan dat het aantal Franstalige artsen in en rond Brussel toeneemt.

Vlaamse jongeren die in de voorbije 15 jaar geen kans kregen om geneeskundestudies te doen, zullen dan kunnen vaststellen dat de plaats waarvan zij gedroomd hadden, ingenomen wordt door Franstalige of buitenlandse artsen. Dat zal ook gelden voor andere taken in de geneeskunde die buiten het contingent vallen. Vlaamse patiënten in Brussel en de Vlaamse rand en ook in Vlaamse ziekenhuizen zullen dan vaststellen dat ze moeilijk een arts vinden die hen vlot in het Nederlands begrijpt en kan te woord staan.

Voor de toegang tot het artseneroep geldt het federale beleid en dat zou moeten gelijk zijn voor gans België. Al bij de start was de toestand verschillend in de twee landsgedeelten. In Brussel en Wallonië was er een plethora aan artsen, terwijl in Vlaanderen de artsensiteit ongeveer op het gemiddelde van Europa stond. Het probleem was dus verschillend en het was al een anomalie dat men dat zou oplossen met éénzelfde federaal beleid.

Het federale beleid werd verschillend toegepast in de twee gemeenschappen, maar de verschillen gingen in de verkeerde richting. In Vlaanderen was er geen plethora en werd de beperking streng toegepast. In de Franse Gemeenschap waren er teveel artsen en werd de beperking halfslachtig toegepast. Het resultaat is een groot overschot aan Franstalige specialisten en een groot tekort aan Vlaamse huisartsen.

Voor de huisartsen zien we, niettegenstaande het verschillend beleid, in beide gemeenschappen een tekort ontstaan. Voor huisartsgeneeskunde heeft de planning dus gefaald en dat is niet te verwonderen. De visie aan de twee kanten was verschillend en er werd daarom een halfslachtig en weinig efficiënt gemeenschappelijk beleid gevoerd.

**Ons besluit** na 15 jaar eigen Vlaams beleid inzake artsenupleiding:

De voordelen van een goede toelatingsproef werden duidelijk aangetoond. Een zekere vorm van toelatingsproef moet dus behouden blijven. Door de strenge Vlaamse toelatingsproef is een tekort ontstaan, vooral een tekort aan huisartsen en aan artsen die een loopbaan buiten het contingent willen uitbouwen. Om aan alle noden aan artsen te voorzien moeten meer Vlaamse artsendiploma's uitgereikt worden.

Gezien de verschillende visie in de twee gemeenschappen, kon éénzelfde federale beleid niet het resultaat geven dat in Vlaanderen verwacht werd. Het probleem zit grotendeels in de versnippering van de bevoegdheden. Artsenupleiding en toegang tot het beroep zijn onlosmakelijk met mekaar verbonden. De behoefte aan artsen is niet zomaar een vast gegeven, maar wordt bepaald door de visie op de geneeskunde en de volksgezondheid. Deze visie is verschillend in de Vlaamse en Franse Gemeenschap. Het

verdelen van de bevoegdheid over het federale en het gemeenschapsniveau belette een efficiënt beleid. De bevoegdheid voor artsenupleiding en voor toegang tot het beroep moet bij dezelfde overheid berusten en moet deel uitmaken van een coherent beleid. Dat is enkel mogelijk op het niveau van de Gemeenschap.

Met de homogene bevoegdheid voor volksgezondheid, artsenupleiding en toegang tot het artseneroep zouden de Vlaamse en Franse Gemeenschap zelf de gevolgen van hun beleid moeten dragen. Ze zouden beter geresponsabiliseerd zijn. Dan zou in beide gemeenschappen een coherent gezondheidsbeleid mogelijk (geweest) zijn.

Maar ook dan zouden we de toegang tot het beroep niet volledig zelf kunnen regelen. We zijn immers lid van de Europese Unie en dat betekent het vrij verkeer van personen. Een eigen Vlaams beleid mag er niet op gericht zijn het de Franstalige en buitenlandse artsen moeilijk te maken. Integendeel, Vlaanderen moet een gastvrij ont-haalbeleid voeren, ook voor artsen. Maar Vlaanderen zou dan wel voorwaarden kunnen vastleggen, zoals een goede kennis van de taal en een goede integratie in het Vlaamse gezondheidsbeleid. Dergelijke voorwaarden zijn niet in strijd met het vrij verkeer van personen op voorwaarde dat dezelfde regels gelden voor alle artsen uit de Europese Unie. Ook een vestigingwet voor artsen zou niet in strijd zijn met de Europese regels op voorwaarde dat dezelfde regels gelden voor alle artsen.

Op basis van deze bevindingen kunnen we **volgende aanbevelingen** formuleren:

- ⤴ Behoud van een toelatingsproef voor studenten geneeskunde;
- ⤴ Vlaanderen moet de toegang tot het beroep zelf regelen met o.a. een taalexamen;
- ⤴ Homogene bevoegdheid voor ganse gezondheidsbeleid hoort bij de Gemeenschappen;
- ⤴ Het beleid moet het beroep van huisarts en knelpuntspecialismen aantrekkelijker maken.



**Dr. Robrecht Vermeulen,**  
Bestuurslid VGV en voorzitter OVV

\* \*

\*

# PANELGESPREK: IS VERSOEPILING VAN DE VLAAMSE TOELATINGSPROEF WENSELIJK?

## STANDPUNT VAN DHR. PETER DEGADT, VOORZITTER ZORGNET VLAANDEREN



Als we de acute zorg in de ziekenhuizen ook in de toekomst willen verzekeren, dan moeten dringend enkele maatregelen genomen worden om het beroep van ziekenhuisarts aantrekkelijker te maken. Een steekproef bestaande uit de helft van de Vlaamse algemene ziekenhuizen leert dat er begin 2011 gemiddeld vier vacatures per ziekenhuis voor een geneesheerspecialist vacant stonden. Vooral artsen urgentiegeneeskunde, geriatrie, gynaecologie, endocrinologie, fysieke geneeskunde, oftalmologie en pediatrie zijn moeilijk te vinden. Het duurt gemiddeld anderhalf jaar om een medische vacature in te vullen. 92 % van de ziekenhuizen geeft aan dat het de jongste tien jaar moeilijker is geworden om ziekenhuisartsen aan te trekken. Zorgnet Vlaanderen pleit voor enkele ingrijpende maatregelen.

### **Aanbeveling 1. Bepaal jaarlijks objectief het aantal stageplaatsen op basis van noden**

De *contingentering* moet meer waarborgen bieden voor een voldoende instroom van de knelpuntdisciplines. Nog belangrijker is dat we overschakelen van een historisch gegroeid statisch opleidingsaanbod naar een *vraaggericht en sterk dynamisch opleidingsaanbod*. Het gericht promoten van knelpuntspecialismen is wenselijk. Daarnaast dient uitval tijdens de opleiding te worden voorkomen door een betere ondersteuning van de assistenten en regelmatige kwaliteitsaudits van de stageplaatsen.

### **Aanbeveling 2. Ontmoedig de keuze voor bepaalde specialismen niet langer**

Artsen zijn veelal zeer gemotiveerde mensen en kiezen hun discipline dan ook liefst louter in functie van hun interesse. De verschillen inzake inkomen versus werkdruk tussen disciplines zijn echter momenteel dusdanig hoog dat ze demotiverend werken inzake de keuze-optie voor verschillende belangrijke ziekenhuisdisciplines.

### **Aanbeveling 3. Zorgnood opvangen op het meest geschikte niveau**

De stijgende wachtbelasting in ziekenhuizen kan ook worden verminderd als de eerstelijnsproblematiek beter wordt opgevangen 's nachts en in de weekends door de eerste lijn zelf. Dit kan bijvoorbeeld via een verdere toename van het aantal huisartsenwachtposten en met betere samenwerking tussen deze wachtposten en de spoeddiensten. Er moet ook een oplossing gevonden worden voor de verschillen in kostprijs voor de patiënt.

### **Aanbeveling 4. Maak werk van een boeiende jobinhoud, een echt loopbaanbeleid en een goede work-life balans**

De jobinhoud van artsen moet inhoudelijk gehetwaarderd worden en papierwerk afgebouwd. Een volwaardig loopbaanbeleid dient uitgebouwd te worden, rekening houdend met de vervrouwelijking en een goede work-life balans.

*Het volledige dossier "Naar een geneeskunde met kantooruren?" Voorstellen voor het waarborgen van de continuïteit van acute zorg vindt u op [www.zorgnetvlaanderen.be](http://www.zorgnetvlaanderen.be), rubriek publicaties.*

**Peter Degadt**, voorzitter Zorgnet Vlaanderen

## STANDPUNT VAN PROF. DR. PAUL VAN ROYEN



Zowel de toelatingsproef als het systeem van de contingentering moeten behouden blijven, om de kwaliteit van geneeskunde opleiding en van de gezondheidszorg te behouden, zeker nu de opleiding tot basisarts is hervormd naar een zesjarig curriculum. De toelatingsproef heeft belangrijke

positieve gevolgen gehad op de kwaliteit van de geneeskunde opleiding, zoals het hoog slaagpercentage bij de generatiestudenten, de medicalisering van het curriculum, accentverschuiving naar interactief probleemgeoriënteerd onderwijs en het vroeg contact van studenten met patiënten. Op basis van de beschikbare omkadering en infrastructuur, kan enkel met een geselecteerde instroom deze kwaliteit van de opleiding behouden blijven. Eenzelfde aangepast systeem van instroombeperking zou moeten worden toegepast in heel België.

Om het aantal kandidaten voor knelpuntdisciplines (o.a. huisartsgeneeskunde, geriatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, urgentiegeneeskunde en acute geneeskunde) te verhogen, biedt het doorbreken van de maximumquota binnen de contingenteringswetgeving voor deze disciplines geen oplossing. Om een performante en betaalbare gezondheidszorg te behouden, moeten veeleer oplossingen worden gezocht op het vlak van organisatie, via het herdefiniëren van de rol en taak van (huis)artsen binnen het zorgsysteem, via multidisciplinaire samenwerking en het verbeteren van de werkvoorwaarden.

**Prof. dr. Paul Van Royen**, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, decaan faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen

## STANDPUNT VAN PROF. DR. BRIGITTE VELKENIERS



We zijn zeker voorstander van het behoud van een toelatingsexamen en contingentering, zeker met de overgang van 7 naar 6 jaar voor het artsens curriculum. Afschaffing zou onvermijdelijk negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de opleiding.

Een bijkomende bedenking is echter wel dat er in een aantal disciplines van de geneeskunde tekorten aan het ontstaan zijn waarvoor oplossingen zullen moeten gezocht worden.

Tevens denk ik dat de manier waarop de selectie gebeurt (het toelatingsexamen) wellicht verder zou kunnen geoptimaliseerd worden, o.a. op het vlak van de taalgevoeligheid, .. Het feit dat bepaalde groepen studenten (o.a. allochtonen) veel minder slaagkansen hebben en dat er verschillen bestaan afhankelijk van de regio van afkomst zou wellicht ook kunnen/moeten aangepakt worden.

Verder denk ik dat we er moeten voor pleiten dat er eenzelfde methode van instroombeperking zou komen in beide landsgedeelten. Enerzijds vermoed ik dat heel wat niet in het toelatingsexamen geslaagde Nederlandstalige

studenten nu aan Franstalige universiteiten inschrijven, en een aantal daarvan zullen doorstromen. Anderzijds moeten we vaststellen dat er nu 3.200 eerstejaars studenten geneeskunde ingeschreven zijn aan de Franstalige universiteiten tegenover een 600-tal (dit is een cijfer dat circuleert maar dat dient geverifieerd te worden); in het tweede jaar zijn er aan Franstalige kant een 1.000-tal studenten geneeskunde (meer dan verdubbeld de laatste 5 jaar), die vermoedelijk voor het overgrote deel zullen doorstromen... Los van het feit dat de opleidingscapaciteit voor ASO's in Franstalige ziekenhuizen in het Brusselse nu al lijkt overschreden te worden, kunnen we vrezen dat Vlaanderen in de komende jaren door Franstalige artsen zal "overspoeld" worden. Voor wat betreft de tandartsen is de situatie nog erger: 700 eerstejaarsstudenten THK aan Franstalige kant tegenover – ik denk - een 50 aan Nederlandstalige kant. Eenzelfde, aangepast systeem van instroombeperking voor het gehele land lijkt me dus gewenst.

**Prof. Dr. Brigitte Velkeniers**, gewoon hoogleraar, diensthoofd Interne Geneeskunde/ Endocrinologie, UZ Brussel

## STANDPUNT VAN DR. MARC MOENS



In een opiniestuk in De Standaard van 31 maart 1993, onder de titel: "*Numerus clausus kan zonder studiekeuzebeperking*" citeerde ik een studie van J.-P. Dercq en J.-M. Briot<sup>1</sup> die 50.000 artsen voorspelde in 2011 en 60.000 in 2041. Op 31.12.2010 waren er volgens de FOD Volksgezondheid 53.352 Belgische artsen, waarvan 46.751 in België gedomicilieerd en 6.601 buiten België<sup>2</sup>. Het bijna 20 jaar oud wiskundig model van Dercq en Briot klopt dus in 2011. Wat zal het in 2041 worden?

Op 31.12.2011 kent het RIZIV 41.226 artsen die het recht hebben om een medische praktijk uit te oefenen. In 2010 oefenden volgens het RIZIV 31.815 artsen effectief een praktijk uit<sup>3</sup>. Volgens de RIZIV-cijfers oefent bijna een kwart (22,8 %) van de erkende artsen geen praktijk uit. Ten opzichte van de cijfers van de FOD Volksgezondheid oefent zelfs ruim een derde (33,4 %) van de potentiële artsen-beroepsbeoefenaars geen praktijk uit. Hoeveel van die 14.936 artsen, die niet terug te vinden zijn in de RIZIV statistieken, op de 46.751 in België gedomicilieerde artsen zijn nog professioneel actief en wat doen zij? Als we op de vraag: "*Is versoepeling van de Vlaamse toelatingsproef wenselijk?*" op een onderbouwde wijze willen reageren, moeten we eerst hierop een antwoord kennen.

In 2002 werd de numerus clausus bij Koninklijk besluit ingevoerd<sup>4</sup>, klaarlijkkelijk in ruil voor de academisering

die al in 1999 werd mogelijke gemaakt<sup>5</sup>. De beroepsverenigingen werden toen niet betrokken bij de inlassing van de verplichting dat het stageplan van een kandidaat-specialist moet vergezeld zijn van een attest dat aantoonde dat de kandidaat door een faculteit geneeskunde aanvaard is voor de discipline waarin hij opgeleid wil worden. Evenmin werden ze betrokken bij de invoering van de bijkomende verplichting dat de aanvraag om de erkenning te verkrijgen als geneesheer-specialist of als huisarts na het beëindigen van de opleiding moet vergezeld zijn van een attest dat aantoonde dat de kandidaat met vrucht een specifieke universitaire opleiding heeft gevolgd. Op dit ogenblik moet voor de kandidaat-specialisten deze opleiding gelijktijdig hebben plaatsgevonden met de eerste twee jaar van hun opleiding.

De desbetreffende Koninklijke besluiten werden respectievelijk uitgewerkt door Marcel Colla, toenmalig (1999) minister van Volksgezondheid, respectievelijk door Magda Aelvoet, minister van Volksgezondheid, samen met Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken (2002). Alle drie waren het Vlaamse ministers in een federale regering. Ze lieten zich om de tuin leiden door hun Franstalige regeringspartners, die wisten dat in de Franstalige universiteiten de academisering de facto al was ingevoerd via het verplicht te betalen inschrijvingsgeld voor kandidaat-specialisten. Via een Decreet<sup>6</sup> omzeilde de Franse Ge-

<sup>1</sup> Medical Manpower in Belgium ; 1993 ; vzw Auxim.

<sup>2</sup> Jaarstatistieken gezondheidszorgberoepen in België; augustus 2011, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

<sup>3</sup> RIZIV Jaarverslag 2011; 6<sup>de</sup> deel Statistische gegevens.

<sup>4</sup> Koninklijk besluit van 30.05.2002 betreffende de planning van het medisch aanbod, gewijzigd bij de KB's van 11.07.2005, 08.12.2006, 12.06.2008 en 01.09.2012.

<sup>5</sup> Koninklijk besluit van 16.03.1999 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (BS 24.06.1999, Ed. 1)

<sup>6</sup> Decreet van 27.02.2003 tot wijziging van de bepalingen aangaande de studies van de sector van de gezondheidswetenschappen in het decreet van 5 september 1994 tot regeling van de universitaire studies en de academische graden en in de wet van 27 juli 1971 op de financiering van en het toezicht op de universitaire instellingen (1)

meenschap nadien de impact van het numerus clausus KB van mei 2002.

Het ingangsexamen en de contingentering werden met andere woorden alleen in Vlaanderen doorgevoerd. Ondertussen startten voor het academiejaar 2011-2012 aan de Franstalige universiteiten +/- 3.700 studenten geneeskunde waarvan er slechts +/- 770 slaagden (+/- 21 %).

Als het Vlinderakkoord van 11.10.2011 wordt uitgevoerd, zal de Vlaamse Gemeenschap de erkenning van artsen afleveren. Zal zij de federale wetgeving dan kunnen overboord gooien en een eigen invulling geven aan de medische noden? Hoe zal zij artsen overtuigen om richtingen te kiezen die vandaag minder gegeerd zijn? Hoe zal de Vlaamse Gemeenschap er in slagen artsen-specialisten binnen de muren van een ziekenhuis aan het werk te houden en/of te zetten? Zoals in het buitenland wordt aangetoond kan het zowel medisch als economisch interessanter zijn om een belangrijk aantal interventies buiten het ziekenhuis te doen?

De numerus clausus afschaffen biedt daar geen antwoord op en is zeker geen anachronisme. Vandaag emigreren er nog steeds meer Belgische artsen naar het buitenland dan er buitenlandse artsen immigreren in België. Weliswaar vooral in het Franstalig landsgedeelte.

Om het beroep attractief te houden moeten de artsen autonoom hun beroep kunnen uitoefenen. Voor de meesten

betekent dit nog steeds als echte zelfstandige. Jammer genoeg oriënteren de ziekenhuiskoepels en de Overheid de beroepsuitoefening van artsen in de richting van schijnzelfstandigheid. Die vaststelling, samen met de hoge bedragen die ziekenhuisspecialisten aan hun instellingen moet afdragen, doet een vlucht naar de extramurale praktijken ontstaan. Daar moet aan gesleuteld worden.

Als inderdaad ongeveer één derde van de artsen geen klinische praktijk heeft (cf. supra), maar waarschijnlijk verkies om een “nine to-five a clock job” te doen, weliswaar niet in een villa maar in een kantoorgebouw, dan moet men ook de vraag durven stellen of die artsen destijds wel de juiste studiekeuze maakten. Iedereen is het roerend eens dat overmatige administratie de artsen het leven zuur maakt. Bouw de (neo-) medische administratie af en zorg er voor dat administratieve artsen terug naar de klinische praktijk stappen, mits de nodige klinische heroriëntatie.

Versoepeling van de Vlaamse toelatingsproef is ons inziens dus niet wenselijk.

**Dr. Marc Moens**, secretaris-generaal Verbond van Belgische beroepsverenigingen van geneesherenspecialisten (VBS), voorzitter Belgische vereniging van artsensyndicaten (BVAS)

---







**Panelleden:** Peter Degadt, Paul Van Royen, Brigitte Velkeniers, Marc Moens, Bernard Himpens, Louis Ide, Renaat Peleman, Robrecht Vermeulen  
De eerste vier leden van het panel krijgen eerst het woord om te reageren op de inleidende sprekers :

**Peter Degadt:** Het onderwerp contingentering is maatschappelijk zeer relevant. Het is bovendien een “hot item”. De problematiek maakt immers deel uit van een ruimer thema, met name het brede HR-beleid in de gezondheidszorg. We moeten voldoende artsen en voldoende artsen in de juiste functies hebben. Er is in het verleden te weinig nagedacht rond het verloop van de medische loopbaan. Hoe moeten artsen worden bijgeschoold ? Hoe zorgen we voor een goede “work-life balance”? Hoe zorgen we voor een aangename en motiverende werkomgeving ?

We moeten zorgen dat de verschillende specialisaties in het beroep van arts aantrekkelijk blijven. Het tekort is reëel. Gemiddeld staan per instelling 4 vacatures open. Het tekort in de disciplines geriatrie en urgentiegeneskunde is op het ogenblik het meest acuut. Als we projecties maken op basis van de demografische evolutie van de huidige artsenpopulatie, komen in de nabije toekomst ook andere specialisaties in het gedrang. Er is dus een diagnose van schaarste. De voorgestelde behandeling is gebaseerd op een systeem van planning en dit werkt niet. Het werkt te traag en het is niet adequaat. Er is immers nog altijd geen kadaster van de gezondheidsberoepen. Dat maakt het erg moeilijk een prognose te maken per specialisme op de lange termijn. Het is ook stuitend dat de bestaande planning niet correct wordt toegepast. De behoeften zijn ook niet duidelijk.

Een contingentering is ook niet bestand tegen de Europese regelgeving. Nu reeds hebben er 1.116 artsen uit het buitenland vlotjes toegang gevonden tot onze arbeidsmarkt. De 18-jarige Vlaming die geneeskunde wil studeren is de dupe van dit verhaal omdat hem of haar de toegang tot de studie geneeskunde wordt ontzegd. De voorstanders van een federaal beleid moeten er voor zorgen dat federale regels ook federaal toegepast worden.

We moeten bovendien kijken naar het bredere plaatje. Er is niet alleen de vergrijzing er is ook sprake van ontgroening. Er komen steeds minder jongeren op de arbeidsmarkt. De “war for talent” is volop bezig. We moeten als

maatschappij de keuze maken om mensen te rekruteren voor functies die we nodig hebben. In dit opzicht ben ik “pro” toegangsexamen. Je moet dit dan ook toepassen voor alle 18-jarigen en in alle sectoren. Het toegangsexamen werkt dan als indicator of iemand de competenties heeft om te slagen in een bepaalde richting. Dit zal automatisch leiden tot een verhoging van de slaagkansen.

Als je planning wil behouden, is een beter systeem van monitoring nodig en moet je de planning ook sneller kunnen aanpassen. Men moet ook voorzichtig zijn met subquota. Als er schaarste is moeten we dit bekijken in de context van beroepen. Er is op dit moment bijvoorbeeld geen tekort aan pediaters wel aan ziekenhuispediaters. Om de schaarste te verklaren moet je kijken naar de oorzaken. Wat betekent het beroep naar beschikbaarheid voor wachtdiensten, hoe zit het met de verloning en de afdrachten?

**Paul Van Royen:** De contingentering omvat een complexe problematiek. Het standpunt dat ik vandaag verdedig stoelt op een consensus bij de hoogleraren huisartsgeneeskunde en binnen het college van decanen geneeskunde. Ik wil hier ook een aantal specifieke aspecten aan toevoegen. Het principe van de toelatingsproef en de contingentering kan best behouden blijven. Er is wel ruimte om te discussiëren over de details en de toepassing van dit systeem maar het is essentieel voor het behoud van de kwaliteit van de opleiding en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Er is wel een duidelijk probleem wat betreft de toepassing in Wallonië. Ook de 6-jarige opleiding blijft een dilemma.

De toelatingsproef heeft een aantal goede gevolgen gehad. De kwaliteit van het curriculum is beter en er is een hoger slaagpercentage. De studenten treden tijdens de opleiding veel vroeger in contact met de patiënt. Het grootste deel van de artsen komt uiteindelijk in de zorgsector terecht. Een sneller contact met de sector maakt dat ze meer gericht een keuze kunnen maken naar welk beroep ze zich willen oriënteren. Er is in ons land quasi geen “delay” tussen het afstuderen en het verder specialiseren. Daarvoor is een goede doorstroming nodig en een goed curriculum dat wijst op de mogelijkheden nadien. Zolang het beleid federaal wordt aangestuurd kan dit systeem alleen werken als het ook in heel België wordt toegepast.

Het probleem van de knelpunten in bepaalde disciplines is belangrijk en verdient de nodige aandacht. Er zijn echter specifieke redenen waarom deze specialisaties knelpuntberoepen worden. Er is vaak een negatief imago rond dit





beroep. In de huisartsgeneeskunde heeft men dit imago kunnen omdraaien. Het is niet voldoende “quota” los te laten, het is een kwalitatief verhaal. Hoe maak je deze specialisaties meer aantrekkelijk? Hoe organiseer je de gezondheidszorg in zijn geheel? Dit heeft ook te maken met de taakverdeling naar andere disciplines. Hoe kunnen we taken doorspelen aan andere gezondheidsberoepen en naar paramedici? Dit is een debat dat we niet enkel in Vlaanderen maar in heel België moeten aangaan en liefst zo snel mogelijk.

De huisarts kreeg de afgelopen jaren een veel duidelijker profiel. Dit is zeker nog voor verbetering vatbaar. Men kan de centrale rol van de huisarts in de chronische zorg nog verder verbeteren. Dit kan met de bestaande instrumenten. In dit kader pleit ik voor verdere ontwikkeling van het GMD en een duidelijke financiering en ondersteuning op het praktijkniveau. Dergelijke ingrepen maken het beroep aantrekkelijker en zorgen automatisch voor meer kandidaten.

Hetzelfde geldt nu voor de problemen in de acute geneeskunde. Er moet een debat zijn over hoe je dit moet organiseren. Je moet dan niet alleen discuten over de bezetting van de spoedgevallendiensten en de huisartswachtposten maar ook over de verschillende rollen die deze organisaties op zich nemen. Als hier rond duidelijke afspraken bestaan is planning en toepassing van contingering veel concreter.

*Brigitte Velkeniers:* De VUB is in het verleden akkoord gegaan met het principe van het toegangsexamen. Het contingent is de uitstroom, het toelatingsexamen de instroom. Beide moeten in principe op elkaar afgestemd zijn. Dit is echter niet de eerste doelstelling van het toegangsexamen, er is dus geen afstemming instroom en uitstroom. De marktvoorwaarden worden dus niet gerespecteerd.

In Brussel worden we wel geconfronteerd met een vorm van toegangsexamen. De taalgevoeligheid voor Brussel is anders dan in de andere gebieden van Vlaanderen. Meten is weten en dit is belangrijk voor de bepaling van het contingent. Als lid van de planningscommissie weet ik dat dit geen sinecure is. De studies duren lang, het kadaster staat nergens. We weten hoeveel arts-specialisten er zijn maar we kennen niets over hun activiteitenprofiel.

Het bepalen van het activiteitenprofiel van een arts-specialist op basis van de RIZIV-gegevens is een zeer complexe materie. Je moet een duidelijke definitie maken van elk profiel. Dit is een taak voor de Hoge Raad en de verschillende erkenningscommissies. Je moet die erkenning koppelen aan een specifieke nomenclatuur. De nomenclatuur is in ons systeem immers bepalend voor het inkomen van de arts-specialist. De keuze voor het vergoeden van een bepaalde nomenclatuur is dus ook bepalend voor de keuze die studenten maken voor een bepaalde specialisatie. Dergelijke keuze wordt niet alleen beperkt door de zorgvraag maar ook door de maatschappelijke randvoorwaarden die worden opgelegd. Deze voorwaarden zijn bepalend voor hoe we de geneeskunde van morgen zullen uitvoeren. De maatschappij bepaalt zeer vaak het profiel. De patiënt vraagt meer van ons: we moeten communicatief zijn, luisteren en discuten over de beste kwaliteit van zorg. De intellectuele akte wordt echter onvoldoende genummerd. Er is ook tijd nodig voor bijscholing. De literatuurgegevens gaan immers exponentieel toenemen. Ook hiermee houden we onvoldoende rekening in het profiel van de arts van morgen. Er is tijd nodig voor een goede uitvoering van een kwalitatieve geneeskunde.

De VUB maakt deel uit van het Brussels Gewest. Als we gaan naar een scheiding van de gezondheidszorg en een regionale opsplitsing hoe ziet Vlaanderen dan Brussel? Vlaanderen kan Brussel niet laten vallen.

Er zijn bovendien een groot aantal Franstalige artsen die zich in de Brusselse regio vestigen.

Marc Moens: De watervallen van cijfers die we vandaag gezien hebben doen me denken aan een uitspraak van Benjamin Disraeli 250 jaar geleden : “Er zijn leugens, echte leugens en statistieken”. De cijfers van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV lopen immers naast elkaar. Wat zijn de exacte activiteiten van onze collega’s? Wat is het percentage van geregistreerde artsen die niet in actieve medische praktijk staan? Is dit 25% of 33%?

Als voorzitter van het BVAS ben ik ook niet razend enthousiast over de huidige ontwikkelingen. De MANAMA-opleiding die verplicht wordt voor alle specialisaties betekent mijns inziens een gevaar voor de kwaliteit indien we de organisatie te academisch gaan aanpakken. Vroeger werd een specialist opgeleid doordat hij tijdens het uitvoeren van het beroep de nodige competenties kon verwerven. Dit gebeurde onder supervisie van een ervaren specialist. Dergelijke vorm van “endosmose” zou nu niet meer mogen bestaan. Alles moet meer academisch. Je moet echter niet alleen met de ogen stelen, je moet ook zelf praktijkervaring opbouwen. Onze jonge collega’s moeten nu blijkbaar alles kunnen, ze moeten schitterende technici zijn maar ook fantastische wetenschappers, ze moeten goede managers zijn en tegelijk fantastisch kunnen communiceren met zowel hun patiënten als hun collega’s. Het moeten dus echte supermensen zijn. Mijn boodschap : schrik geen mensen af door de kar te overladen.

Er zijn ook heel wat Belgische artsen die uitwijken. Zij zijn goed opgeleid en zeer gegeerd in het buitenland. Er zijn trouwens meer Belgen die vertrekken dan buitenlanders die binnenkomen.

Wat betreft de knelpuntberoepen : er zijn een reeks nieuwe titels gemaakt maar is de zorg hierdoor verbeterd? We creëren urgentieartsen, intensivisten enz. en vervolgens gaan we hun activiteiten normeren en passen we de zaken verder aan. Vlaanderen is in deze materie trouwens nog straffer dan Wallonië. Dit zijn vaak irreële zaken, gemaakt door mensen in ivoren torens om lokale problemen op te lossen. Nu blijkt dat dit kader niet invulbaar is.

Als 1/3<sup>de</sup> van de opgeleide artsen zijn beroep niet uitoefent is een toegangsexamen misschien onvolkomen. Waarom gaan mensen liever elders werken en willen zij geen praktijk meer uitoefenen? Praktiserende artsen moeten kunnen blijven praktiseren en daarnaast een andere functie uitoefenen. Wellicht mankeert er iets in de oriëntatie in het begin van de loopbaan.

We moeten dringend een nieuwe soort arts maken. Er zijn er een aantal die geen specialist of huisarts zijn en die krijgen nu een brief met de mededeling : “U bent niet langer huisarts”. In Nederland is dat een “instellingsarts”. We moeten hiervoor een oplossing vinden.

Na deze reacties is er ruimte voor vragen en discussie vanuit de toehoorders :

Dr. Beatris Van Der Gucht, UZ Gent: Er is de vraag of het toegangsexamen afgeschaft moet worden. Iedereen rond de tafel blijkt unaniem voor het behoud. Ik vraag me toch af of er geen versoepeling moet komen. Persoonlijk ben ik niet zo blij dat het slaagpercentage het eerste jaar is opgelopen tot 90%. We hebben mensen met een zeer hoog IQ en een wetenschappelijke vooropleiding geselecteerd. Mensen die wel gemotiveerd zijn maar zonder dergelijke vooropleiding verdwijnen naar andere opleidingen bv.

biomedische wetenschappen. Moeten we enkel de zeer intelligente studenten selecteren? Wat met mensen die een roeping hebben maar niet door het toegangsexamen geraken? Motivatie voor werken in de zorg is immers ook een criterium. Ik heb een concrete vraag aan de voorzitter van de examencommissie: waarom kunnen we studenten met een bachelor of master in de biomedische wetenschappen niet toelaten tot de artsenstudie zonder toegangsexamen?

Bernard Himpens: Het toegangsexamen heeft al een grote evolutie doorgemaakt. Er is inderdaad een nadruk op de toetsing van de wetenschappelijke kennis. Het luik in de namiddag test echter de communicatievaardigheden en de competentie om met informatie om te gaan. Het zijn niet de “Super Einsteins” die worden geselecteerd. Het toegangsexamen wordt continu geëvalueerd vooral wat betreft het deel over communicatievaardigheden. We doen dit om rekening te houden met de maatschappelijke opmerkingen ter zake. De vraag is of je na het behalen van een bachelor zonder toegangsexamen zou kunnen overstappen naar de artsenstudie? De beslissing over een eventuele instroom langs dit kanaal moet je overlaten aan overheid. Mijn persoonlijke opinie is dat er kan worden nagedacht worden over de modaliteiten. De toegang tot opleiding tandarts kan mijn inziens apart worden georganiseerd. De professoren tandheelkunde zijn zelf echter geen voorstander voor een behendigheidsproef. Moeten we een verfijning uitoefenen voor studenten van vreemde origine? Als we een examen in de Franse taal toelaten worden we overspoeld door studenten uit de Francofone wereld. Moet er een algemene niveautest komen voor studenten die universitaire studies willen aanvatten? Mijn inziens is alles bespreekbaar. Het toegangsexamen geneeskunde is een instrument waarmee we kunnen aantonen dat de studenten met succes hun studie kunnen afronden. Het is de vraag of dit de enige taak is? Er kan een verfijning worden toegevoegd.

Louis Ide: Het is mijn persoonlijke visie dat je de selectie kan verfijnen door de kandidaten verplicht een stage te laten uitvoeren. Op die manier kan je mensen die gemotiveerd zijn voor de zorg beter selecteren. Je zou ook een soort “creditsysteem” kunnen toevoegen om de instroom te verbreden. Voor de organisatie van de toegang tot de studie tandheelkunde bestaan er heel wat buitenlandse voorbeelden.

Albert Baert: Voor de kandidaat-chirurgen werd in het verleden reeds een behendigheidsstest toegepast. Je kan dus ook zulke test invoeren voor tandartsen. Als we kijken naar de participanten aan het huidig toegangsexamen, vertoont 10% een voorkeur voor de studie tandheelkunde en 90% een voorkeur voor geneeskunde. Dit blijkt ook de verhouding bij de geslaagden.

Jan Goffin, decaan geneeskunde KU Leuven: Collega’s uit andere disciplines gebruiken algemene academische competenties om de slaagkans te berekenen. Naast motivatie is er het vermogen abstract te kunnen denken. Dit wordt getest via de wiskunde. Daarnaast is er het taalvermogen (synthese, analyse en grammatica) en het observerend vermogen. Vanuit het standpunt van de neurowetenschappen omvatten deze basiscompetenties de volledige cerebrale functie. Je zou een eerste screening kunnen doen via een vorm van “zomerschool”. Op die manier zou je deze algemene academische vaardigheden kunnen testen en dan

per discipline verder opsplitsen naar andere competenties die noodzakelijk zijn voor het slagen in een bepaalde discipline.

Marc de Wit, orthopedisch chirurg Brussel: De contingeren-ting is een groot probleem voor de Nederlandstalige zorg in Brussel. Gaan jullie Brussel negeren? Zijn universiteiten nog geïnteresseerd? Zijn jullie bereid om samen een investering te doen in de gezondheidszorg voor de stad Brussel?

Brigitte Velkeniers: Wat Brussel betreft is het standpunt VUB duidelijk. We ijveren voor het defederaliseren van de gezondheidszorg naar de gemeenschappen. Op dit moment gaat de evolutie dus naar de verkeerde kant. In Brussel gaan de bevoegdheden naar een gewestelijk orgaan met name de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. De universiteiten blijven gelukkig een Vlaamse bevoegdheid.

Louis Ide: In mijn laatste boek kies ik duidelijk voor verdere communitariseren van de gezondheidszorg. Dit principe werd onder druk gezet in de laatste nota van Di Rupo. Waakzaamheid is dus geboden. Dit heeft ook financiële consequenties. Werken als arts in Brussel is niet zo attractief voor Vlaamse collegae. We moeten zorgen voor een verbetering van de werkomstandigheden. Ik heb dit aan den lijve ondervonden tijdens mijn stage op de eerste lijn in Brussel 10 jaar geleden.

Brigitte Velkeniers: Onbekend is onbemind, Brussel heeft veel te bieden. Er moeten inspanningen gebeuren om binnen de Vlaamse Gemeenschap duidelijk te maken dat er plaats is voor Vlaamse artsen binnen de Brusselse gemeenschap. We vertegenwoordigen als VUB vele artsen die hier worden opgeleid.

Herman Moermans, voorzitter Syndicaat Vlaamse Huisartsen: De discussie rond contingeren-ting hangt samen met de vraag hoe we onze gezondheidszorg in de toekomst gaan organiseren. Taakafspraken zijn voor ons huisartsen zeer belangrijk. Willen we echt kiezen voor echelonnering? In de discussie wordt het probleem van een tekort aan huisartsen naar voor geschoven. Er is geen tekort aan huisartsen op dit moment wel een dreigend tekort volgende jaren. Huisartsen zien dat taken worden afgesnoept door specialisten bv. pediaters die liever werken in privépraktijk dan in het ziekenhuis. Het volgende model is taken van huisartsen doorschuiven naar verpleegkundigen. Moeten we dan nog inspanning doen om tekorten weg te werken? Dit is een vraag aan Marc Moens.

Marc Moens: Echelonnering is geen oplossing, we zijn tegen de absolute verplichting een huisarts te consulteren alvorens een specialist te raadplegen. Anderzijds blijven we verdedigen dat het wel een goede keuze is van de patiënt om eerst naar de huisarts te gaan. In het geval van pediatrie en gynaecologie is het werken op de eerste lijn gekend. Waarom hebben wij zo veel pediaters en waarom vinden we ze niet in ziekenhuizen? Dit gaat ook over de manier waarop ziekenhuizen worden gefinancierd en waar het uitvoeren van het beroep dus financieel aantrekkelijk wordt. Waarom leiden we ook zoveel specialisten op? Een Franstalige professor heeft mij bekend : "Ik heb die nodig voor een vlotte werking van mijn dienst en daarna 'je m'en fous'." Men leidt dus een overschot specialisten op die

vervolgens op de markt komen in concurrentie met elkaar. Een deel specialisten doen dan inderdaad werk van de eerste lijn in plaats van de tweede lijn. Je moet dus complementair werken en overleg plegen. De attractiviteit van het huisartsenberoep is terug aan het stijgen, laat ons hopen dat dit zich verder zet. We pleiten voor complementariteit. Universiteiten moeten verder denken dan aan de bestaffing van de eigen diensten. Zij moeten verantwoordelijkheid nemen en kijken wat de behoeften van de bevolking zijn voor het afleveren van specialisten.

Renaat Peleman: Ons denken over de organisatie van de gezondheidszorg vertrekt nog te vaak van een verkeerd paradigma. De organisatie van de acute zorg is een discussie uit de jaren '50 en '60. Chronische zorg is nu het belangrijkste. Mensen leven langer met meer chronische aandoeningen. Hier heb je geen acute interventie nodig. Chronische patiënten worden opgevolgd door een team waar de huisarts de orkestmeester is die een heel team heeft van mensen die kunnen ingezet worden. Dit is een groot verschil met het paradigma waarop onze zorg is gebouwd.

Peter Degadt: Ik ga volledig akkoord met Renaat Peleman. De instroom van de zorg baseren op de instroom via spoedgevallen is niet de goede manier van werken. Het is beter de weg te volgen via de huisarts. De huisartsgeneeskunde is zich zoals in het buitenland op dit vlak aan het ontwikkelen.

Paul Van Royen: Ik wil mij bij de vorige sprekers aansluiten. Momenteel is er in Vlaanderen nog geen tekort aan huisartsen. Als je het per FTE bekijkt, beschikken we vandaag over 1 huisarts per 1.100 inwoners. In vele landen is er 1 huisarts per 2.500 inwoners. We gaan er wel naar toe. We moeten dus iets concreter worden dan enkel te zeggen dat er een centrale rol is voor de huisarts. De bevolking moet gefaciliteerd worden om dit pad te volgen. We moeten dus gaan naar een vaste inschrijving bij een huisarts die coördinator kan zijn. We moeten dit vertalen in een getrapte aanpak. Deze aanpak is duidelijk anders voor de acute zorg en de chronische zorg. Ook in ziekenhuizen moeten we naar een andere aanpak. We moeten ons niet meer organiseren per orgaan maar per problematiek. Echelonnering mag geen hol woord blijven maar moet leiden naar concrete zaken.

Brigitte Velkeniers: Ik wil even antwoorden op de uitspraken van Marc Moens. We hebben geen macht meer om te zeggen aan studenten : "jij gaat dit of dat doen". De student kiest zelf en zijn keuze is inderdaad niet afgestemd op de behoefte maar hangt vaker af van de nomenclatuur en de financiering van het specialisme. Misschien moeten we juist dit prioritair aanpassen. De universiteiten kunnen in deze discussie geen duwende kracht zijn.

Louis Ide: Op de onderhandelingstafel bij de poging een regering te vormen met N-VA en PS is er debat gevoerd over de aanpassingen van het huidige bestel. Het voorstel om een patiënt te belonen met een vaste huisarts lag op tafel evenals het voorstel de patiënt te penaliseren die rechtstreeks naar spoedgevallen gaat. Dergelijke voorstellen zijn echter onbespreekbaar voor de PS. Als je dergelijke innovatie op zachte manier wil introduceren en concretiseren gaat dit moeilijk en langzaam.

Marc Moens: Ik wil even waarschuwen dat de administratie exponentieel toeneemt in dit soort systemen. Ik vergelijk met de toestand in Verenigd Koninkrijk en in Spanje. Daar loopt men verloren in de administratieve rompslomp.

Jan Eggermont, vice-decaan KU Leuven: In de discussie over contingentering kunnen we niet alles louter cijfermatig benaderen. Wellicht zijn we te mechanistisch. We moeten ook kijken naar kwalitatieve factoren en naar parallelle beroepen. Zijn we daar klaar voor en kennen we de profielen voor dit soort mensen?

Renaat Peleman: De verpleegkundigen zijn sterk gehecht aan de wetgeving betreffende de uitvoering van verpleegkundige handelingen. Iemand die taken wil overnemen krijgt dus moeilijke onderhandelingen. Het is vaak de taak van de directeurs verpleging om te zeggen wat zorgkundigen en praktijkassistenten mogen doen. In het kabinet Onkelinx heeft de verantwoordelijke voor verpleegkundigen de discussie geparkeerd. In Nederland bestaan er wel praktijkassistenten met criteria. Radiotechnici kunnen vaak beter een echo uitvoeren dan radiologen. In het buitenland worden dergelijke opleidingen wel erkend via een speciaal diploma. Wat betreft onze zorgbehoeften: "Het veld ligt klaar maar de boer moet het veld kunnen betreden".

Dr. André Van Melkebeek, psychiater: Het zorglandschap is de laatste decennia erg veranderd en de veranderingen gaan snel. We spreken weinig over psychiaters en therapeuten. De behoefte aan deze specialisten is groot. We hebben psychiaters nodig. Een psychiater moet veel luisteren en veel werk doen dat weinig wordt gehonoreerd. Zelf zou ik nog altijd voor hetzelfde beroep kiezen. Het wordt wel erg moeilijk artsen te motiveren om te kiezen voor deze kerndiscipline. Hoe kunnen we die vinden? Een psychiater volgt permanent vorming en heeft ook behoefte aan intervisie bij het uitvoeren van zijn beroep. Hoe kan je in de planningscommissie rekening houden met alle discussies over het zorglandschap? Er is een "sense of urgency". Is er een visie over hoe ons zorglandschap zal georganiseerd worden? Dit is een vraag voor Brigitte Velkeniers.

Brigitte Velkeniers: Dit is een ingewikkelde vraag. Hoe plan je vandaag de mensen die je in de toekomst zal nodig hebben? Er is immers een lange tijd nodig om artsen en specialisten te vormen en het is niet makkelijk om op korte termijn in te spelen op acute zorgvragen. Je kan twijfels hebben over de wiskundige modellen die gebruikt worden in de planning. Geen enkel model kan op korte termijn aansluiten op de vragen van de maatschappij. Dit blijft achterlopen op vragen in de zorgvraag. Dit geldt overal in de wereld, ook voor de capaciteitscommissie in Vlaanderen.

Bernard Himpens: De planningscommissie kan plannen en prognoses maken. Je moet in deze modellen bepaalde zaken toepassen. Subquota kon men voor bepaalde specialismen makkelijk invullen, voor andere specialismen veel moeilijker. In het verleden was het moeilijk studenten te motiveren om voor huisartsgeneeskunde te kiezen. We hebben dan verplichte stages georganiseerd voor alle studenten zodat ze weten hoe huisartsgeneeskunde werkt. Studenten moeten veel meer informatie krijgen dan vroeger over de mogelijke vervolgopleidingen.

Ook in psychiatrie is er een probleem om studenten te doen kiezen voor deze opleiding. Dit geldt ook voor andere specialismen. De vervolgopleiding psychiatrie moet beter georganiseerd worden om meer studenten te doen kiezen voor deze discipline. Planning is één element, daarnaast is er de discussie hoe je artsen moet motiveren om in het beroep te blijven.

Jan Goffin: Ik zou de stelling van Bernard Peleman willen aanvullen. Een deel van de studenten biomedische wetenschappen zou in dergelijk profiel terecht kunnen komen. Het zorglandschap kan erg wijzigen. Een planning op hele lange termijn is gevaarlijk.

Rufy Baeke, 40 jaar huisarts: Ik probeer op het terrein naar het platteland te kijken. Niet alleen het beroep van psychiater, ook dat van huisarts op het platteland moet attractiever. De praktische organisatie van de urgentie en de spoedgevallen loopt mis. Er zijn 10.000 huisartsen verdampt op 1 jaar. Maak het voor de bestaande 8.200 effectieve huisartsen mogelijk een deftige praktijktoelage te krijgen. Nu wordt een administratieve kracht betaald. Dit zorgt voor irritatie. Schaf de echte rompslomp af en ondersteun de praktijken. Laat ze zichzelf organiseren. Zet het misbruik van spoedgevallen stop.

Peter Degadt: Ik ben geen lid van de medico-mut en kan geen invloed uitoefenen op de toekenning van een hogere praktijktoelage. Wat betreft het oneigenlijk gebruik van spoedgevallen: dit zorgt voor een negatieve spiraal en een tekort aan spoedartsen. Dit kan enkel door strengere maatregelen te nemen naar de patiënt en deze maatregelen zijn niet populair. Om dit op te lossen ga je best naar betere afspraken met de huisartsen. Dit vraagt samenwerking in het federale beleid. Er moet op dat vlak frontvorming mogelijk zijn.

Louis Ide: Even een korte reactie. Het tekort aan urgentieartsen komt er ook door ondoordacht de BAG-artsen af te schaffen. (Brevet Acute Geneeskunde (nvdr)) Als de BAG-arts niet voldeed hadden we de eindtermen moeten veranderen. Door dit ondoordacht beleid is het gat nu niet opgevuld om de spoeddienst te bemannen. Sommige beleidsmensen wensten echter een pure urgentiegeneskunde te organiseren en hielden geen rekening met de realiteit op het veld.

Marc Moens: De organisatie van de huisartsenwachtposten is een ander debat dan het debat over contingentering. Er moet worden tegemoet gekomen aan de verschillende noden in de stad en op het platteland. Er zijn in dit land te veel spoedgevallendiensten: er is dus nood aan een reorganisatie. Men moet mijns inziens niet alleen werken met urgentiespecialisten en artsen met speciale brevetten. Vroeger kwam de cardioloog zelf naar een spoedgeval indien nodig. Misschien was dit nog niet zo een slecht model?

Em. Prof. dr. André Van Assche, verontschuldigd, schriftelijke reactie: Ikzelf ben betrokken geweest bij de voorbereiding van de toelatingsproef en heb verschillende jaren in de examencommissie gezeteld. Het toelatingsexamen heeft zijn nut bewezen. Toch twee opmerkingen. Ten eerste is het gedeelte inzicht verwerken en verwerven niet de goede keuze omdat het minder objectief te meten is dan het onderdeel wetenschappen. Ik had ook mijn vragen bij

de waarde van de psychometrische testen. Het argument om het sociaal engagement te testen klopt niet; dit engagement zal blijken en ontwikkelen in de studies geneeskunde en daarenboven kan de student(e) een specialisatie (inclusief huisarts) kiezen onder meer in functie van zijn sociale vaardigheden. Ten tweede moet het examen een vergelijkend examen worden, waar elk jaar beslist wordt

hoeveel studenten de studie arts of tandarts kunnen aanvragen. Bovendien kan men elk jaar soepel inspelen op toekomstige behoeften en een overschot creëren om disciplines in te vullen buiten de contingentering. Deze optie laat ook toe om de contingentering jaarlijks aan te passen.

\* \*  
\*



## SLOTWOORD: Dr. JAN DOCKX, VGV-voorzitter



Geachte moderator, sprekers en panelleden, Dames en Heren,

Meer dan ooit is de contingentering, de ongelijke toegang tot de geneeskunde en de herziening van ons Human Resources-beleid zo actueel geweest.

Vooraf wil ik u echter herinneren dat in 1978 een vergadering werd ingericht door het VGV met als onderwerp “De Vlaamse geneesheer en het Vestigingsbeleid”. Mijn welgemeende excuses dat in de titel toen nog geen sprake was van het belang van de vrouw in het artseneroep. Vandaar dat onze 90-jarige vereniging een naamswijziging onderging. Bijna 35 jaar geleden pleitte het VGV reeds voor een actieve aanwezigheidspolitiek van Vlaamse artsen in Brussel onder de vorm van groepspraktijken om zo de omkeerbaarheid van de verfransing te bekomen. Het tweede besluit betreft een vestigingsbeleid waarbij toen reeds werd vastgesteld dat de dichtheid van artsen in Wallonië en Brussel tot de hoogste behoort van de ons omliggende landen terwijl Vlaanderen op het niveau kwam van Groot-Brittannië. Ik citeer: “Een verschillend criterium voor vestiging of voor numerus clausus voor de twee taalgroepen is een must. Indien er op 100 afgestudeerden 60 Nederlandse en 40 Franstaligen zijn, dan zijn we over 40 jaar op gelijke hoogte”. Zal dit zo zijn in 2018? Een ander besluit uit 1978 is de vereiste kennis van de streektaal bij iedere vestiging met een verplichte tweetaligheid in Brussel. Het verdrag van Rome legt geen taalverplichting op in de lidstaten. Het VGV pleitte toen al dat de verplichting van de kennis van de streektaal moet opgenomen worden in het Compendium van de Medische Plichtenleer. Het lijvig werkstuk besluit “deze boodschap uit te dragen tot in de verste hoeken van het Vlaamse land”. Het waren profetische woorden: vestigingsbeleid lees de voorloper van een kadaster, taalkennis op de werkplek en numerus clausus, lees toelatingsproef, om zo het evenwicht tussen Vlaanderen en Wallonië te herstellen.

### Aanbevelingen van het VGV anno 2012 inzake contingentering en toelatingsproef:

1. De contingentering van artsen en tandartsen moet behouden blijven omdat het een essentieel middel is om enerzijds de ontsporing van het budget van de ziekteverzekering te voorkomen en anderzijds de kwaliteit van de zorg te verzekeren door voldoende patiëntencontacten. Het opstellen van een medisch kadaster is evenwel een essentiële voorwaarde en dus een dringende vereiste voor een zinvolle contingentering. Het goed functioneren van het systeem van de contingentering wordt in België met zijn unitair federaal RIZIV-stelsel evenwel sterk op de helling gezet door het feit dat de Franse Gemeenschap, bevoegd voor de artsenopleiding, de instroom van studenten onvoldoende reguleert, meer artsendiploma's aflevert in verhouding tot het beschikbaar contingent en door middel van de zogenaamde “voorafname” systematisch het jaarlijks toegekend contingent overschrijdt. Aldus ontstaat er een reëel gevaar dat Franstalige artsen de rechtmatige plaatsen van Vlaamse artsen in Brussel innemen en zich meer en meer gaan vestigen in Vlaanderen maar vooral in de Vlaamse Rand en Vlaams Brabant met de hieraan verbonden taalproblematiek. Bovendien worden jonge Vlamingen, die geen toegang kregen tot de loopbaan van arts door de strenge toegangsproof, gediscrimineerd.

Het VGV protesteert met klem tegen de herhaalde pogingen van minister Onkelinx om de contingentering ten dele of volledig af te schaffen. Dit zou weliswaar een oplossing bieden voor het probleem van het hoge aantal Franstalige studenten maar zou de Vlamingen, die het aantal studenten tot en met 2018 streng hebben ingeperkt, in de onmogelijkheid stellen om de bijkomende beschikbare RIZIV-nummers in te vullen bij gebrek aan kandidaten met een artsendiploma. De contingentering kan, binnen een niet gesplitste RIZIV, dan ook alleen maar behouden worden indien de Franstaligen eindelijk het contingenteringssysteem ernstig en loyaal willen toepassen door één of andere vorm van instroombeperking door te voeren.

2. Argumenten voor het behoud van de Vlaamse toelatingsproef zijn dat de slaagkans in het eerste jaar zeer hoog is, dat de kwaliteit van het onderwijs toeneemt en dat de proef een substantiële besparing voor de gemeenschap betekent door het vermijden van een belangrijk aantal mislukkingen in het eerste jaar. De Vlaamse toelatingsproef moet behouden blijven op voorwaarde dat de slaagpercentages voldoende te moduleren zijn, zodanig dat niet alleen het toegekende contingent vlot kan worden ingevuld maar dat er ook voldoende artsendiploma's worden afgeleverd om de Vlaamse noden in de niet-curatieve sector w.o. arbeids- en verzekeringsgeneeskunde, ambtenaren, ziekenhuisbestuur, farmaceutische en medische industrie maar vooral het wetenschappelijk onderzoek zo adequaat mogelijk op te vangen. Rekening houdend met de empirische vaststelling dat ongeveer 70 procent van de geslaagde kandidaten in de toelatingsproef het diploma van arts zullen halen en dat daarvan ongeveer 70 % terecht komt in de curatieve sector met toeken-

ning van een RIZIV-nummer in het Vlaams beschikbare contingent, lijkt het aangewezen het huidig slaagpercentage merkkelijk te verhogen. De inhoud van de proef moet regelmatig verfijnd worden, waarbij rekening gehouden wordt met de ervaring van de organisatoren doch ook met nuttige aanbevelingen van externe experts.

3. Het VGV is van mening dat er momenteel geen tekort is aan artsen maar dat er wel nood is aan maatregelen om bepaalde disciplines (o.m. huisartsen, kinderpneumologen, geriateren) meer aantrekkelijk te maken. Terecht moet men zich afvragen of er in België niet te veel werk wordt gecreëerd voor artsen dat uiteindelijk kan overgelaten worden aan paramedici. Het medisch Human Resources-beleid blijkt, zoals op zoveel andere gebieden, cultureel gebonden te zijn met verschillende opvattingen in de twee taalgemeenschappen over de taakhoud van de arts. Omwille van deze reden moet het Human Resources-beleid in de gezondheidszorg toegewezen worden aan de gemeenschappen die eigen accenten kunnen doorvoeren. Zo heeft de Vlaamse regering het actieplan "Werk maken van Werk in de Zorgsector" opgezet om aan de toenemende zorgvraag te voldoen. Ook onder meer de erkenningscommissies en de toegang tot het beroep, kortom de volledige bevoegdheid voor volksgezond-

heid, moet overgedragen worden aan de Vlaamse en Franse Gemeenschap.

4. Om de taalproblematiek op te lossen meent het VGV dat alle artsen, werkzaam in Vlaanderen, die een diploma bezitten van een niet Nederlandstalige universiteit, verplicht een taalexamen moeten afleggen.
5. Rekening houdend met het vrije verkeer van personen, goederen en diensten mogen artsen uit de Europese Unie zich in België vestigen. Ook hier moet, omwille van kwaliteitsredenen, een taalexamen aangepast aan de streektaal verplicht worden: Nederlands voor Vlaanderen, Frans en Nederlands voor Brussel, Frans voor Wallonië en Duits voor het Duitstalig landsdeel. Een gebrekkige taalkennis leidt tot minderwaardige zorg.
6. Het toekennen van een RIZIV-nummer aan buitenlandse artsen moet in de toekomst binnen de contingeringsquota gebeuren en niet daarbuiten.

Als *besluit* is het VGV ervan overtuigd dat de toewijzing van de volledige gezondheidszorg aan de gemeenschappen de enige goede oplossing is voor het contingeringsprobleem en voor vele andere problemen in de organisatie van de gezondheidszorg.





# LIJST VAN DEELNEMERS EN VERONTSCHULDIGDEN

## Lijst Deelnemers

Anciaux Hilde  
Artoos Marc  
Baeke Rufy  
Baert Albert  
Bernard Dirk  
Bettens Filiep  
Bosquet Mark  
Bruneel Bas  
Brutsaert Dirk  
Casteels Rik  
Claes Hubert  
Constandt Jürgen  
Daems Luc  
De Baets Lynn  
De Boevere Chantal  
De Bont Rita  
De Sutter Edward  
De Temmerman Patrick  
De Troij Filip  
De Vos Martine  
Debruyne Geert  
Dedecker Theofiel  
Degadt Peter  
Denoiseux Benjamin  
Desmidt Paul  
Devis Alexander  
Dewolf Dirk  
Dhaese Hendrik  
Dierick Wilfried  
Dockx Jan  
Dominicus Elisa  
Duron Chris  
Eggermont Jan  
Garmyn Bart  
Geens Chris  
Goes Frank  
Goeteyn Jens  
Goffin Jan  
Goovaerts Luc

Gruwez Jacques  
Herijgers Paul  
Herman Pol  
Heykants Beatrijs  
Himpens Bernard  
Hoogmartens Michel  
Hubrechts Jean  
Ide Louis  
Jacobs Veronique  
Janssens Jozef  
Jongbloet Piet  
Lamote Jan  
Lansbergen Bernardus  
Lauwers Monique  
Leroux Luc  
Lindemans Ignaas  
Loosen Erik  
Matthys J.  
Merckx Rita  
Miermans Pieter-Jan  
Moens Marc  
Moeremans Herman  
Monstrey Stan  
Morlion Jan  
Mortier Geert  
Mortier Pauli  
Mortzos Nikolaas  
Pauwels Johan  
Peers Jan  
Peetermans Willy  
Peleman Renaat  
Ponette Johan  
Ponette Eric  
Ponette Siegfried  
Quintelier Marcel  
Sleurs Elke  
Sommer Aurelie  
Speeckaert Marc  
Stabenow Katharina

Stalmans Willy  
Stinissen Piet  
Van Bruwaene Benny  
Van Daele Maria  
Van Daele Gemma  
Van de Caveye Inge  
Van de Voorde Dirk  
Van Den Bossche Pieter  
Van Der Gucht Beatrijs  
Van Houtte Gisela  
Van Isveldt J.  
Van Meirhaeghe Jan  
Van Melkebeek André  
Van Oirschot Marina  
Van Royen Paul  
Van Severen Jean-Paul  
Van Trappen Gaston  
Vanaerschoot Frans  
Vandekerckhove Philippe  
Vandenbergen Jan  
Vandenbreenen Johan  
Vandenbulcke Zeger  
Vanermen Lieve  
Vanhoutte Henri  
Vanrusselt Johan  
Vansteenkiste Maria  
Velkeniers Brigitte  
Verbist J.  
Verbrugge Hendrik  
Verfaillie Guy  
Verhaeghe Raymond  
Verlinde Caroline  
Vermeulen Robrecht  
Verrijken Geert  
Vertongen Geneviève  
Vivet  
Vogels Caroline  
Willemsen Marjolein  
Withofs Dirk

## Lijst Verontschuldigen

Anciaux Vic  
Beke Wouter  
Bobbaers Herman  
Bouillon Roger  
Crevits Hilde  
Crombez John  
De Block Maggy  
De Crem Pieter  
De Croo Alexander  
Delva Paul  
Denekens Joke  
Di Rupo Elio

Dillemans Roger  
Dillen Koen  
Donckier Eric  
Dupont Alain  
Kips Johan  
Lenaerts Raymond  
Moykens Karine  
Naert  
Peeters Kris  
Peumans Jan  
Schauvliege Joke  
Smaers Griet

Smet Pascal  
Tegenbos Guy  
Tobback Bruno  
Turtelboom Annemie  
Van Assche André  
Van der Borgh Vera  
Van der Donckt Hilde  
Van Raemdonck Dirk  
Vanackere Steven  
Vandeurzen Jo  
Verherstraeten Servais

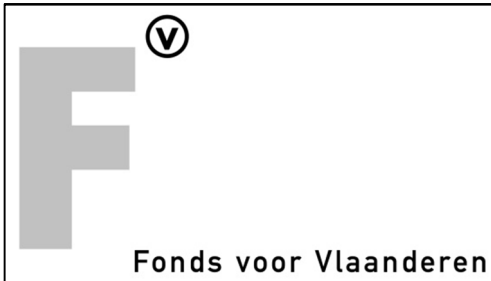
# MET DANK AAN

## SPONSORS:



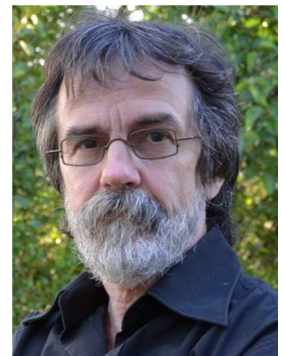
**Dr Louis Ide**

Ten voordele van het  
IMPORE project in Rwanda



## ONZE MEDEWERKERS:

*Mevrouw Marina Van Oirschot, onze VGV-secretaresse*



*De Heer Marcel Quintelier zorgde voor de foto's.*



*Mevrouw Natalie Devriendt verzorgde de opmaak van het verslagboek.*

**D**ienen  
zakenkantoor  
GCV

FSMA nr 61373 cA

Steeds tot uw Dienst !

- \* **Correcte aanvraag en besteding van de jaarlijkse sociale voordelen ! (RIZIV - toelage)**
- \* **Diverse (fiscale) pensioenopbouwstelsels**
- \* **Beroepsaansprakelijkheid voor de medicus**

met vriendelijke groeten,

Jan Van Esbroeck

0477 383 415

janvanesbroeck@dienengcv.eu

ond. nr.BF 0480 462 774

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

# Verrassend voordelig!

Naast de klassieke ziekenfondsvoordelen, zoals o.m. hulp in het buitenland, jeugdvakanties en ziekenvervoer, komen wij ook tussen in de volgende gevallen:

## Ongeacht uw leeftijd!

- >> Brillen en lenzen tot 100 euro
- >> Alle vaccinaties tot 75 euro
- >> Diëtist of psycholoog tot 50 euro
- >> Lidgeld sport- of fitnessclub tot 30 euro

## Specifieke troeven!

- >> Geboortevoordelen tot 888 euro, waaronder ook terugbetaling van luiers
- >> Orthodontie: terugbetalingen tot 750 euro
- >> Tandimplantaten tot 500 euro
- >> Lasertherapie van de ogen tot 250 euro
- >> Kampvergoedingen tot 30 euro
- >> Voetverzorging tot 25 euro

Ontdek nog meer voordelen in ons ziekenfondspakket: [www.vnz.be](http://www.vnz.be) of vraag vandaag een infopakket of vrijblijvend huisbezoek aan via **0800-179 75**. Veranderen van ziekenfonds is heel eenvoudig. Bel ons gratis nummer of surf naar onze webstek en wij doen graag de rest.

Bel gratis:

**0800-179 75**

Hoofdzetel:

Hoogstratenplein 1 - 2800 Mechelen - [www.vnz.be](http://www.vnz.be)  
Kantoren & brievenbussen over heel Vlaanderen



**Vlaams & Neutraal Ziekenfonds**

UW VRIJHEID, UW ZEKERHEID

## Bescherming op elke leeftijd



Het enige Europese bedrijf  
dat zich uitsluitend toelegt op vaccins

  
**sanofi pasteur MSD**  
vaccines for life

[www.spmsd.com](http://www.spmsd.com)