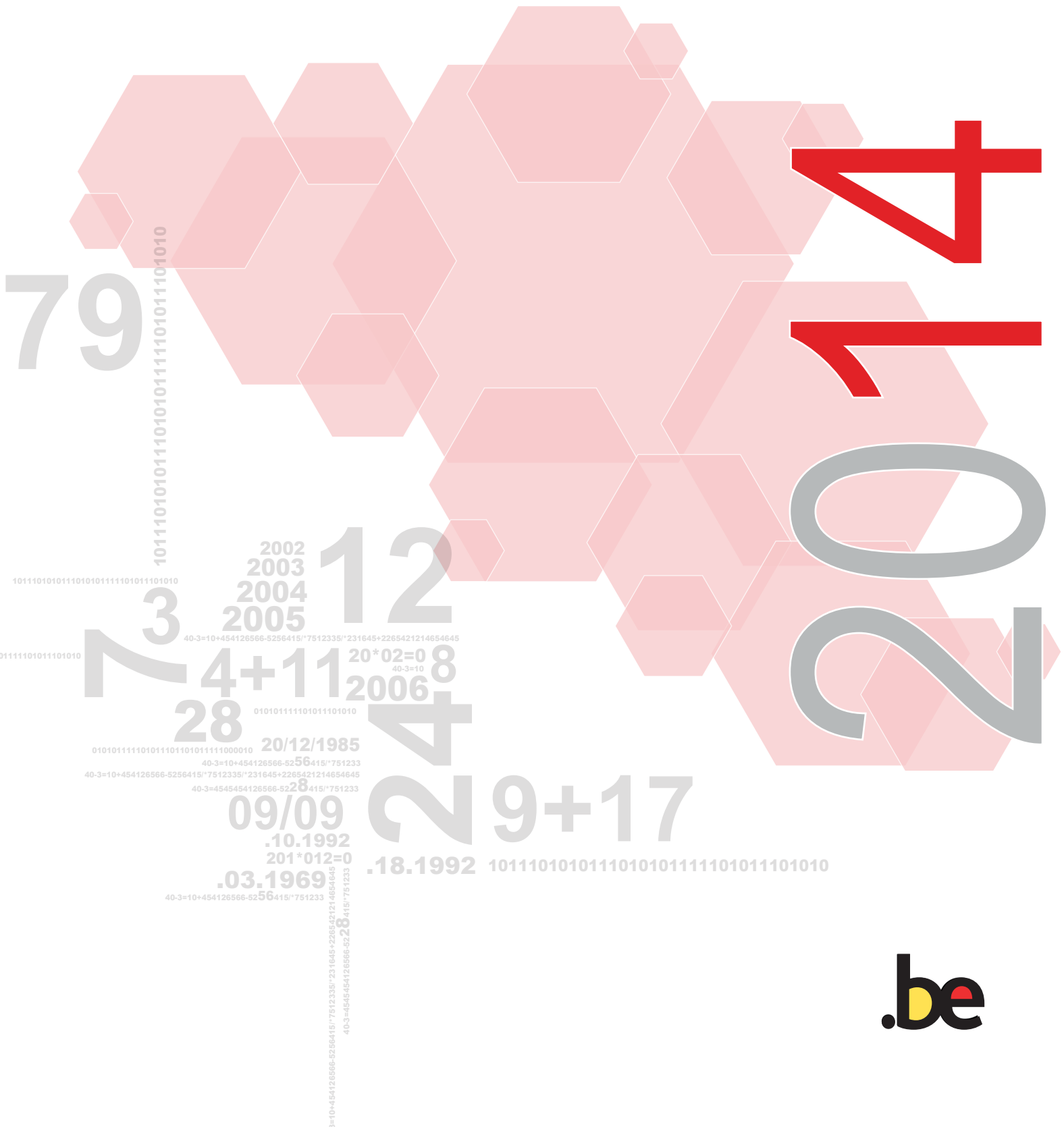


JAAARVERSLAG

VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE - MEDISCH AANBOD

Publicatie van de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen



COLOFON

Projectverantwoordelijke :

Aurélia Somer

Werkgroep en redactie verslag :

Gretel Dumont, Antoon De Geest, Anne Delvaux, Tina Jacob, Pieter-Jan Miermans, Aurélia Somer, Pascale Steinberg, Petra Van den Eynde, Veerle Vivet, François Wagemans.



Directoraat-generaal (DG) Gezondheidszorg : Christiaan Decoster, Directeur-generaal
Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening: Muriel Quinet, Diensthoofd
Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen: Aurélia Somer, Celhoofd

Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Cuypers, Voorzitter van het directiecomité

Contactgegevens :

Directoraat-generaal Gezondheidszorg
Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Eurostation II
Victor Hortaplein 40, bus 10 – 1060 Brussel
T +32 (0)2 524 97 97 (Contact center)
plan.team@gezondheid.belgie.be
<http://www.gezondheid.belgie.be/hwf>

Ce rapport est également disponible en français.

Gelieve het verslag te citeren aan de hand van de volgende referentie:

Jaarverslag 2014 van de Planningscommissie – medisch aanbod. Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België, Cel Planning van de Gezondheidszorgberoepen, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2015.

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegelaten mits de bron vermeld wordt.

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

Wettelijk depot: D/2015/2196/36



JAARVERSLAG 2014 VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD.

Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België

- *DE PLANNINGSCOMMISSIE - MEDISCH AANBOD IN 2014 ;*
- *STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING :*
 - *ARTSEN,*
 - *TANDARTSEN,*
 - *KINESITHERAPEUTEN.*

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	7
2. De Planningscommissie - medisch aanbod in 2014	9
2.1.Samenstelling.....	9
2.2. Werking van de Planningscommissie.....	10
2.2.1. De plenaire vergaderingen van de Planningscommissie	10
2.2.2. Uitgebrachte adviezen en ministeriële beslissingen	11
2.2.3. Het Bureau	11
2.2.4 De stuurgroep	12
2.2.5 De werkgroepen.....	12
2.2.5.1 De wetenschappelijke werkgroep	12
2.2.5.2 De werkgroep « Artsen »	12
2.2.5.3 De werkgroep « Tandartsen »	14
2.2.5.4 De werkgroep « Kinesitherapeuten »	15
2.2.5.5 De werkgroep « Verpleegkundigen »	16
2.3 Het meerjarenplan PLAN3.2013 en zijn stand van zaken.....	18
2.3.1 Structuur van het meerjarenplan	18
2.3.2 Semestriële programmatie van het meerjarenplan	19
2.3.3 Overzicht van de voortgang van het meerjarenplan PLAN3.2013 tijdens het jaar 2014	21
2.4 Het kadaster en de verrijking van het kadaster.....	23
2.4.1 Het kadaster : de gemachtigde beoefenaars.....	23
2.4.2 Het verbeterd kadaster: de actieve beoefenaars	26
2.4.2.1 Doel en methode van het exploitatievoorstel voor het plan kadaster 'Plankad'	26
2.4.3 Voortgang van de analyse van het verbeterd kadaster en van de uitwerking van scenario's	28

2.4.3.1 PlanKad ‘Verpleegkundigen’ en scenario’s.....	28
2.4.3.2 PlanKad « Kinesitherapeuten ».....	29
2.4.3.3 PlanKAD « Artsen en tandartsen »	29
2.4.4 Interne studies per beroepsgroep of problematiek	29
2.5 Joint action on Health Workforce Planning and Forecasting	30
2.6 Evolutie van het algemeen wettelijk kader in 2014 : De Zesde Staatshervorming.....	37
2.6.1 Wijzigingen ingevoerd door de Zesde Staatshervorming.....	37
2.6.2 Impact op het vastleggen van de quota van de contingentering.....	37
3. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Artsen	39
3.1 De principes van de contingentering van de gezondheidszorgberoepen	39
3.2 De contingentering van de artsen	40
3.3 Het verwachte aantal afgestudeerden	49
3.4 De realisatie van de contingentering van artsen	52
3.5 Toekomstprojecties: Welke overschrijdingen aan het einde van de afvlakking in 2018 ?	60
3.6 Conclusies	62
4. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Tandartsen	64
4.1 De contingenteringsprincipes van de gezondheidszorgberoepen	64
4.2 De contingentering van tandartsen	65
4.3 Het verwachte aantal afgestudeerden	68
4.4 De realisatie van de contingentering van de tandartsen	72
4.5 Conclusies	76
5. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Kinesitherapeuten.....	77
5.1 De contingentering van de kinesitherapeuten	77
5.2 Het aantal afgestudeerden	78
5.3. Conclusies	79

6. Bijlagen	80
6.1 Formele adviezen van de Planningscommissie - medisch aanbod.....	80
6.1.1 Advies 2014_01 betreffende de planning van kinesitherapeuten (KB van 20 juni 2005, gewijzigd door de KB's van 18 september 2008 en 14 oktober 2009).....	80
6.2. Uittreksel uit de bijzondere wet van 6 januari 2014	82
6.3 Evolutie van de wetgeving inzake planning.....	83
6.4 Inventaris van de publicaties vanaf 2009	86

OVERZICHT TABELLEN

Tabel 1: Contingenten van artsen met toegang tot bepaalde bijzondere beroepstitels, volgens het KB van 29 augustus 1997.....	40
Tabel 2 : Contingenten artsen met toegang tot de opleiding voor bepaalde bijzondere beroepstitels, volgens het KB van 29 augustus 1997, gewijzigd door de KB's van 7 november 2000 en 10 november 2000.....	41
Tabel 3 : Jaarlijkse Contingenten met "toegang tot de opleiding" zoals voorzien in het KB van 30 mei 2002, gewijzigd door de KB's van 11 juli 2005 en 8 december 2006: maxima in België.....	43
Tabel 4 : Jaarlijkse Contingenten met "toegang tot de opleiding" zoals voorzien in het KB van 30 mei 2002, gewijzigd door de KB's van 11 juli 2005 en 8 december 2006: maxima in de Vlaamse gemeenschap.....	43
Tabel 5 : Jaarlijkse Contingenten met "toegang tot de opleiding" zoals voorzien in het KB van 30 mei 2002, gewijzigd door de KB's van 11 juli 2005 en 8 december 2006: maxima in de Franse gemeenschap.....	44
Tabel 6: Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor België.	46
Tabel 7 : Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor de Vlaamse gemeenschap.	47
Tabel 8 : Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor de Franse gemeenschap.	47
Tabel 9 : Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde in de Vlaamse gemeenschap.....	49
Tabel 10: Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde in de Franse gemeenschap	49
Tabel 11 : De realisatie van de contingentering van artsen voor de Vlaamse gemeenschap: globaal overzicht	55
Tabel 12 : De realisatie van de contingentering van artsen in de Franse gemeenschap: globaal overzicht	56

Tabel 13 : De realisatie van de contingentering van artsen voor België: globaal overzicht ...	58
Tabel 14: Aantal vrijstellingen in 2014, per gemeenschap en voor België.....	59
Tabel 15 : Vlaamse gemeenschap : vaststelling en projectie van de contingentering.....	61
Tabel 16 : Franse gemeenschap : vaststelling en projectie van de contingentering.....	61
Tabel 17 : Jaarlijkse quota tandartsen (KB van 19/08/2011)	67
Tabel 18 : Stand van zaken van de contingentering tandartsen in de Vlaamse gemeenschap	68
Tabel 19 : Stand van zaken betreffende de contingentering van tandartsen in de Franse gemeenschap rekening houdend met alle gediplomeerden (Belgen + buitenlanders). ..	68
Tabel 20 : Toestand van de contingentering van de tandartsen in de Franse gemeenschap met onderscheid tussen de Belgische gediplomeerden en gediplomeerden uit de Europese Unie.	70
Tabel 21 : Aantal geregistreerde stageplannen voor tandartsen met een Belgisch diploma behaald sinds 01/01/2008.	73
Tabel 22 : Vlaamse gemeenschap : Aantal stageplannen voor tandartsen gediplomeerd vanaf 01/01/2008 en realisatie van de contingentering aan de hand van een afvlakking (KB 19 augustus 2011).....	74
Tabel 23 : Franse gemeenschap : Aantal stageplannen voor tandartsen gediplomeerd vanaf 01/01/2008 en realisatie van de contingentering aan de hand van een afvlakking (KB 19 augustus 2011).	74
Tabel 24 : Gecumuleerd overschot van de opvulling van de quota van de tandartsen vanaf 01/01/2008.....	75
Tabel 25 : Jaarlijks aantal van gediplomeerden in de kinesitherapie in de Vlaamse gemeenschap	78
Tabel 26 : Jaarlijks aantal van gediplomeerden in de kinesitherapie in de Franse gemeenschap.	78

1. INLEIDING

De planning van het aanbod van de gezondheidszorgbeoefenaars is al sinds bijna 30 jaar een aandachtspunt voor de regering. De Planningscommissie medisch aanbod werd opgericht in 1996, door de toevoeging van artikel 35octies in het KB nr. 78 betreffende de beoefening van de gezondheidszorgberoepen. Zoals omschreven in artikel 35octies, §2 van dit besluit bestaat de opdracht van de planningscommissie erin “de relatie te onderzoeken tussen de behoeften, studies, en de doorstroming tot de stages, met het oog op het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels bedoeld in artikel 35ter en de beroepstitel bedoeld in artikel 21bis, § 3”. In deze context moet zij jaarlijks haar verslag opstellen.

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

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

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

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

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

⁴ *Idem.*

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - ergotherapeut⁵, - logopedist⁶, - orthoptist⁷, - bandagist, orthesist en prothesist⁸, - medisch laboratoriumtechnoloog⁹, - podoloog¹⁰, - technoloog medische beeldvorming¹¹. | |
|--|--|

Op basis van deze lijst stelt men vast dat de verwachtingen van de wetgever groot zijn. Niet alle voornoemde beroepen werden in 2014 besproken in de Planningscommissie.

In 2014 waren de activiteiten van de Planningscommissie vooral gericht op de geneeskunde, de tandheelkunde, de kinesitherapie en de verpleegkunde. Het zijn dan ook deze vier beroepsgroepen die in dit verslag voornamelijk aan bod zullen komen.

Het eerste deel van dit jaarverslag geeft een synthese van de werkzaamheden van de Planningscommissie in 2014¹². Het tweede deel rapporteert over de stand van zaken op het vlak van de contingentering voor de drie beroepsgroepen die eraan onderworpen zijn, te weten de artsen, de tandartsen en de kinesitherapeuten¹³.

⁵ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 8 juli 1996 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van ergotherapeut en houdende vaststelling van de lijst van technische prestaties. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 2 januari 2012.

⁶ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 20 oktober 1994 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van logopedist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de logopedist door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 2 april 2013.

⁷ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 24 november 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van orthoptist en houdende vaststelling van de lijst van technische prestaties en de lijst van handelingen waarmee de orthoptist door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 2 april 2013.

⁸ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 6 maart 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van bandagist, orthesist en prothesist en houdende vaststelling van de lijst van technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de bandagist, de orthesist en de prothesist door een arts kunnen worden belast. Deze beroepen maken elk het voorwerp uit van een erkenning afgeleverd door het RIZIV.

⁹ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratoriumtechnoloog. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 22 december 2013.

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

¹¹ Dit beroep is vastgelegd in het KB van 28 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van technoloog medische beeldvorming en houdende vaststelling van de lijst van handelingen waarmee deze door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning van dit beroep is in werking getreden op 22 december 2013.

¹² Hoofdstuk 2.

¹³ Respectievelijk hoofdstukken 3, 4 en 5.

2. DE PLANNINGSCOMMISSIE - MEDISCH AANBOD IN 2014

2.1.SAMENSTELLING

De leden, de secretaris en de voorzitter van de Planningscommissie - medisch aanbod worden benoemd door de Koning. Krachtens het koninklijk besluit van 15/03/2010 is de Planningscommissie voor een periode van 5 jaar vanaf 13/11/2009 als volgt samengesteld¹⁴:

Voorzitter: Karel Vermeyen, ontslagnemend sinds eind 2010; zijn activiteit is gestopt vanaf het 2^{de} semester van 2012. Tot 30 mei 2014 werd het voorzitterschap van de Planningscommissie waargenomen door het oudste op de vergaderingen aanwezige lid¹⁵. Vanaf 1 juni 2014 zit Brigitte Velkeniers de Planningscommissie voor, voor een mandaat van 5 jaar¹⁶.

Secretaris: Aurélia Somer.

Voornaamste kern :

ORGANISATIE	EFFECTIEF LID	PLAATSVERVANGEND LID
Universitaire instellingen van de Vlaamse gemeenschap	PEETERMANS Willy	STEVENS Wim
	VELKENIERS Brigitte	MORTIER Eric
Universitaire instellingen van de Franse gemeenschap	GEUBEL André	ARTOISENET Caroline
	COGAN Elie	DE WEVER Alain
Intermutualistisch College	VAN DEN OEVER Robert	SCHENKELAARS Jean-Pierre
	VAN DER MEEREN Ivan	HUSDEN Yolande
	CEUPPENS Ann	DE BRUYN Benjamin
Beroepsorganisaties van huisartsen	LEMYE Roland	ORBAN Thomas
	JAMART Hubert	DE ROECK Marc
Beroepsorganisaties van geneesheren-specialisten	MASSON Michel	MOENS Marc
	BERNARD Dirk	DESCHOUWER Pieter
Beroepsorganisaties van tandartsen	DEVRIESE Michel	CLEYMANS Philippe
	HELDERWEIRT Patrick	DE TURCK Sofie
Vlaamse gemeenschap	TEMMERMAN Marleen	SCHOENMAKERS Birgitte
Franse gemeenschap	LEFEBVRE Philippe	BRUWIER Geneviève
Duitstalige gemeenschap	KLINKENBERG Guido	CORMANN Karin
RIZIV	MEEUS Pascal	WINNEN Bert
Minister Sociale Zaken	ENGLERT Yvon	DE MAESENEER Jan

¹⁴ Deze samenstelling integreert de wijzigingen die hebben plaatsgevonden tot 31/12/2014.

¹⁵ Overeenkomstig artikel 4,§1 van het KB van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie - medisch aanbod.

¹⁶ Koninklijk besluit van 25 april 2014 houdende de benoeming van de leden van de Planningscommissie - medisch aanbod

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

2.2. WERKING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE

2.2.1. DE PLENAIRE VERGADERINGEN VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE

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

De leden van de Planningscommissie die uitgenodigd worden voor de vergaderingen variëren dus naargelang van de punten die op de agenda staan. De commissie is in 2014 1 keer samengekomen.

Op de vergadering van **06/05/2014** waren de beroepsgroepen van de artsen, de tandartsen en de kinesitherapeuten uitgenodigd. De commissie heeft kennis genomen van het verslag van de werkgroep kinesitherapeuten over de opvolging van het formeel advies kinesitherapie 2012_01 van 12 mei 2012. Het advies 2014_01 werd eerst besproken, waarna er werd over gestemd. Dit advies pleit voor de invoering, in het kader van het RIZIV, van een registratieprocedure van de privépraktijken kinesitherapie, om op deze manier te beschikken over nauwkeurige gegevens die het mogelijk maken om de evolutie van die activiteit op te volgen, en indien nodig corrigerende maatregelen te nemen.

Op diezelfde vergadering hebben de leden van de commissie zich uitgesproken over de organisatiemodaliteiten voor de dringende vergadering van 12 november 2013, waarop het formeel advies 2013_02 werd goedgekeurd, en ze hebben verbeteruggesties voorgesteld. De commissie werd op de hoogte gebracht van het gevolg dat werd gegeven aan dat advies door de Regering eind 2013¹⁷. De commissie heeft trouwens kennis genomen van: de nakende beschikbaarheid van de eerste analyseresultaten van de (PlanKAD)-gegevenskoppeling in verband met de workforce van de artsen¹⁸, het naderen van de uiterste datum van de mandaten van haar leden en van de periode vanaf wanneer de hernieuwing zal worden opgestart. Ze werd eveneens op de hoogte gebracht van de lopende werkzaamheden in het kader van de *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*.

In oktober heeft de planningscommissie per mail haar jaarverslag voor het jaar 2013 gevalideerd.

2.2.2. UITGEBRACHTE ADVIEZEN EN MINISTERIËLE BESLISSINGEN

De werkzaamheden van 2014 resulteerden in een formeel advies, dat werd bezorgd aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

LIJST VAN FORMELE ADVIEZEN¹⁹	
2014_01	Advies betreffende het voorstel van een alternatief voor de selectieproef van de kinesitherapeuten.

Alvorens een ministeriële beslissing te kunnen nemen inzake planning op basis van dit advies, is er nieuw overleg nodig binnen de Nationale Raad voor de Kinesithérapie, de Technische Raad voor de Kinesithérapie en de Overeenkomstencommissie (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering).

2.2.3. HET BUREAU

De belangrijkste taak van het Bureau bestaat erin de plenaire vergadering van de Planningscommissie voor te bereiden. Het Bureau is in 2014 één keer bijeengekomen, op **11/03/2014**.

De leden van het bureau hebben kennis genomen van het standpunt van de werkgroep kinesitherapeuten over de opvolging van het formeel advies 2012_01, en van het gevolg dat de regering heeft gegeven aan advies 2013_02. Vervolgens werd de agenda van de vergadering van de Planningscommissie - medisch aanbod van 06/05/2014 vastgelegd.

¹⁷ Zie Jaarverslag van de Planningscommissie – medisch aanbod 2013, p. 14.

¹⁸ Zie punt 2.4.

¹⁹ De tekst van dit advies werd integraal opgenomen in bijlage.

2.2.4 DE STUURGROEP

In 2012 werd een stuurgroep opgericht. Het betreft een overleg tussen het Kabinet van de Minister van Volksgezondheid, de administratie, vertegenwoordigers van het RIZIV en vertegenwoordigers van de Planningscommissie om een stand van zaken op te maken van de lopende werkzaamheden van de Commissie en om die te doen stroken met de prioriteiten van de minister. In 2014 is de stuurgroep niet samengekomen.

2.2.5 DE WERKGROEPEN

Om een goede werking van de Commissie te garanderen en om de leden die in de plenaire vergadering samenkomen niet onnodig te overbelasten, werkt de Planningscommissie met werkgroepen die voor sommige beroepen werden samengesteld.

De opdracht van deze groepen draagt bij tot de verwezenlijking van het meerjarenplan. De samenstelling, de werkwijze en de wijze van verslaggeving van de werkgroepen worden in de plenaire vergadering van de Commissie vastgelegd.

De werkgroepen logopedisten en vroedvrouwen zijn in 2014 niet bijeengekomen.

2.2.5.1 DE WETENSCHAPPELIJKE WERKGROEP

De wetenschappelijke werkgroep had in 2014 geen opdrachten en heeft tijdens dat jaar dan ook geen vergaderingen gehouden.

2.2.5.2 DE WERKGROEP « ARTSEN »

De opdrachten van de werkgroep 'Artsen' werden op 01/03/2013 door de stuurgroep geherdefinieerd naar aanleiding van de validering van het meerjarenplan, en werden in 2014 niet gewijzigd. Oorspronkelijk werden ze over de 3 jaren van dit plan gespreid volgens het volgende schema :

		2013	2014	2015
ALGEMENE OPDRACHTEN				
1	Het initiatief nemen tot een voorstel van advies in functie van het terrein en de evolutie van het beroep	X	X	X
2	Voorstellen van advies formuleren	X	X	X
3	Follow-up van de contingentering	X	X	X
4	Validatie van de volgende quota		X advies	
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
5	De lijst van nuttige variabelen voor de koppeling identificeren en valideren	X		
6	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren		X	
7	De fact sheets valideren (beschrijvende fiches van de resultaten van de koppeling per thema)		X	
8	Het rapport STADE valideren (rapport met gedetailleerde beschrijving van de beroepsgroep op basis van de gegevenskoppeling)		X	X
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
9	Het basisscenario valideren			X
10	De op het model uit te testen hypothesen en scenario's bepalen			X
11	De scenario's valideren			X
SPECIFIEKE OPDRACHTEN				
12	Het pilootproject JA rond algemene geneeskunde begeleiden (Horizon scanning en Delphi)	X	X	X

Tijdens het jaar 2014 is de werkgroep « Artsen » drie keer bijeengekomen, namelijk op **19/06/2014**, **23/09/2014** en **19/12/2014**. De werkgroep heeft zich hoofdzakelijk gewijd aan de methodologie en de analyse van de gegevenskoppeling dankzij het project PlanKAD Artsen, en de validatie van deze analyseresultaten staat gepland in het eerste semester van 2015.

De werkgroep heeft de opvolging van de contingentering van de artsen gevalideerd, waarvan de overzichtstabel gepubliceerd werd in het jaarverslag van de Planningscommissie. Wat betreft het quotum van artsen voor 2021, werd er beslist om te wachten op de resultaten van de PlanKAD-koppeling, voorzien voor begin 2015, alvorens zich uit te spreken.

Deze werkgroep heeft zich ook gebogen over de impact van de 6^{de} staatshervorming, die vanaf 1 juli de bevoegdheid over de subquota toevertrouwt aan de gemeenschappen, en de bevoegdheid over de globale quota op federaal niveau houdt. Hij heeft kennis genomen van de uiteenlopende werkzaamheden van de Cel Planning:

- becijferde raming van de impact op de stageplaatsen van de dubbele cohorte afgestudeerden in de geneeskunde in 2018 ;
- projecties over de toekomstige « voorraden » van artsen die actief zijn in het kader van het ZIV, op basis van een koppeling van gegevens van het kadaster en die van het RIZIV en op basis van een vereenvoudigde modellering.

2.2.5.3 DE WERKGROEP « TANDARTSEN »

De opdrachten van de werkgroep 'Tandartsen' werden op 01/03/2013 door de stuurgroep gherdefinieerd naar aanleiding van de validering van het meerjarenplan, en werden in 2014 niet gewijzigd. Oorspronkelijk werden ze over de 3 jaren van dit plan gespreid volgens dit schema :

		2013	2014	2015
ALGEMENE OPDRACHTEN				
1	Het initiatief nemen tot een voorstel van advies in functie van het terrein en de evolutie van het beroep	X	X	X
2	Voorstellen van advies formuleren	X	X	X
3	Follow-up van de contingentering	X	X	X
4	Validering van de volgende quota			X + Advies
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
5	De lijst van nuttige variabelen voor de koppeling identificeren en valideren	X		
6	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren		X	
7	De fact sheets valideren (beschrijvende fiches van de resultaten van de koppeling per thema)		X	
8	Het rapport STADE valideren (rapport met gedetailleerde beschrijving van de beroepsgroep tandartsen op basis van de gegevenskoppeling)		X	X
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
9	Opleiding voor het gebruik van het mathematisch model en voor de verkenning van scenario's			X
10	Het basisscenario valideren			X
11	De op het model uit te testen hypothesen en scenario's bepalen			X
12	De scenario's valideren			X

Tijdens het jaar 2014 is de werkgroep « Tandartsen » één keer bijeengekomen, namelijk op **04/09/2014**. Hij heeft zich hoofdzakelijk gewijd aan de methodologie van de gegevens die werden gekoppeld dankzij het project PlankAD Tandartsen.

De werkgroep heeft de opvolging van de contingentering van de tandartsen gevalideerd, waarvan de overzichtstabel gepubliceerd werd in het jaarverslag van de Planningscommissie. Deze werkgroep heeft kennis genomen van de resultaten van de Horizon scanning die werd uitgevoerd binnen de cel planning.

De werkgroep heeft ook kennis genomen van de methodologie die werd toegepast in bepaalde werkzaamheden van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) om de activiteitsgraad van de beroepsbeoefenaars te ramen.

2.2.5.4 DE WERKGROEP « KINESITHERAPEUTEN »

De opdrachten van de werkgroep 'Kinesitherapeuten' werden op 01/03/2013 door de stuurgroep gherdefinieerd naar aanleiding van de validering van het meerjarenplan, en werden in 2014 niet gewijzigd. Oorspronkelijk werden ze over de 3 jaren van dit plan gespreid volgens het volgende schema :

		2013	2014	2015
ALGEMENE OPDRACHTEN				
1	Het initiatief nemen tot een voorstel van advies in functie van het terrein en de evolutie van het beroep	X	X	X
2	Voorstellen van advies formuleren	X	X	X
3	Opvolging van de contingentering en		?	?
4	validering van de quota vanaf 2018		?	?
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
5	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren	X		
6	De fact sheets valideren (beschrijvende fiches van de resultaten van de koppeling per thema)	X		
7	Het rapport STADE valideren (rapport met gedetailleerde beschrijving van de beroepsgroep op basis van de gegevenskoppeling)		X	
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
8	Het basisscenario valideren		X	
9	De op het model uit te testen hypothesen en scenario's bepalen		X	
10	De scenario's valideren		X	
SPECIFIEKE OPDRACHTEN				
11	Werkzaamheden n.a.v. het advies van de Planningscommissie van 01/07/13 : - Analyse van de huidige bijzondere bekwaamheden - De formulering van mogelijke strategieën wat betreft de realisatie van quota en het voorstellen van alternatieven voor het huidige examensysteem na afloop van de studies - De mogelijkheid op gemeenschapsniveau onderzoeken : organisatie van de studies zodanig dat de keuze van de studenten het mogelijk maakt om in te spelen op de epidemiologische en demografische behoeften van de bevolking	Begin van de werkzaamheden	Tussentijds Rapport 01/05/14	Eindrapport 01/01/2015

In 2014 is de werkgroep "Kinesitherapeuten" twee keer bijeengekomen, op **18/02/2014** en **01/04/2014**. Hij heeft zich vooral gewijd aan het voortzetten van de werkzaamheden die in 2013 werden aangevat, met het oog op het voorstellen van een alternatief voor de selectieproef voor de kinesitherapeuten (opdracht toevertrouwd door het advies 2013_01 van de Planningscommissie).

De werkgroep heeft eerst Prof. Jozef Pacolet gehoord, die zijn geactualiseerde studie van de evolutie van de vraag naar gezondheidszorg heeft voorgesteld. Het gaat om de update van de gegevens voor de Vlaamse gemeenschap, van zijn studie *Plus est en vous*.

Vervolgens heeft de werkgroep alle beschikbare gegevens geanalyseerd met betrekking tot de verstrekkingen onder nomenclatuur K die werden ingezameld via de studies van MAS, IPSOS en het RIZIV.

Op basis van die werkzaamheden kon worden vastgesteld dat het noodzakelijk blijft om de workforce te plannen die mag werken onder nomenclatuur M, terwijl het percentage kinesitherapeuten dat presteert onder nomenclatuur K dermate laag is dat regulering niet nodig blijkt. Die werkzaamheden hebben ook aangetoond dat de aangekondigde evolutie van de studies in de Franse gemeenschap de richting uitgaat van een harmonisering met het kader dat werd ingevoerd in de Vlaamse gemeenschap. Op die basis heeft de werkgroep in april 2014 zijn eindverslag afgeleverd, op basis waarvan de Planningscommissie het advies 2014_01 kon afleveren, waarin wordt gepleit voor de invoering, in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV), van een procedure voor het registreren van de kinesitherapiepraktijken in een privé-kabinet om te beschikken over nauwkeurige gegevens die het mogelijk maken de evolutie van die activiteit op te volgen en indien nodig corrigerende maatregelen te nemen.

De werkgroep heeft zich ook uitgesproken over de methodologie om het basisscenario te realiseren.

De werkzaamheden van deze groep werden opgeschort, in afwachting van de ontwikkeling van een nieuw voorspellend model dat meer flexibiliteit mogelijk maakt.

2.2.5.5 DE WERKGROEP « VERPLEEGKUNDIGEN »

De opdrachten van de werkgroep “Verpleegkundigen” werden op 01/03/2013 door de stuurgroep gherdefinieerd naar aanleiding van de validering van het meerjarenplan, en werden in 2014 niet gewijzigd. Oorspronkelijk werden ze over de 3 jaren van dit plan gespreid volgens het volgende schema :

		2013	2014	2015
ALGEMENE OPDRACHTEN				
1	Het initiatief nemen tot een voorstel van advies in functie van het terrein en de evolutie van het beroep	X	X	X
2	Voorstellen van advies formuleren	X	X	X
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
3	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren	X		
4	De fact sheets valideren (beschrijvende fiches van de resultaten van de koppeling per thema)	X		
5	Het rapport STADE valideren (rapport met gedetailleerde beschrijving van de beroepsgroep op basis van de gegevenskoppeling)	X	X	
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
6	Het basisscenario valideren	X	X	
7	De op het model uit te testen hypothesen en scenario's bepalen	X	X	
8	De scenario's valideren		X	

In 2014 is de werkgroep “Verpleegkundigen” vijf keer bijeengekomen, namelijk op **07/01/2014** (in subgroepen), **25/02/2014**, **05/06/2014**, **13/10/2014** en **02/12/2014** (in subgroepen). De werkgroep heeft zijn in 2013 aangevatte werkzaamheden voortgezet, om prognoses uit te werken aan de hand van het geharmoniseerd planningsmodel.

In die optiek heeft de werkgroep Prof. Jozef Pacolet gehoord, die zijn geactualiseerde studie van de evolutie van de vraag naar gezondheidszorg heeft voorgesteld. Het gaat om de update van de gegevens voor de Vlaamse gemeenschap, van zijn studie *Plus est en vous*.

Vervolgens heeft deze werkgroep kennis genomen van alle beschikbare gegevens die het mogelijk maken om de verpleegkundige zorgconsumptie te ramen van het onderdeel ‘vraag’ van het mathematisch model: de totale bedragen die worden terugbetaald voor de gezondheidszorg door het RIZIV, de permanente steekproef (EPS) die wordt beheerd door het intermutualistisch agentschap en de minimale ziekenhuisgegevens (MZG) die worden beheerd door FOD VVVL.

Op basis van die werkzaamheden, die werden aangevat in het tweede semester van 2013, werden de hypothesen voor de toekomstige evolutie uitgewerkt en vertaald in parameters van het mathematisch voorspellingsmodel om de alternatieve scenario’s, laag en hoog, van input te voorzien.

De werkgroep maakte vervolgens werk van het herlezen van het syntheseverslag van de scenario’s en is begonnen met de voorbereiding van een advies over de workforce van de verpleegkunde²⁰.

²⁰ De indiening van dit advies is geprogrammeerd voor 2015.

2.3 HET MEERJARENPLAN PLAN3.2013 EN ZIJN STAND VAN ZAKEN

2.3.1 STRUCTUUR VAN HET MEERJARENPLAN

Het derde meerjarenplan, PLAN3.2013, is in drie luiken gestructureerd:

Luik 1 : operationeel luik	
Deel 1.1	Ondersteuning van de planningscommissie en haar werkgroepen
Deel 1.2	Productie en gegevensrapportering
Deel 1.3	Informatie, communiceren van gegevens en parlementaire vragen
Luik 2 : Belgisch luik	
Deel 2.1	Verrijking van het kadaster door middel van gegevenskoppeling (Project planKad)
Deel 2.2	Aanmaak planningsscenario's per beroepsgroep
Deel 2.3	Enquête per beroepsgroep
Deel 2.4	Interne studie per beroepsgroep of problematiek
Deel 2.5	Reflectie over de integratie van de competenties in het mathematisch model
Deel 2.6	Verbetering en ontwikkeling van het planningsmodel
Luik 3 : Internationaal luik : Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting²¹	
Deel 3.1	3.1 Deelname aan WP 4 - Data collection & pilot study on mobility data Cartografie van de terminologie, inzameling mobiliteitsgegevens
Deel 3.2	3.2 Deelname aan WP 5 - Guidelines & Pilot study on implementation of best practices Minimale vereisten, overzicht van de bestaande methoden, richtlijnen, test op model
Deel 3.3	3.3 Deelname aan WP 6 - Horizon scanning & Pilot study on qualitative planning Identificatie en classificatie van bestaande methoden, verrijking van de bestaande modellen, inschatting van de kwalificaties en competenties die in de toekomst nodig zullen zijn Pilotproject Horizon scanning
Deel 3.4	3.4 Deelname aan WP 7 - Sustainability & recommendations Helpen bij het opstellen van de conclusies

²¹ Zie punt 2.5.

2.3.2 SEMESTRIËLE PROGRAMMATIE VAN HET MEERJARENPLAN

De grote lijnen van het PLAN3.2013 worden als volgt over de periode 2013-2015 gespreid²² :

	2013		2014		2015	
	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem
Luik 1 : Operationeel luik						
Deel 1.1 Ondersteuning van de planningscommissie en haar werkgroepen						
	Plenaire					
	Bureau					
	Stuurgroep					
	Werkgroep Artsen				Advies toegang BBT 2020+	
	Werkgroep Tandartsen				Advies toegang BBT 2020+	
	Werkgroep Kinesitherapeuten	Definitief advies over afschaffing examen		Alternatief voor het examen : Tussentijds rapport	Alternatief voor het examen : Eindrapport	
	Werkgroep Verpleegkundigen					
	Werkgroep Logopedisten					
	Werkgroep Vroedvrouwen					
	Hernieuwing samenstelling commissie en werkgroep		uitgesteld			
	Deelname aan het uitwerken van strategieën voor de gezondheidswerkers, via het uitwisselen van informatie, deelname aan andere commissies					
Deel 1.2 Productie en gegevensrapportering						
	STATAN					
	RAPAN					
	Compensatie quota kinesitherapeuten		geannuleerd		geannuleerd	
	OPVOLGING CONTING artsen					
	OPVOLGING CONTING kinesitherapeuten		geannuleerd		geannuleerd	
	OPVOLGING CONTING tandartsen					
	STADE	Kinesitherapeut Verpleegkundige				Arts Tandarts
	STATI					
	Scenario kinesitherapeuten		uitgesteld			
	Scenario verpleegkundigen					
	Scenario artsen					
	Scenario tandartsen					
Deel 1.3 Informatie, communiceren van gegevens en parlementaire vragen						
	Antwoord op externe vragen (PV, vraag naar statistieken)					
	JQ EUROSTAT/WHO/OESO					
	Expert group Health management OCDE					
	(inter)nationale (re)presentatie van de cel planning					
	Updaten website					

²² De parseur geeft aan wat er in het plan is geprogrammeerd, en in welke periode. De gearceerde vakken geven de wijzigingen weer die werden uitgevoerd in 2014.

	2013		2014		2015	
	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem
Luik 2 : Belgisch luik						
Deel 2.1 Verrijking van het kadaster door middel van gegevenskoppeling (Project planKad)						
	PlanKad kinesitherapeuten					
	PlanKad verpleegkundigen					
	PlanKad artsen					
	PlanKad tandartsen			uitgesteld		
Deel 2.2 Aanmaak planningsscenario's per beroepsgroep						
	Scenario kinesitherapeuten			uitgesteld		
	Scenario verpleegkundigen					
	Scenario artsen					
	Scenario tandartsen					
Deel 2.3 Enquête per beroepsgroep						
	IPSOS-enquête loontrekkende kinesitherapeuten					
	Verlenging IPSOS andere beroepsgroep (te bepalen)		geannuleerd			
Deel 2.4 Interne studie per beroepsgroep of problematiek						
	Heroriëntering van huisartsen					
	Verkennde studies logopedisten					
	Te bepalen afhankelijk van de behoeften					
Deel 2.5 Reflectie over de integratie van de competenties in het model						
Deel 2.6 Verbetering en ontwikkeling van het planningsmodel						
	Gebruik van de verworven kennis van de JA en van de wetenschappelijke literatuur			Integratie van de internationale mobiliteitsgegevens in het model	uitgesteld	
Luik 3 : Internationaal luik : Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting						
Deel 3.1	Deelname aan WP 4 - Data collection & pilot study on mobility data					
Deel 3.2	Deelname aan WP 5 - Guidelines & Pilot study on implementation of best practices					
Deel 3.3	Deelname aan WP 6 - Horizon scanning & Pilot study on qualitative planning					
Deel 3.4	Deelname aan WP 7 - Sustainability & recommendations					

In het verlengde van de vorige meerjarenplannen zijn de ontwerpen van PlanKAD van onderdeel 2.2 de voortzetting van perceel 3 van het meerjarenplan PLAN2.2009, en de uitwerking van scenario's van onderdeel 2.2 sluit aan bij perceel 1. Luik 3 vormt de deelname aan de gezamenlijke Europese actie 'Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting', die in april 2013 werd gelanceerd.

Bij luik 2 is onderdeel 2.5 niet ingepland tijdens de periode 2013-2015 want voor de verwezenlijking ervan zijn de resultaten van WP 6 van de Joint Action vereist (onderdeel 3.3 van luik 3).

2.3.3 OVERZICHT VAN DE VOORTGANG VAN HET MEERJARENPLAN PLAN3.2013 TIJDENS HET JAAR 2014

Het derde meerjarenplan PLAN3.2013 van de Planningscommissie medisch aanbod werd concreet als volgt verwezenlijkt :

		Voortgang 2014	
		Data	Deliverables
Luik 1 : Operationeel luik			
Deel 1.1	Ondersteuning van de Planningscommissie en haar werkgroepen		
	Plenaire	06/05	Definitief advies : alternatief voor het selectie-examen van de kinesitherapeuten
	Bureau	11/03	
	Stuurgroep		
	Wergroep Artsen	19/06, 23/09 en 19/12	
	Wergroep Tandartsen	04/09	
	Wergroep Kinesitherapeuten	18/02 en 01/04	Definitief rapport waarin een alternatief wordt voorgesteld voor het selectie-examen van de kinesitherapeuten
	Wergroep Verpleegkundigen	07/01, 25/02, 05/06, 13/10, 02/12	Advies in voorbereiding
	Hernieuwing samenstelling	Laatste trimester	Lancering van de procedure
	Deelname aan het uitwerken van strategieën voor de gezondheidswerkers, via het uitwisselen van informatie, deelname aan andere commissies		<ul style="list-style-type: none"> -Nota Artsen : internationale mobiliteit - Uitwisseling met de onderzoekers van het Intermutualistisch Agentschap -Performantie-indicatoren van de oriëntatie naar de huisartsgeneeskunde - 2 gezamenlijke publicaties met de gemeenschappen en het RIZIV over het traject van de gezondheidswerkers voor en na de 6^{de} hervorming. - Analyse van de impact van de dubbele cohorte van gediplomeerde artsen in 2018. - Haalbaarheidsstudie van het project voor de ter beschikkingstelling van het publiek van interactieve statistieken
Deel 1.2	Productie en gegevensrapportering		
	STATAN	Mei	Jaarstatistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars; gepubliceerd in 2 talen
	RAPAN	Oktober	De planning van het medisch aanbod in België. Jaarverslag van de Planningscommissie 2013 ; gepubliceerd in 2 talen
	Compensatie quota kinesitherapeuten		Niet meer van toepassing
	OPVOLGING CONTING artsen		Gepubliceerd in RAPAN
	OPVOLGING CONTING kinesitherapeuten		Gepubliceerd in RAPAN
	OPVOLGING CONTING tandartsen		Gepubliceerd in RAPAN
	STADE Kinesitherapeut	Maart	Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt, 2004-2010
	STADE Verpleegkundige	Maart	Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, 2004-2009
	Scenario kinesitherapeuten	Uitgesteld	
	Scenario verpleegkundigen	Werkzaamheden uitgevoerd	Publicatie voorzien voor 2015
Deel 1.3	Informatie, communiceren van gegevens en parlementaire vragen		
	Antwoord op externe vragen naar statistieken	Verwezenlijkt volgens de aanvragen	
	JQ EUROSTAT/WHO/OESO	Verwezenlijkt volgens de aanvragen	

		Voortgang 2014	
		Data	Deliverables
	Expert group Health management OCDE	Verwezenlijkt volgens de aanvragen	
	(inter)nationale (re)presentatie van de cel planning	Verwezenlijkt volgens de aanvragen	
	Updaten website	Toevoeging van de nieuwe publicaties, van het nieuwe advies	
Luik 2 : Belgisch luik			
Deel 2.1	Verrijking van het kadaster door middel van gegevenskoppeling (Project PlanKad)		
	PlanKad kinesitherapeuten	Resultaten gepubliceerd	
	PlanKad verpleegkundigen	Resultaten gepubliceerd	
	PlanKad artsen	Mei-augustus	Ontvangen, nakijken en formatteren van de gegevens
		September- december	Methodologische kwesties ; model voor analyse en presentatie van de resultaten
	PlanKad tandartsen	Mei-augustus	Ontvangen, nakijken en formatteren van de gegevens
Deel 2.2	Aanmaak planningsscenario's per beroepsgroep		
	Scenario kinesitherapeuten	Uitgesteld naar 2015	
	Scenario verpleegkundigen	Werkzaamheden uitgevoerd	Publicatie voorzien voor 2015
Deel 2.3	Enquête per beroepsgroep		
	Verlenging IPSOS over andere beroepsgroep	Geannuleerd	
Deel 2.4	Interne studie per beroepsgroep of problematiek		
	Heroriëntering van huisartsen	Lopend	Publicatie voorzien voor 2015
	Artsen : internationale mobiliteit	Oktober-december	Publicatie voorzien voor 2015
	Dubbele cohorte afgestudeerden in de geneeskunde in 2018	April-september	Impact van de dubbele cohorte op de stageplaatsen in de geneeskunde
	Oriëntatie naar de huisartsgeneeskunde	Juli	Ondersteuning voor de huisartsgeneeskunde en performantie-indicator van de oriëntatie van de nieuwe artsen naar de huisartsgeneeskunde
	Traject van de gezondheidswerkers voor en na de 6 ^{de} staatshervorming	Mei-september	Schema van het traject van de gezondheidswerkers; voor en na juli 2014
Luik 3 : Internationaal luik			
Deel 3.1:	Deelname aan WP 4 - Data collection & pilot study on mobility data	Zie punt 2.5	
Deel 3.2:	Deelname aan WP 5 - Guidelines & Pilot study on implementation of best practices	Zie punt 2.5	
Deel 3.3:	Deelname aan WP 6 - Horizon scanning & Pilot study on qualitative planning	Zie punt 2.5	

2.4 HET KADASTER EN DE VERRIJKING VAN HET KADASTER

2.4.1 HET KADASTER : DE GEMACHTIGDE BEOEFENAARS

De federale databank van de beoefenaars van de gezondheidsberoepen (Wet van 29/01/2003; BS 26/02/03), kortweg het 'kadaster' genoemd, heeft drie doelstellingen:

- gegevens verzamelen die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de opdrachten van de Planningscommissie;
- de uitvoering van de opdrachten van de administratie en de openbare instellingen mogelijk maken;
- de communicatie met en tussen de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen verbeteren;

Het kadaster omvat de registratie van alle gezondheidszorgbeoefenaars **die gemachtigd zijn in België hun beroep uit te oefenen**. Het wordt geactualiseerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Aantal beroepsbeoefenaars van gezondheidsberoepen op 31/12/2014

	Gedomicilieerd in en buiten België	Gedomicilieerd in België
Totaal aantal artsen die gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen	58.792	50.556
Totaal aantal tandartsen die gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen	10.448	9.251
(Stomatologen ²³)	(379)	(349)
Kinesitherapeuten	35.155	30.950
Verpleegkundigen	186.277	176.778
Vroedvrouwen	10.600	9.972
Zorgkundigen	103.690	100.243
Apothekers	19.541	18.618
Paramedici	45.469	44.241
Farmaceutisch-technisch assistenten	10.249	10.145
Diëtisten	4.517	4.405
Ergotherapeuten	9.080	8.885
Audiciens	1.419	1.365
Audiologen	801	792
Orthoptisten	136	127
Logopedisten	13.172	12.540
Technologen medische beeldvorming	1.281	1.213
Medisch laboratoriumtechnologen	4.814	4.769
TOTAAL AANTAL BEROEPSBEOEFENAARS VAN GEZONDHEIDSBEROEPEN	469.972	440.609

Bron : jaarstatistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars op 31 december 2014

²³ Volgens de Belgische wetgeving worden de stomatologen ingedeeld bij de artsen-specialisten; in de tabel hierboven staan ze dus tussen haakjes, maar ze worden niet meegerekend in het totaal om te voorkomen dat ze twee keer meegeteld worden.

Het kadaster is een database met de nominatieve lijst van de 469.972 beoefenaars die op 31 december 2014 gemachtigd zijn in België het beroep uit te oefenen. Het omvat zowel persoonlijke gegevens (naam, voornaam, adres, leeftijd, nationaliteit) als gegevens over het academische parcours van de beoefenaars (diploma, instelling die het diploma heeft afgeleverd, eventueel stageplan, specialisatie en bekwaamheid, datum van erkenning, datum van het visum ...).

Deze persoonlijke gegevens worden wekelijks **geüpdatet met het rijksregister**.

De belangrijkste gegevens van het kadaster worden **jaarlijks gepubliceerd**. Deze jaarstatistieken betreffen de volgende beroepen: artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, zorgkundigen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, apothekers en negen paramedische beroepen (farmaceutisch-technisch assistenten, diëtisten, ergotherapeuten, audiciens en audiologen, orthoptisten, logopedisten, technologen medische beeldvorming en medisch laboratoriumtechnologen).

Het gaat om de gegevens waarover de administratie beschikt op 31/12 van elk jaar en waarvoor de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu de authentieke bron is.

De 6^{de} staatshervorming heeft voor heel wat wijzigingen gezorgd in de bevoegdheden inzake erkenning van de gezondheidswerkers²⁴. Tot 30 juni 2014 was de Dienst Erkenning van de Gezondheidszorgberoepen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu belast met de erkenningen van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen. Sinds 1 juli 2014 kennen de Federatie Wallonië-Brussel en de Vlaamse gemeenschap de erkenningen toe aan de gezondheidswerkers. Het federale niveau blijft wel instaan voor het uitreiken van de visa, het beheer van de normen en de erkenning van de stagemeesters en –plaatsen voor de artsen, tandartsen en ziekenhuisapothekers. De opvolging van de stages is nu in handen van de gemeenschappen.²⁵

De geografische spreiding van de beroepsbeoefenaars die geregistreerd zijn in het kadaster is gebaseerd op de wettelijke woonplaats van de beoefenaars. Zij zijn geklasseerd per gewest en per provincie op basis van hun wettelijke woonplaats.

²⁴ Meer details staan vermeld in punt 2.6.

²⁵ De publicatie « *Schema van het traject dat gezondheidswerkers afleggen om hun beroep in België uit te oefenen* », die in juli 2014 werd bijgewerkt, biedt een totaalzicht van alle stappen die elke beroepsbeoefenaar aflegt tussen het behalen van het diploma tot en met de uitoefening van het beroep, en maakt het mogelijk de spreiding van de competenties over de verschillende beleidsniveaus te onderscheiden. Dit document is beschikbaar op : www.gezondheid.belgie.be/hwf > Publicaties.

De statistieken worden slechts opgesteld voor personen die hun wettelijke woonplaats in België hebben. Het aantal artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, zorgkundigen, apothekers en beoefenaars van paramedische beroepen die in België erkend zijn maar in het buitenland wonen, worden bij het begin van elk hoofdstuk indicatief vermeld.

Deze jaarstatistieken worden systematisch en op gelijkaardige wijze geproduceerd voor elke beroepscategorie.

Elk hoofdstuk dat over een beroep handelt, begint met de absolute aantallen en percentages voor België, opgesplitst per gewest en per provincie. Vervolgens worden er analoge tabellen opgemaakt per gewest, volgens leeftijd en geslacht. Voor de artsen in opleiding gebeurt de spreiding enkel volgens geslacht. Voor de bepaling van de leeftijd is de referentiedatum 31/12 van het jaar in kwestie. De onderverdeling wordt gemaakt per leeftijdsgroep van vijf jaar.

De cijfergegevens per provincie volgens leeftijd en geslacht zijn beschikbaar op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (www.gezondheid.belgie.be).

De jaarstatistieken worden aangevuld met zogenaamde instroomstatistieken die tot elk van de verschillende gezondheidszorgberoepen toetreden; deze statistieken geven een indicatie van wat men tijdens een referentiejaar 'levert' aan nieuwe erkenningen of begonnen stageplannen.

Dit onderdeel omvat de instroomstatistieken per beroep. Daar waar de jaarstatistieken in hun eerste gedeelte een overzicht geven van de 'voorraad' aan gezondheidszorgbeoefenaars, geven de statistieken in het tweede gedeelte een idee van de instroom in het beroep tijdens een referentiejaar.

Het kadaster bevat meestal **geen recente en betrouwbare gegevens over de plaats waar de praktijk wordt uitgeoefend.**

Deze statistieken zijn beschikbaar op de website www.gezondheid.belgie.be/hwf > Jaarstatistieken

KORTOM

- **Het kadaster = federale database van de gezondheidszorgbeoefenaars**
- **Alle beoefenaars die gemachtigd zijn om het beroep te beoefenen ("licensed to practice")**
- **Update met Rijksregister**
- **Geen info over beroepsactiviteit**
- **Jaarlijks gepubliceerd in de jaarstatistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars**

2.4.2 HET VERBETERD KADASTER: DE ACTIEVE BEOEFENAARS

2.4.2.1 DOEL EN METHODE VAN HET EXPLOITATIEVOORSTEL VOOR HET PLAN KADASTER 'PLANKAD'

Het kadaster biedt dus een overzicht van alle personen die een aanvraag hebben ingediend om een erkende beroepsactiviteit uit te oefenen. In dit kadaster wordt onder meer informatie opgeslagen over het al dan niet bezitten van een geldige erkenning of een geldig visum, de behaalde diploma's, adres- en persoonsgegevens en eventuele specialisaties.

Om ten volle de missie van de Planningscommissie medisch aanbod te ondersteunen, schiet deze gegevensbank echter te kort. In de gegevens ontbreekt er informatie om aan de hand van het mathematisch planningsmodel steekhoudende voorspellingsscenario's uit te werken. Het kadaster **maakt het bijvoorbeeld niet mogelijk om het aandeel van erkende personen te kennen die effectief actief zijn, in welke mate die activiteit wordt uitgeoefend en in welke sectoren de populatie van erkende beoefenaars zich situeert.**

Het kadaster biedt enkel een zicht op de personen die een gezondheidszorgberoep *mogen* uitoefenen, maar niet op wie het beroep *daadwerkelijk uitoefent*.

De planningscommissie moet echter beschikken over informatie betreffende de activiteit van de gezondheidszorgbeoefenaars en over hun activiteitsniveau, om die workforce nauwkeuriger te kunnen monitoren, prognoses aangaande de evolutie ervan uit te werken en het zorgaanbod te plannen, door de contingentering van artsen, tandartsen en kinesitherapeuten te bepalen.

Vandaar dat art. 35quaterdecies, §4 van het KB nr. 78 de mogelijkheid biedt om de gegevens van het kadaster te koppelen aan een reeks andere databases.

Het project 'PlanKAD' is gebaseerd op deze mogelijkheid om het kadaster te verrijken. Concreet worden er gegevens uit het kadaster gekoppeld met gegevens van

- de federale database van de gezondheidszorgbeoefenaars ("**kadaster**"),
- het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (**RIZIV**),
- de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (**RSZ**),
- de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de provinciale en lokale besturen (**RSZ-PPO**) en
- het Rijksinstituut voor Sociale Verzekering der Zelfstandigen (**RSVZ**).

De cel Planning bereidt de lijst met de variabelen voor, die uit de verschillende databases met elkaar moeten worden gekoppeld. Deze lijst wordt gevalideerd door de werkgroepen. Vervolgens wordt de aanvraag onderzocht door het Sectorcomité Gezondheid van de Privacycommissie. Volgens het advies dat deze instantie uitbrengt, gaat de **Kruispuntbank**

van de sociale zekerheid met behulp van **Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming** (DWH AM & SB) over tot de gegevensinzameling en kent zij hen een code toe die hen anoniem maakt en die het mogelijk maakt om de gegevens van eenzelfde individu te linken doorheen de verschillende databases.

Op basis van de gekoppelde individuele gegevens kunnen vervolgens de frequentietabellen, de leeftijdspiramiden, grafieken en kaarten worden opgesteld om de verschillende beleidsniveaus te voorzien van **correcte en actuele gegevens** over de verschillende gezondheidszorgberoepen. Het is dat verbeterd kadaster dat het « dynamisch kadaster » wordt genoemd.

Het is niet de bedoeling om via de gekoppelde gegevens individuele profielen van beroepsbeoefenaars op te stellen. Het rapport over de analyseresultaten wordt gemaakt met behulp van geanonimiseerde totaalgegevens.

Op basis van dit geheel van gegevens kunnen er relevante antwoorden worden gegeven op de vragen over de **manpower in de beroepen**, zoals bijvoorbeeld:

- Wat is het aantal **actieve personen** binnen een beroepscategorie in België?
- Hoe ziet de **leeftijdspiramide van de beroepscategorie** eruit?
- Wat is het **aantal verstrekkingen** dat door deze personen wordt verricht, **uitgedrukt in voltijdse equivalenten**?
- Welke is de spreiding van deze personen tussen de **verschillende deelsectoren** van de gezondheidszorg?
- Welk is het respectieve aandeel **van voltijds en van deeltijds werk**?
- Welke is de **spreiding volgens het arrondissement van de woonplaats en van de werkplek**?
- **Hoe is de beroepscategorie geëvolueerd** doorheen de bestudeerde jaren?

Tot slot dienen deze gegevens ook om gegevens te verbeteren en te vervolledigen die België mededeelt aan de betrokken beroepsorganisaties en aan de internationale organisaties.

De ingezamelde gegevens bestrijken meerdere jaren, teneinde evoluties aan het licht te brengen en vervolgens trends te kunnen afleiden uit de prognoses voor toekomstige ontwikkelingen binnen de manpower (mathematisch model en scenario's). Er bestaat echter minstens twee jaar vertraging om te beschikken over volledige gegevens in alle databases die met elkaar worden gekoppeld.

De rapporten van deze koppelingen zijn beschikbaar op www.gezondheid.belgie.be/hwf > publicaties.

In een latere fase worden de analyseresultaten van de gekoppelde gegevens gebruikt om een **toekomstscenario** voor de beroepsgroep uit te werken aan de hand van het **geharmoniseerd mathematisch planningsmodel van de planningscommissie medisch aanbod**.

Voor het schatten van het toekomstige aanbod aan beoefenaars van een gezondheidszorgberoep is er exacte kennis vereist over de huidige stand van zaken. Enkel vanuit een correct beeld over de huidige 'voorraad' aan gezondheidszorgverleners in een bepaald beroep en inzicht in de jaarlijkse in- en uitstroom kunnen er betekenisvolle uitspraken gedaan worden over toekomstige evoluties.

Deze scenario's worden binnen de werkgroepen van de planningscommissie uitgewerkt en moeten het voorwerp uitmaken van een rapport dat beschikbaar is op de website van de FOD.

2.4.3 VOORTGANG VAN DE ANALYSE VAN HET VERBETERD KADASTER EN VAN DE UITWERKING VAN SCENARIO'S

2.4.3.1 PLANKAD 'VERPLEEGKUNDIGEN' EN SCENARIO'S

Het uiteindelijke analyserapport van de gegevenskoppeling in het kader van het project PlanKAD « Verpleegkundigen » werd gepubliceerd in maart 2014. Dat rapport met als titel *Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, 2004-2009* is beschikbaar op www.gezondheid.belgie.be/hwf > Publicaties.

Het dynamisch kadaster diende als basis voor de uitwerking van scenario's door de werkgroep verpleegkundigen, die plausibele hypothesen heeft aangereikt voor beleidsbeslissingen die een invloed hebben op het aantal verpleegkundigen. De resultaten leverden drie scenario's op : een basisscenario met de prognoses voor de komende 40 jaar, bij ongewijzigd beleid, en twee alternatieven, een « hoog » en een « laag », afhankelijk van de impact van de gekozen evolutiehypothesen, met ofwel een stijgend of een dalend aantal effectieven²⁶.

²⁶ De publicatie van het eindrapport met als titel *Scenario's voor de evolutie van de workforce « verpleegkundigen »* werd uitgesteld tot het jaar 2015.

2.4.3.2 PLANKAD « KINESITHERAPEUTEN »

Het uiteindelijke analyserapport van de in het kader van het project PlanKAD « kinesitherapeuten » gekoppelde gegevens, werd gepubliceerd in maart 2014. Dat rapport met als titel *Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2010* is beschikbaar op www.gezondheid.belgie.be/hwf > Publicaties.

De uitwerking van de scenario's werd uitgesteld.

2.4.3.3 PLANKAD « ARTSEN EN TANDARTSEN »

In mei 2014 ontving de cel planning de gegevens in verband met de artsen en de tandartsen, die werden gevraagd in het kader van het project van de planKAD-koppeling. Die werden vervolgens gecontroleerd en geformatteerd zodat ze gebruikt konden worden voor de analyses. Vanaf september 2014 werden de methodologische kwesties besproken door de werkgroep artsen, die ook het schema voor analyse en presentatie van de resultaten heeft gevalideerd dat werd voorgesteld door de cel planning. De eigenlijke analysewerkzaamheden gingen van start eind 2014 en werden voortgezet in 2015²⁷.

2.4.4 INTERNE STUDIES PER BEROEPSGROEP OF PROBLEMATIEK

Er werden in 2014 diverse aanvragen voor analyse van gegevens behandeld. De resultaten werden gepubliceerd in de documenten die vermeld staan in bijlage 6.4.

- Analyse van de impact van de dubbele cohorte afgestudeerden in 2018 op de stageplaatsen in de geneeskunde.
- Analyse van de impact van de mobiliteit bij studenten en beroepsbeoefenaars op de workforce in de geneeskunde en de tandheelkunde.
- Analyse van de heroriëntering van de artsen die erkend zijn (of in opleiding zijn) in de huisartsgeneeskunde, naar een andere erkende discipline.
- In overleg met de Vlaamse en de Franse gemeenschap en het RIZIV: Schema's die het traject beschrijven van de gezondheidswerkers, met het doel om de toelating te krijgen om hun beroep uit te oefenen. Van die publicatie bestaan er 2 uitgaves, één van vóór en één van na de 6^{de} Staatshervorming²⁸.

²⁷ De publicatie van het eindrapport met als titel *Artsen op de arbeidsmarkt, 2004-2012*, en het *Syntheserapport*, zijn beschikbaar op de site van de FOD.

²⁸ Zie 2.6

2.5 JOINT ACTION ON HEALTH WORKFORCE PLANNING AND FORECASTING



Joint Action Health Workforce
Planning and Forecasting



Funded by
the Health Programme
of the European Union

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

De Europese Commissie heeft vervolgens in april 2012 het *Action Plan for the EU Health Workforce* aangenomen. In uitvoering van het eerste deel van dit plan (Part 1 'Improve workforce planning'), ondertekende de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu met het CHAFEA (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency) een contract voor de uitvoering van de *Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting* (JA EUWHF).

Dit Europees project, dat officieel van start ging in april 2013, neemt de vorm aan van een samenwerkingsplatform tussen 26 van de 28 lidstaten, de belangrijkste beroepsorganisaties (zoals CPME, EFN, HOPE, EPSU, de WGO, de OESO, etc.), en zelfs enkele niet-EU-landen en vele andere instanties, voor wat betreft de planning en de prognoses inzake de toekomstige behoeften aan gezondheidspersoneel en de planning ter zake ("health workforce"). De JA EUWHF is een ambitieus samenwerkingsproject, dat voor 50% van zijn projectkosten gefinancierd wordt door het CHAFEA. De FOD Volksgezondheid neemt de coördinatie van het project op zich.



De EU-lidstaten en deelnemende partners zullen dankzij het project beter voorbereid zijn op de uitdagingen die hen te wachten staan op het vlak van personeelsbeleid in de gezondheidszorgsystemen en zullen geholpen worden om duurzame maatregelen te treffen teneinde de crisis op het vlak van workforce te beantwoorden of te voorkomen.

Het programma heeft de volgende doelstellingen:

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

De JA EUWHF bestaat uit 7 « werkpakketten » (WP), waarvan er 3 gericht zijn op management, communicatie en evaluatie-activiteiten, en 4 op de inhoudelijke opdrachten van het project. De 4 inhoudelijke werkpakketten hebben betrekking op de gegevens die nuttig zijn voor de planning van de gezondheidszorgberoepen (WP 4), de kwantitatieve methodes voor de planning van de gezondheidszorgberoepen (WP 5), de kwalitatieve methodes voor de gezondheidszorgberoepen (WP 6) en de duurzaamheid van de resultaten van het project (WP 7). België is leider van werkpakket 1 (management en inhoudelijke coördinatie), en co-leider van werkpakket 7 via *KU Leuven*. België neemt actief deel aan alle werkstukken van het programma.



Sinds de opstart op 1 april 2013 werden talrijke vergaderingen en workshops georganiseerd. In 2014 werd er op dat elan verder gegaan. Een overzicht van alle Joint Action events is te vinden in de onderstaande tabel.

Hieronder vermelden we de belangrijkste elementen van de concrete betrokkenheid van België als lidstaat (cel planning en RIZIV) in 2014.

Als opening van de Plenary Assembly in Bratislava gaf de Directeur-generaal Gezondheidszorg, in naam van de FOD, een uiteenzetting waarin hij, gezien de complexiteit en de nood aan een multidimensionale aanpak voor de planning, de partners aanmoedigde om niet alleen het programma verder te zetten, maar ook om inspanningen te leveren om hun planningsactiviteiten uit te breiden.

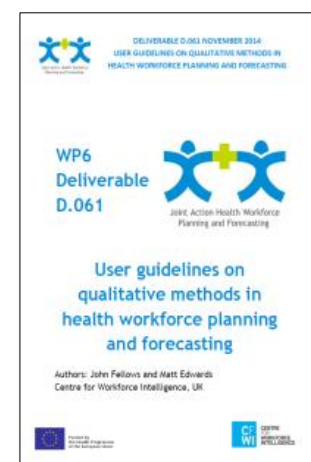
In 2014 hebben de leden van de Cel Planning van het Aanbod Gezondheidsberoepen en van het RIZIV zowel deelgenomen aan de vergaderingen en workshops die gericht waren op de inhoud, als aan de Conferenties (Bratislava en Rome) en aan de plenaire vergadering (Bratislava). Ze hebben meegewerkt aan de voorbereiding van de workshops, door te antwoorden op de vooraf in te vullen vragenlijsten, vervolgens aan het verloop ervan door actief deel te nemen aan de werksessies, en tot slot aan het nalezen van de samenvattingen en conclusies. Ze hebben ook een rol gespeeld bij het nalezen van de rapporten (deliverables) die voortvloeiden uit die workshops.

Dergelijke bijeenkomsten bieden experts de gelegenheid om kennis en ervaring te delen en het netwerk verder uit te bouwen. Zo hebben onze Belgische experts tijdens de conferentie van Rome de PLANKAD-procedure toegelicht.

Op basis van de uitkomsten en bevindingen van die workshops, samen met de resultaten van bevestigingen en literatuuronderzoeken, werden in de loop van 2014 verschillende rapporten afgeleverd en goedgekeurd door de stuurgroep van het project (“Executive Board”, bestaande uit alle leiders van de werkpakketten, vertegenwoordigers van de Europese Commissie en van CHAFAE).



Zo werd er bijvoorbeeld een rapport afgeleverd over het minimale aantal gegevens dat een lidstaat nodig heeft om met de planning van gezondheidszorgberoepen te beginnen (“Minimum planning data requirements”).



Naast kwantitatieve gegevens is er ook aandacht voor de kwalitatieve methoden. Zo werd er een rapport gerealiseerd met de ervaring van 7 lidstaten (waaronder België) die kwalitatieve methoden gebruiken om indicatoren te identificeren die een impact hebben op de vraag en/of het aanbod van gezondheidszorgberoepen.



Een eerste lijst van experts op het vlak van planning van gezondheidszorgberoepen werd ook opgesteld (“List of experts”). Deze laatste zal in de loop van volgend jaar ontwikkeld worden tot een permanent netwerk van experts.

Op transversaal niveau is er gewerkt aan de identificatie en de analyse van de soorten stakeholders van het project (“Stakeholder analysis”). In dat kader heeft de cel planning van het aanbod van de gezondheidszorgbeoefenaars de antwoorden op de enquête over de Belgische stakeholders gebundeld en geanalyseerd. Na 18 maanden werd er een tussentijdse evaluatie uitgevoerd van het verloop van het project (“Interim Evaluation Report”).

Het is belangrijk te vermelden dat WP5 België geselecteerd heeft om, samen met 6 andere landen, aan het Handboek van planningsmethodes in de EU deel te nemen, en uit ons land een aantal “good practices” heeft aangeduid. Het Handboek wordt in 2015 voltooid en zal via een webplatform ter beschikking gesteld worden.

Daarnaast ligt binnen de JA EUHWF de nadruk sterk op het creëren van praktisch bruikbaar materiaal en de verspreiding ervan binnen de lidstaten en partners. In dat kader zal België zelf deelnemen aan een pilootproject voor het implementeren van kwalitatieve methodologieën voor de planning van de gezondheidszorgberoepen (“horizon scanning”). Voor dat project, dat in 2015 zal worden uitgevoerd in samenwerking met werkpakket 6, werden de eerste voorbereidingen al in 2013 en 2014 getroffen. Tijdens het tweede semester van 2014 heeft de Cel Planning van de Gezondheidszorgberoepen de procedure voor de openbare aanbesteding opgestart door het uitvoeren van dit proefproject.

Belangrijkste evenementen van het jaar 2014.

WP	Date	Place	Event	Belgian participation as planning expert ²⁹	Belgian participation as coordinator ³⁰
WP1	4/06/2014	Leuven	3rd Joint Action Executive Board		Organiser
	4&5/11/2014	Luxembourg	4th Joint Action Executive Board		Organiser
WP2	28&29/01/2014	Bratislava	Joint Action Conference, Stakeholder forum & Plenary Assembly Meeting	X	X
	4&5/12/2014	Rome	Joint Action Conference	X	X
WP3	/				
WP4	30/01/2014	Bratislava	Preparatory workshop on the Applicability of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel	X	X
	6&7/03/2014	Utrecht	Workshop on Terminology & Mobility Data	X	X
	16/06/2014	Lisbon	Final workshop on the Applicability of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in the EU	X	X
	3/12/2014	Rome	Workshop on Mobility Data and HWF Data Gap Analysis	X	X

²⁹ De kolom “Belgian participation as planning expert” geeft events aan waaraan België heeft deelgenomen en waarin ons land betrokken was als expert op het vlak van planning (Cel Planning binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en expert van de Directie onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie van de Dienst voor geneeskundige verzorging binnen het RIZIV).

³⁰ De kolom “Belgian participation as coordinator” geeft events aan waaraan België heeft deelgenomen als coördinator (WP1) van het programma (en soms ook als (mede-)organisator).

WP5	12/02/2014	London	WP5 & WP7 workshop on implementation of the Minimal Planning Data Requirements	X	Organiser
	27/03/2014	Bologna	Italian pilot project meeting with the regions and the autonomous provinces		
	7/05/2014	Firenze	Pilot project Meeting		Co-organiser
	8&9/05/2014	Firenze	Expert Conference on Planning Methodologies	X	Co-organiser
	18/06/2014	Lisbon	Pilot project Meeting		Co-organiser
	18&19/09/2014	Turin	Validation workshop on the Handbook of Planning Methodologies	X	Co-organiser
	15/12/2014	Lisbon	Meeting on the Portuguese pilot project		Organiser
WP6	10&11/02/2014	London	Horizon Scanning Workshop	X	X
WP7	12/02/2014	London	WP5 & WP7 workshop on implementation of the Minimal Planning Data Requirements		Organiser
	7/05/2014	Firenze	Workshop on Network of Experts	X	Organiser
	17/06/2014	Lisbon	Meeting on sustainable implementation of HWF planning & forecasting capacity	X	Organiser
	24-26/09/2014	Varna	WP7 Coordination activities & Bulgarian Stakeholder forum		Co-organiser

Inventaris van afgeleverde documenten of documenten in voorbereiding in 2014.

Deliverables	Description	STATUS
WP1	Coordination Tools	
D014 ³¹ Interim technical & financial report	An interim technical and financial report will be drawn up, meeting CHAFEA and EC requirements.	Interim report: Delivered
WP2	Dissemination Tools	
D023 Stakeholder analysis	The stakeholder analysis identifies the individuals or groups that will be affected by the Joint Action and indicates for all the stakeholders the level of impact the JA will have on them and the level of impact they will have on the Joint Action. It will be updated several times.	Phase 1&2: Delivered Phase 3: in progress

³¹ D is de afkorting van "Deliverable" (Afgeleverd product).

Deliverables	Description	STATUS
D024 Website (including D053 and D063)	The website will be created to inform the broad public on HWF planning. The website will include 2 portals (D053 and D063).	Temporary website: Delivered Final website and web portals: In preparation
WP3	Evaluation Tools	
D032 Expert reference group Reports	The Expert Reference group creates a written report on the discussion and appraising of the quality of the deliverables for the preparation of the interim and final evaluation reports.	In preparation
D033 Interim evaluation report	The interim evaluation report will give an intermediary overview of the evaluation activities executed and their results.	In preparation
WP4	Deliverables to support existing data collection	
D041 Report on terminology mapping	The report will contain the results of the questionnaire on terminology that will be sent to all Member States participating in the Joint Action and the results of discussion of the questionnaire at a workshop. The report will identify problems and gaps and formulate suggestions, recommendations.	In final phase
D042 Part 1: Report on the applicability of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Professionals in a European Union Context	Discussion on the applicability of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel including the mapping of best practices.	Part 1: Delivered
WP5	Deliverables on quantitative methodologies	
D051 Minimum planning data requirements	The requirements will give a view on two data sets: one for "supply based" planning and one for "demand based" planning.	Delivered
D052 Handbook on planning methodologies	The handbook will give the results of the assessment of planning methods on the base of drivers, processes, procedures (including law aspects), actors and projection period. The handbook will also point out, for the existing methodologies, a list of resources needed and benefits expected. The handbook will also include a description of cases of failure and success in different Member States (MSs).	In preparation
WP6	Deliverables on qualitative methodologies	
D061 User guidelines on estimating future needs	The user guidelines will identify and classify the various methodologies used to do qualitative health workforce planning across MSs.	Delivered
D062 Report future skills & competencies	The report will give an estimation of the future needs of skills and competences and their distribution. It will contain a series of papers either covering off a key professional group (e.g. nurses) or a large trend (e.g. ageing population).	In preparation

Deliverables	Description	STATUS
WP7 Deliverables for a sustainable platform for collaboration		
D071 Sustainability strategy	The sustainability strategy gives a detailed description and planning of all the sustainability activities in the Joint Action. It will contain a chapter content of the sustainability plan, a draft list of experts collaborating to HWF issues, a detailed WP7 methodology and approach.	Delivered
D072 List of experts (updated several times)	Annotated list of experts on HWF planning, with common understanding of the sustainability proposals and drivers and barriers for future cooperation. The list of experts on workforce planning in MSs who can assist competent authorities to build planning capacity, build through the core participants list of the JA agree to share a common responsibility in helping future roll-out plans to succeed, exchange good practice and take an active part in the updates of the JA tools. These experts share interest for a next JA.	Release 1: Delivered Release 2: In preparation
D073 Technical recommendations	Technical Report with recommendations for the sustainability of the JA on: the usage of the JA tools produced by WP4, 5 and 6; structure and maintenance of the web-based portal on EU health workforce planning. the strategy to be followed to upgrade these tools to match new unaddressed needs, with the commitment of the network of experts. The integration of these tools with existing tools, from different international bodies.	In preparation
D074 Recommendations towards policy making	Policy oriented Report with recommendations for the sustainability of health workforce: Report on circular mobility in the EU Policy oriented Report with recommendations for the sustainability of the cooperation on Health Workforce Planning: implementing the Global Code of the international recruitment of health professionals implementing planning of HWF in the EU collaboration between international bodies working on HWF and data collection including the concept of skills within the planning strategy necessary studies and project to fill in the gaps left over by current work Business plan with cost/benefit analysis for the continuation of the Joint Action post 2016.	In preparation

2.6 EVOLUTIE VAN HET ALGEMEEN WETTELIJK KADER IN 2014 : DE ZESDE STAATSHERVORMING

2.6.1 WIJZIGINGEN INGEVOERD DOOR DE ZESDE STAATSHERVORMING

De 6^{de} Staatshervorming hevelt een bevoegdheid aangaande de planning van de gezondheidszorgberoepen over naar de gemeenschappen.

Artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming heeft met name artikel 5,§1 I 7° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen gewijzigd. In het gewijzigde³² artikel 5 §1 I 7° wordt bepaald dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor de contingentering van de gezondheidszorgberoepen, rekening houdend, in voorkomend geval, met het globale aantal dat de federale overheid jaarlijks per gemeenschap kan vastleggen voor de toegang tot elk van de gezondheidsberoepen.

De federale overheid blijft bevoegd om het globale quotum vast te leggen, verdeeld per gemeenschap, maar de gemeenschappen zijn verantwoordelijk voor hun respectievelijke subquota.

2.6.2 IMPACT OP HET VASTLEGGEN VAN DE QUOTA VAN DE CONTINGENTERING

De bepaling, voorzien in punt b van de bijzondere wet, geldt voor de « subquota ». De gemeenschappen worden bevoegd om subquota te bepalen voor het dragen van een bijzondere beroepstitel of een bijzondere beroepsbekwaamheid. De gemeenschappen kunnen op die manier zelf een medisch aanbod plannen dat overeenstemt met de behoeften van hun gemeenschap en hun beleid aanpassen aan de behoeften van hun gemeenschappen.

De federale overheid blijft in voorkomend geval echter bevoegd voor het vaststellen van een globaal aantal voor de contingentering op federaal niveau, verdeeld per gemeenschap.

Wat de artsen en de tandartsen betreft, zijn die federale quota verdeeld over de twee gemeenschappen volgens de verdeelsleutel 40% voor de Franse gemeenschap en 60% voor de Nederlandstalige gemeenschap.

De gemeenschappen kunnen dus, met naleving van de federale quota, subquota bepalen die beantwoorden aan de specifieke behoeften van hun bevolking. De subquota die werden vastgesteld tot 2020 blijven van toepassing.

³² Uittreksel opgenomen in bijlage 6.2.

De federale overheid blijft evenwel bevoegd om te bepalen of de prestaties van die zorgverleners aanleiding geven tot een tegemoetkoming uit de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De federale overheid en de gemeenschappen kunnen dienaangaande overeenkomstig artikel 92bis van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 een samenwerkingsakkoord afsluiten.

CONCREET

- De federale overheid bepaalt de maximumquota, verdeeld voor de artsen en de tandartsen, volgens de verdeelsleutel 60% voor de Vlaamse gemeenschap en 40% voor de Franse gemeenschap.
- Met naleving van de federale contingentering mag elke gemeenschap subquota bepalen om voorrang te geven aan de specialiteiten die beantwoorden aan de specifieke behoeften van de bevolking ervan. Op die manier kunnen artsen en tandartsen georiënteerd worden naar specialiteiten die verschillend zijn naargelang van hun gemeenschap.

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

3.1 DE PRINCIPES VAN DE CONTINGENTERING VAN DE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

In art. 35novies van het KB nr. 78, worden vier bepalingen geïdentificeerd om de toegang tot de beroepen van arts, tandarts en kinesitherapeut te beperken :

- 1) door het globaal aantal kandidaten te bepalen, opgesplitst per gemeenschap, dat jaarlijks, na het behalen van het diploma van arts of tandarts, toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van een erkenning (§1, 1°) ;
- 2) door het globaal aantal kandidaten te bepalen die houder zijn van een diploma van kinesitherapeut, opgesplitst per gemeenschap, die jaarlijks, na het behalen van hun erkenning, toegang krijgen tot de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (§1, 2°) ;
- 3) door het globaal aantal kandidaten te bepalen, opgesplitst per gemeenschap, die jaarlijks toegang hebben tot het verkrijgen van een erkenning voor de uitoefening van een beroep waarvoor een erkenning bestaat (§1, 3°) ;
- 4) door het aantal kandidaten te bepalen, opgesplitst per gemeenschap, die jaarlijks toegang hebben tot de verschillende beroepstitels of groepen van bijzondere beroepstitels (§3).

De maatregel van de eerste bepaling kan enkel uitwerking hebben na een termijn gelijk aan de duur van de studies die nodig zijn voor het behalen van het vereiste diploma.

Voor een beroepsgroep die houder is van hetzelfde basisdiploma kan er een lijst worden opgesteld van beroepstitels die geen voorwerp van een beperking uitmaken.

Deze bepalingen kunnen worden uitgebreid naar andere gezondheidszorgberoepen.

Twee beroepen maken momenteel het voorwerp uit van een contingentering: artsen en tandartsen. De contingenteringen van de artsen en tandartsen waarvan de realisatie respectievelijk is beschreven in de hiernavolgende punten 3.4 en 4.4, zijn gebaseerd op de eerste bepaling. De toegang tot het verlenen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van een erkenning, valt onder een beperking op de toegang tot de praktische opleidingen die vereist zijn voor de toekenning van deze erkenning³³.

³³ KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod en KB van 19 augustus 2011 betreffende de planning van de tandheelkunde.

3.2 DE CONTINGENTERING VAN DE ARTSEN

De contingentering van de artsen is complexer dan die van de tandartsen, en heeft een lange voorgeschiedenis.

Hierna overlopen we de evolutie van de nadere regels voor contingentering. Eerst heeft de wetgever beperkingen opgelegd voor het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35ter van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Op 15/09/1997 is het KB van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels, in werking getreden. In dit geval wordt de beperking rechtstreeks vertaald in een beperking van het aantal RIZIV-nummers van huisartsen en geneesheren-specialisten. De aantallen werden als volgt vastgelegd:

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

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

We merken hierbij op dat deze cijfers van meet af aan begrepen worden per kalenderjaar. Zo geformuleerd is deze contingentering overigens niet van toepassing op de houders van een diploma dat werd behaald in een ander land en dat wordt erkend als zijnde gelijkwaardig aan het diploma geneeskunde in België.

Nadien heeft de wetgever, met de KB's van 7 november 2000 en 10 november 2000 tot wijziging van het KB van 29 augustus 1997, een andere beperking toegevoegd: het aantal kandidaten met toegang tot de opleiding, voor de titel van huisarts en voor de titels van geneesheren-specialisten die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35ter³⁴. Per gemeenschap werd dat aantal als volgt opgesplitst:

³⁴ We merken hierbij op dat er gedurende een bepaalde periode twee soorten contingenteringen naast elkaar bestonden: de contingentering betreffende het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel en de contingentering met betrekking tot de toegang tot een opleiding van huisarts of geneesheer-specialist.

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

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

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

De beperking heeft een minder rechtstreekse impact op het aantal RIZIV-nummers van huisartsen en geneesheren-specialisten.

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

- In artikel 1 worden de jaarlijkse contingenten vastgelegd die toegang hebben tot de opleiding tot de titel van huisarts of geneesheer-specialist. Zij worden in eerste instantie voor de periode 2004-2011 vastgelegd voor België en voor de gemeenschappen, wat de huisartsen en de geneesheren-specialisten betreft. Die aantallen worden hierna de « maxima » genoemd.
- In artikel 2 worden voor elke medische specialiteit de minimale aantallen van kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding tot de titel van geneesheer-specialist vastgelegd. Het gaat om drempelwaarden, hierna « minima » genoemd, die betrekking hebben op geneesheren-specialisten die hun beroep uitoefenen in het kader van de ZIV.
- In artikel 3 worden de gevallen genoemd die niet onder artikel 1 vallen. Die gevallen worden hierna de "geïmmuniseerden" genoemd. Voor elk getal dat genoemd wordt, wordt een bijkomend maximum gecreëerd, maar het moet niet meegeteld worden. De "geïmmuniseerden" zijn hier de geneesheren-specialisten in beheer van gezondheidsgegevens, forensische geneeskunde, arbeidsgeneeskunde, kinder- en jeugdpsychiaters en de bijzondere beroepstitels die men enkel bovenop een andere reeds behaalde titel kan halen.

- Artikel 4 bepaalt hoe de contingenten geteld moeten worden, welke sanctie er is en wat er gedaan moet worden bij afwijkingen in de aantallen. Het gaat om een credit-debet-systeem. Het KB van 30 mei 2002 voorzag in een afrekening hiervan tegen uiterlijk 2005. Bovendien wordt er een verdeling voorzien van 57% specialisten versus 43% huisartsen die aangehouden moet worden tot 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Het selectieattest van de medische faculteit krijgt een belangrijke plaats in de opvolging van de contingentering (art. 1)
- De aantallen van de zogenaamde geïmmuniseerden uit het vorige KB die nu geïntegreerd worden in de globale aantallen (art. 3) waren in het verleden extra quota. Het gaat om de aantallen die worden toegekend voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, de acute geneeskunde en de urgentiegeneeskunde.
- De 19 verschillende minima van de diverse specialisaties worden opgeheven. Er blijven enkel minima over voor nieuwe specialisaties of specialisaties die bijzondere aandacht vereisen. In eerste instantie blijven er zo vier minima over (art. 4): de huisartsen en de geneesheren-specialisten in de kinder- en jeugdpsychiatrie, in de acute geneeskunde en in de urgentiegeneeskunde. Het betreft dus, alvast voor de huisartsen, een omkering van de quota : wat vroeger een niet te overschrijden maximum was, wordt nu een minimumdrempel die moet worden bereikt (art. 6, §2, 3°).
- Kandidaten met een einddiploma van vóór het jaar 2004 vallen niet meer onder de contingentering (art. 5).
- Alle wetenschappelijke mandaten die binnen de contingentering vallen kunnen gecompenseerd worden, waarbij het doctoraat “in het gebied van de geneeskunde” het harde criterium is (art. 7).

- Overgangsmaatregelen nemen de saldi van het jaar voordien (KB van 30 mei 2002) als vertrekbasis voor de nieuwe periode (art. 11, 12 en 13).
- De hierna volgende maxima en minima (tabel 6) gelden vanaf het jaar 2008 en worden vastgelegd tot 2018. Bepaalde saldi worden als resultaat van de voorgaande periode overgenomen.
- Art. 6 voorziet sancties in geval van overschrijding van het maximum aantal, of in geval van een tekort ten aanzien van de minima : het geheel van de stageplannen van de kandidaten met een universitair attest die van een gegeven gemeenschap afhangen, zijn voor het verkrijgen van de erkenning slechts geldig indien, in het jaar waarin deze stageplannen zijn begonnen, de maxima en de minima worden gerespecteerd die voor deze gemeenschap zijn vastgelegd. Worden de quota niet gerealiseerd, dan laat een bepaling toe om de overschotten vergeleken bij de maxima of de tekorten vergeleken bij de minima over te dragen volgens een afvlakingsmethode waarbij de vastgestelde aantallen van nieuwe stageplannen worden bijeengeteld en vergeleken met de gecumuleerde quota voor de periode 2008-2018. Het is in 2018 dat het definitieve resultaat van deze afvlakking gekend zal zijn en dat men zal kunnen beslissen of de voorziene sanctie moet worden toegepast. In afwachting van deze deadline kunnen de gemeenschappen anticiperende maatregelen nemen om de verwachte doelstellingen te behalen. Dit rapport kan hen daartoe als basis dienen.

Het KB van 7 mei 2010, dat in werking is getreden op 11 juni 2010, brengt aan die maatregelen de volgende wijzigingen aan :

- De minima worden vanaf 2015 opgetrokken voor de huisartsen en vanaf 2010 voor de geneesheren-specialisten in de acute geneeskunde en in de urgentiegeneskunde.
- De geriatrie is opnieuw een specialiteit die bijzondere aandacht krijgt: er worden voor de periode 2010-2018 minimumaantallen geëist voor artsen die een opleiding in de geriatrie aanvangen.

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

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

Die laatste maatregelen hebben tot doel om een bijzonder feit in de planning op te nemen. De wet die de duur van de opleiding geneeskunde inperkt, werd afgekondigd op 12 mei 2011 en werd in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd op 8 juni 2011. Die wet trad in werking bij het begin van het academiejaar 2012-2013, d.w.z. op 15 september 2012. De wet werd voor het eerst toegepast op de studenten die waren ingeschreven in het eerste bachelorjaar tijdens het academiejaar 2012-2013.

De gevolgen van deze wijziging zullen in 2018 zichtbaar zijn : twee promoties studenten zullen hun basisdiploma in de geneeskunde halen, namelijk de promotie van de studenten die hun studies over 7 jaren hebben aangevat in 2011, plus de promotie van de studenten die in 2012 deze studies over 6 jaren zijn begonnen. Aangezien de maximum aantallen kandidaten die jaarlijks toegang krijgen tot de opleiding voor een bijzondere beroepstitel van huisarts of geneesheer-specialist in het KB van 12 juni 2008 al vastgelegd waren op 1230 voor het jaar 2018, was het dus logisch om die maatregelen te wijzigen: dit biedt een oplossing voor de twee lichten studenten die in 2018 hun basisdiploma in de geneeskunde zullen behalen.

De andere maatregelen, in het bijzonder de vrijstellingen van contingentering en de vervanging van kandidaten, blijven ongewijzigd (zie hieronder). De periode om een eventueel overschot of tekort voor een bepaalde gemeenschap en voor de maxima en minima te compenseren, blijft ongewijzigd, nl. de periode van 2008 t.e.m. 2018. Die aantallen worden voor elk kalenderjaar vastgelegd, terwijl de praktische opleidingen de academiejaren volgen.

De subquota die werden vastgesteld tot 2020 blijven van toepassing. Krachtens de bevoegdheidsoverdrachten door de 6^{de} Staatshervorming kunnen de gemeenschappen vanaf 2021 de subquota vaststellen.

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

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

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

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

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

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

Tot besluit kunnen we stellen dat de contingentering die de manpower in de geneeskunde beïnvloedt, strikt genomen geen beperking is van het aantal RIZIV-nummers, noch van het aantal afgestudeerden. Het betreft een meer soepele beperking van het aantal stageplannen die zijn toegelaten voor een opleiding die leidt naar een zogenaamde 'curatieve' beroepstitel in de geneeskunde. Een aantal artsen zijn vrijgesteld, anderen kunnen vervangen worden.

De vrijstellingen

Welke afgestudeerden worden niet meegerekend in de jaarlijkse contingentering ?

- de artsen die houder zijn van een basisdiploma dat in het buitenland werd gehaald ;
- de artsen die hun basisdiploma hebben behaald vóór 2004 ;
- de artsen die geselecteerd werden tijdens een voorgaand jaar en die een nieuw stageplan indienen om van specialisatie te veranderen ;
- de artsen die geselecteerd werden voor een specialisatie in beheer van gezondheidsgegevens, forensische geneeskunde, arbeidsgeneeskunde en in verzekeringsgeneeskunde en medische expertise ;
- de artsen die aangeworven zijn door het ministerie van Defensie ;
- de artsen met een diploma middelbare studies uitgereikt door een lidstaat van de EER zonder volledige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde (Groothertogdom Luxemburg, Malta en Liechtenstein).

⇒ Die vrijstellingen worden verleend bij de aanvang van het stageplan.

De vervangingen

In welke gevallen kunnen de afgestudeerden die een plaats hebben ingenomen in de jaarlijkse contingenten vervangen worden ?

Volgens artikels 7 en 8 van het KB van 12 juni 2008 worden de plaatsen in de contingenten beschouwd als vrijgekomen wanneer één van de artsen die wordt meegerekend in de contingenten zich in één van de volgende situaties bevindt :

- overlijden van een arts ;
- stopzetten door de arts van zijn stageplan, zonder een nieuwe opleiding aan te vatten;
- ministeriële beslissing om een einde te maken aan het stageplan;
- onderbreking van de praktische opleiding om een wetenschappelijke activiteit aan te vatten gedekt door een onderzoeksmandaat.

⇒ De afrekening van die mogelijke vervangingen kan enkel a posteriori gebeuren, onafhankelijk van de begindatum van het stageplan.

De afvlakking

De beperking wordt versoepeld door een afvlakkingsmethode : de eventuele overschotten of tekorten ten opzichte van de quota kunnen worden overgedragen naar de quota van de volgende jaren, tot in 2018. Die methode veronderstelt dat de overschotten van bepaalde jaren gecompenseerd zullen worden door de tekorten van de andere jaren, zodat we in 2018 opnieuw in evenwicht zijn. Het naleven van die beperking wordt bemoeilijkt door het feit dat er stroomopwaarts moet worden ingegrepen, op het aantal studenten dat 6 of 7 jaar vooraf wordt toegelaten tot de geneeskunde, ondanks de onzekerheid wat betreft de slaagcijfers, en het feit dat er een ander beleidsniveau bij betrokken is, namelijk het niveau dat belast is met onderwijs. Het is om die reden dat in het volgende punt aandacht wordt besteed aan het verwachte aantal afgestudeerden.

3.3 HET VERWACHTE AANTAL AFGESTUDEERDEN

In de onderstaande tabellen worden de reële en de verwachte aantallen afgestudeerden weergegeven per gemeenschap. De verwachte aantallen zijn geschat op basis van de inschrijvingen per jaar van de universitaire studies en op basis van het aantal inschrijvingen in het volgende jaar van de studies, berekend tussen twee opeenvolgende academiejaren. De quota zijn in de tabellen opgenomen als referentiewaarden.

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

	Vlaamse gemeenschap																
	Reëel (1)											Verwacht (2)					
Jaar van het diploma	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal afstuderenden	559	459	362	416	413	483	575	659	718	748	718 (3)	765	848	822	1474	886	994
Quota	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738

- (1) Reëel aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron : FOD Volksgezondheid).
- (2) Verwachtingen geschat op basis van inschrijvingen per jaar (gegevensbron: College van de decanen van de Nederlandstalige faculteiten geneeskunde; projectieberekening : FOD Volksgezondheid)
- (3) Bij wijze van voorbeeld : van de 718 afgestudeerden hebben er 660 (91%) de Belgische nationaliteit, 42 (5,8%) de Nederlandse ; dat zijn de 2 vaakst voorkomende nationaliteiten in deze cohorte. We wijzen er ook op dat er geen afgestudeerden zijn met de Luxemburgse nationaliteit.

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

	Franse gemeenschap																
	Reëel (1)											Verwacht (2)					
Jaar van het diploma	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal afstuderenden	321	314	323	315	341	368	405	466	462	428	571 (3)	618	758	878	1888	1058	1048
Quota	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	492	492	492

- (1) Reëel aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron : FOD Volksgezondheid).
- (2) Verwachtingen geschat op basis van inschrijvingen per jaar (gegevensbron: College van de decanen van de Franstalige faculteiten geneeskunde ; projectieberekening : FOD Volksgezondheid)
- (3) Bij wijze van voorbeeld : van de 571 afgestudeerden hebben er 480 (84%) de Belgische nationaliteit, 43 (7,5%) de Franse ; dat zijn de 2 vaakst voorkomende nationaliteiten in deze cohorte. We wijzen er ook op dat er zeven afgestudeerden zijn met de Luxemburgse nationaliteit.

Gelet op de trend om een groter aantal artsen te diplomeren dan de selectiequota voor toegang tot de stages toelaten, vereist het naleven van de quota maatregelen die ingrijpen in het aantal studenten. De organisatie van de studies is een gemeenschapsbevoegdheid, vooral als het gaat over maatregelen om het aantal inschrijvingen te beperken.

Daartoe heeft de **Vlaamse gemeenschap** sinds 1997 een gemeenschappelijk toegangsexamen voor de studies in de geneeskunde en de tandheelkunde ingevoerd.³⁵

In de **Franse gemeenschap** werden er met hetzelfde doel achtereenvolgens verschillende systemen ingevoerd. De eerste maatregel, die werd toegepast van 1997 tot 2002, bestond uit het selecteren van studenten na de eerste studiecycclus, d.w.z op het einde van het derde jaar³⁶. Het decreet dat deze selectie verplicht maakte, werd opgeheven in 2002, waardoor de toegang tot de studies geneeskunde in de Franse gemeenschap vrij werd gemaakt. Pas in 2005 werd een ander toegangsexamen ingevoerd, op het einde van het eerste studiejaar. Dat examen is drie jaren in voege geweest, waarna het van 2008 tot 2012 werd opgeschort. Vanaf het begin van het academiejaar 2012-2013 heeft de Franse gemeenschapsregering besloten dat een gemeenschappelijke oriëntatieprocedure wordt vastgelegd voor de vijf geneeskundefaculteiten van de Franse gemeenschap. Volgens de resultaten die werden behaald in de examens op het einde van de eerste vier maanden van het eerste jaar, oriënteert de jury van de 1^{ste} bachelor elke student, ofwel naar de tweede periode van vier maanden van de 1ste bachelor, ofwel naar een spreiding over 2 jaar van dit eerste studiejaar, ofwel eventueel naar andere studies in de gezondheidssector. Sinds de start van het academiejaar 2013 heeft de Franse gemeenschap geopteerd voor een bijkomende procedure die bestaat uit een verplicht maar niet dwingend examen voorafgaand aan de inschrijving in de geneeskundestudies, genaamd 'Oriëntatietest van de gezondheidssector'. Deze test maakt het de toekomstige studenten mogelijk om een zelfevaluatie te maken van hun kennisniveau in de materies die als minimale voorkennis worden beschouwd. In 2014 waren die twee laatste maatregelen in de Franse gemeenschap van kracht.

Een andere factor die de contingenteringsmaatregelen beïnvloedt, is de toepassing van de **Europese richtlijn 2005/36/EG** van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, waarvan de bijlage de gelijkwaardigheden tussen landen opsomt van het basisdiploma in de geneeskunde en van elke bijzondere beroepstitel van arts. Hoewel ze verre van verwaarloosbaar zijn, zijn de effecten van deze richtlijn ook moeilijk beheersbaar, omwille van hun complexiteit.

³⁵ Vóór de invoering van deze filter schommelt het jaarlijks aantal afgestudeerden voor de jaren 1997 tot 2003 tussen 572 en 671. De filter die werd ingevoerd vanaf 1997 levert 7 jaar later resultaat op; bij wijze van voorbeeld : in de periode 2004-2009 schommelt het jaarlijks aantal afgestudeerden tussen 362 en 559.

³⁶ Vóór de invoering van deze eerste filter schommelt het jaarlijks aantal afgestudeerden voor de jaren 1997 tot 2003 tussen 482 en 551. De filter die werd ingevoerd in 1997 levert resultaat op tijdens de periode 2004- 2009, waarin het jaarlijks aantal afgestudeerden schommelt tussen 314 en 368.

Eenzijds kan elke arts die in een in deze richtlijn opgesomd land zijn diploma heeft gehaald, zijn diploma laten erkennen als zijnde gelijkwaardig aan het Belgisch geneeskundediploma, en zijn beroep in België uitoefenen, eventueel nadat hij een specialisatiestage in België heeft volbracht, en dit buiten de contingentering. Aangezien de quota enkel slaan op de gediplomeerden van de Franse en Vlaamse gemeenschap, voedt deze instroom van in het buitenland opgeleide artsen de voorraad manpower van artsen, los van de contingentering.

Omgekeerd kan elke gediplomeerde of zelfs erkende arts die gemachtigd is een bijzondere beroepstitel in België te voeren, gemakkelijk het land verlaten en zijn beroepskwalificaties laten erkennen door de nationale overheden van de Europese landen die in de Europese richtlijn zijn opgesomd. Gaat het om een gediplomeerde van een Belgische universiteit, dan betreft het een plaats die wordt ingenomen in de contingentering maar die niet bijdraagt tot de stijging van de voorraad artsen op het Belgisch grondgebied.

Omwille van het vrije verkeer van personen, van de erkenning van de titels, en van de toepassing van een numerus clausus in Frankrijk, wagen een niet te verwaarlozen aantal Fransen hun kans aan de universiteiten van de Franse gemeenschap, met de bedoeling naar Frankrijk terug te keren om daar hun beroep uit te oefenen³⁷. De niet-verblijfhoudende studenten zijn in de aantallen hierboven meegerekend. De impact van dat fenomeen op de contingentering verdient bijzondere aandacht, want die artsen bezetten een plaats in de contingenten, maar het is niet zeker dat ze die achteraf effectief zullen innemen in het Belgisch gezondheidszorgsysteem.

De Franse gemeenschap keurde het decreet van 12 juli 2012 goed waarbij de cursussen geneeskunde en tandheelkunde worden opgenomen in het stelsel dat werd ingesteld door het decreet van 16 juni 2006 tot regeling van het aantal studenten in sommige cursussen van de eerste cyclus van het hoger onderwijs. Die wetgeving heeft tot doel het aantal niet-verblijfhoudende ingeschrevenen tot 30% te beperken. De selectie gebeurt bij wijze van uitloting. Voor de studies geneeskunde zullen de effecten van dat decreet pas vanaf 2018 zichtbaar zijn. Sinds 2013 legt de Franse gemeenschap een tweede bijkomende voorwaarde op voor studenten uit Frankrijk; ze laat de studenten die meer dan één keer niet geslaagd zijn in een eerste jaar geneeskunde in Frankrijk (PACES, concours...) niet langer toe om zich in te schrijven voor de oriëntatietest in de gezondheidssector³⁸.

Al die factoren, die van invloed zijn bij de inschrijving of tijdens de studies, zullen een impact hebben op de verhouding van het aantal inschrijvingen en het aantal gediplomeerden 6 jaar later. Nochtans is het niet gemakkelijk om deze te integreren onder de vorm van een kwantitatieve parameter in de berekening van de projecties van het verwachte aantal gediplomeerden.

³⁷ Zie nota *Artsen : Internationale mobiliteit*, 2015

³⁸ Op 19 juni 2014 gelezen op de website http://test-medecine.ares-ac.be/jcms/c_6413/fr/accueil.

3.4 DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN ARTSEN

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

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

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

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

Geen enkel van de specialisaties waarvoor volgens het KB van 30 mei 2002 minima waren vastgelegd, wordt in het huidige KB als minimum hernomen. De eerste situatie is dus niet van toepassing. Enkel voor de huisartsen waren er in het oude KB maxima voorzien, terwijl er in het nieuwe KB minima zijn voorzien. De tweede situatie is dus enkel van toepassing op de huisartsen³⁹. Die aanpassingen zijn vermeld in voetnoot (3) van de hierna volgende tabellen 11, 12 en 13.

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

Het is echter gebleken dat de informatie in de attesten onvoldoende gedetailleerd was en dat de onderzoeksmandaten soms gecodeerd worden met een aantal jaren achterstand (wanneer de kandidaat-arts zijn praktische stage herneemt en de verlenging indient die vereist is volgens de algemene erkenningscriteria).

De vrijstellingen en vervangingen werden niet allemaal in mindering gebracht, aangezien de administratie niet over de volledige gegevens beschikte. Voor de toepassing van de verschillende artikels van het toepassingsgebied werd één enkele aanpassing gedaan in 2010 (vermeld in voetnoot (4) in de tabellen 11, 12 en 13). Daarbij werden de plaatsen die in de jaarlijkse contingenten vrijkwamen door de onderzoeksmandaten in mindering gebracht, op basis van een extractie in het kadaster van de stageplannen. Dit verslag houdt rekening met de volgende heractualisering van gegevens. In november 2014 en februari 2015 hebben de Nederlandstalige en Franstalige colleges van decanen van de faculteiten geneeskunde de gegevens omtrent de onderzoeksmandaten sinds 2004 ter beschikking gesteld. Het totale aantal onderzoeksmandaten dat plaatsen vrijmaakte in de contingenten 2004-2014 werd berekend voor elke gemeenschap. De aanpassing in de onderstaande tabellen (11, 12 en 13), in de kolom cumulatief totaal 2004-2014 (voetnoot 5), houdt rekening met de aantallen die reeds in mindering werden gebracht in 2010.

³⁹ De quotabeperkingen van art. 1 waren niet van toepassing op de 'geïmmuniseerde' specialisaties van art. 3 van het KB van 30 mei 2002. Art. 4, §3, van het KB van 30 mei 2002 zegt duidelijk dat de regels voor de ontbrekende aantallen enkel moeten worden toegepast op de quota van het in artikel 1 bedoelde besluit. De aantallen voor de geïmmuniseerde specialisaties hadden in feite enkel betrekking op een bijkomend aantal bovenop de bestaande quota bedoeld in art. 1.

Voor de komende jaren zal die aftrek geactualiseerd moeten worden.

Aan het einde van de afvlakking zullen trouwens ook de overlijdens en de definitieve stopzettingen in mindering moeten worden gebracht.

Om de realisatie van de contingentering op te volgen, hebben de gegevens uit het kadaster aldus betrekking op alle stageplannen die van start gingen in 2014. Uit dat basisaantal worden verwijderd :

- de artsen die houder zijn van een diploma dat in het buitenland werd behaald ;
- de artsen die houder zijn van een Belgisch diploma dat vóór 2014 werd behaald ;
- de artsen die geselecteerd werden tijdens een voorgaand jaar en die een nieuw stageplan indienen om van specialisatie te veranderen (heroriëntering) ;
- de artsen die geselecteerd werden voor een specialisatie in één van de 4 niet-curatieve geneeskundedisciplines (buiten de ZIV) ;
- de artsen die aangeworven zijn door het Ministerie van Defensie ;
- de artsen met een diploma middelbare studies uitgereikt door een lidstaat van de EER zonder volledige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde; de gebruikte proxy is gebaseerd op de nationaliteit van de personen (artsen met de Luxemburgse nationaliteit, uit Malta of uit Liechtenstein).

Ter informatie is in tabel 14 het aantal artsen opgenomen die om een van die redenen vrijgesteld zijn, op basis van de reden voor de vrijstelling en op basis van de gemeenschap waartoe de universiteit behoort die de kandidaat voor zijn specialisatieopleiding geselecteerd heeft.

TABEL 11 : DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN ARTSEN VOOR DE VLAAMSE GEMEENSCHAP: GLOBAAL OVERZICHT

Vlaamse gemeenschap															
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014
			Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal
Maxima (art. 3)	N	454		454		454		454		534		585		615	
	O	374		458		553		597		660		699		672	
	Δ	-80	-319 (2)	4	-315	+99	(-216-153)=-369 (4)	+143	-226	+126	-100	+114	14	57	(71-140)=-69 (5)
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	180		180		180		180		180		180		180
		O	110		130		168		195		210		215	-1	251
		Δ	-70	-344 (3)	-50	-394	-12	-406	+15	-391	+30	-361	+35	-326	71
	Jeugd- en kinder- psychiatrie	N	12		12		12		12		12		12		12
		O	10		14		9		12		14		13		5
		Δ	-2	-2	2	0	-3	-3	0	-3	+2	-1	1	0	-7
	Acute geneeskunde	N	6		6		12		12		12		12		12
		O	8		6		8		6		8		13		12
		Δ	2	+2	0	+2	-4	-2	-6	-8	-4	-12	1	-11	0
	Urgentie- geneeskunde	N	3		3		6		6		6		6		6
		O	7		6		9		5		19		19		23
		Δ	4	+4	3	+7	+3	+10	-1	+9	+13	+22	13	35	17
	Geriatricie	N					12		12		12		12		12
		O					2		1		0		0		2
		Δ					-10		-10		-11		-12		-45

(1) N= genormeerd contingent; O= vastgesteld contingent (**ingediende en goedgekeurde stageplannen**); Δ (delta) = het verschil (O-N)

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

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

(4) In 2010 werd de correctie (-153) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art. 7, 2°) in mindering te brengen die de onderzoeksactiviteit hebben aangevat tijdens de periode 2004-2010.

(5) In 2014 werd de correctie (-140) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art.7, 2°) in mindering te brengen die de onderzoeksactiviteit hebben aangevat tijdens de periode 2011-2014.

In de **Vlaamse gemeenschap** zien we voor de periode 2004-2011 dat het cumulatieve tekort eerst gestegen is tot 2010. Nadien lag het aantal ingediende stageplannen steeds hoger dan de quota. Die overschrijding lijkt onder controle⁴⁰ en heeft geleid tot een daling van het gecumuleerd tekort. Door de plaatsen die vrijkomen door de onderzoeksmandaten in mindering te brengen, blijft er een negatief gecumuleerd totaal over van 69 eenheden wat het globale aantal betreft. De afname van het tekort wordt eveneens vastgesteld bij de huisartsen, bij wie het gecumuleerd tekort is afgenomen tot 255 artsen in 2014. Vanaf het jaar 2012 is er een significante inhaalbeweging.

⁴⁰ Zie ook de toekomstprojecties in punt 3.4.

Het minimumaantal voor de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt niet meer bereikt.

Het minimum voor de acute geneeskunde wordt vanaf 2010, toen de minimumdrempel verdubbeld werd, niet meer gehaald. Het tekort blijft 11 eenheden in 2014. Het minimum voor de urgentiegeneeskunde daarentegen wordt ruim overschreden.

Sinds 2010 hebben slechts 5 artsen verklaard een opleiding te volgen in de geriatrie vanaf de indiening van het eerste stageplan; terwijl er voor diezelfde periode 60 opleidingen vereist waren als minimum. Het minimum voor de geriatrie wordt nooit gehaald, en het tekort neemt vrij sterk toe.

TABEL 12 : DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN ARTSEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP: GLOBAAL OVERZICHT

		Franse gemeenschap													
		2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014
		(1)	Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal
Maxima (art. 3)	N	303		303		303		303		356		390		410	
	O	343		358		406		447		432		410		522	
	Δ	+40	37 (2)	+55	92	+103	(+195 – 86) =+109 (4)	+144	+253	+76	+329	+20	+349	112	(461-98) =363 (5)
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	120		120		120		120		120		120		120
		O	117		108		106		122		123		129		160
		Δ	-3	-75 (3)	-12	-87	-14	-101	+2	-99	+3	-96	9	-87	40
	Jeugd- en kinder- psychiatrie	N	8		8		8		8		8		8		8
		O	9		8		7		9		4		7		7
		Δ	1	+1	0	+1	-1	0	+1	+1	-4	-3	-1	-4	-1
	Acute geneeskunde	N	4		4		8		8		8		8		8
		O	5		5		2		1		4		1		2
		Δ	1	+1	1	+2	-6	-4	-7	-11	-4	-15	-7	-22	-6
	Urgentie- geneeskunde	N	2		2		4		4		4		4		4
		O	5		8		15		16		15		15		27
		Δ	3	+3	6	+9	+11	+20	+12	+32	+11	+43	11	54	23
	Geriatrie	N					8		8		8		8		8
		O					4		7		7		7		9
		Δ					-4	-4	-1	-5	-1	-6	-1	-7	1

(1) N= genormeerd contingent; O= vastgesteld contingent (**ingediende en goedgekeurde stageplannen**); Δ (delta) = het verschil (O-N)

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

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

(4) In 2010 werd de correctie (-86) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art. 7, 2°) in mindering te brengen die de onderzoeksactiviteit hebben aangevat tijdens de periode 2004-2010.

In 2014 werd de correctie (-98) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art.7, 2°) in mindering te brengen die de onderzoeksactiviteit hebben aangevat tijdens de periode 2011-2014.

In de **Franse gemeenschap** zien we voor de periode 2004-2014 dat het cumulatieve overschot van het globale contingent van artsen blijft stijgen. Die stijging was iets minder sterk in 2012 en 2013, en blijkbaar is deze slechts tijdelijk⁴¹. Het overschot bedraagt 363 eenheden in 2014.

Wat het minimumaantal artsen betreft die een opleiding huisartsengeneeskunde aanvatten, is het tekort aanvankelijk toegenomen tot in 2010. De afname ervan, die in 2011 is ingezet, zette zich verder tot in 2014; het cumulatieve tekort is toen gedaald tot 47 artsen. De overschrijding van de quota in 2013 en 2014 deed zich vooral voor bij de huisartsen ; terwijl de overschrijding van 2012 en 2013 vooral het aantal artsen-specialisten deed toenemen.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie werd in 2011 gehaald en vertoont een licht tekort van 5 eenheden in 2014.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2014 wordt het tekort groter. Het minimum voor de urgentiegeneeskunde daarentegen wordt ruim overschreden.

Tot in 2013 werd het minimum voor de geriatrie nooit gehaald. In 2014 werd het lichtjes overschreden, en het gecumuleerd tekort bedraagt 6 eenheden.

⁴¹ Zie ook de toekomstprojecties in punt 3.4.

TABEL 13 : DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN ARTSEN VOOR BELGIË: GLOBAAL OVERZICHT

België															
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014
			Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		Cumulatief totaal
Maxima (art. 3)	N	757		757		757		757		890		975		1025	
	O	717		816		959		1044		1092		1109		1194	
	Δ	-40	-282 (2)	59	-223	+202	-260 (4)	+287	+27	+202	+229	+134	363	169	294 (5)
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	300		300		300		300		300		300		300
		O	227		238		274		317		333		344		411
		Δ	-73	-419 (3)	-62	-481	-26	-507	+17	-490	+33	-457	+44	-413	111
	Kinder- en jeugd psychiatrie	N	20		20		20		20		20		20		20
		O	19		22		16		21		18		20		12
		Δ	-1	-1	2	1	-4	-3	+1	-2	-2	-4	0	-4	-8
	Acute geneeskunde	N	10		10		20		20		20		20		20
		O	13		11		10		7		12		14		14
		Δ	3	+3	1	+4	-10	-6	-13	-19	-8	-27	-6	-33	-6
	Urgentiegene eskunde	N	5		5		10		10		10		10		10
		O	12		14		24		21		34		34		50
		Δ	7	+7	9	+16	+14	+30	+11	+41	+24	65	+24	89	40
	Geriatricie	N					20		20		20		20		20
		O					6		8		7		7		11
		Δ					-14	-14	-12	-26	-13	-39	-13	-52	-9

(1) N= genormeerd contingent; O= vastgesteld contingent (**ingediende en goedgekeurde stageplannen**);

Δ (delta) = het verschil (O-N)

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

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

(5) In 2010 werd de correctie (-239) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art. 7, 2°) in mindering te brengen die de onderzoeksactiviteit hebben aangevat tijdens de periode 2004-2010.

(6) In 2014 werd de correctie (-238) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art.7, 2°) in mindering te brengen die de onderzoeksactiviteit hebben aangevat tijdens de periode 2011-2014.

De erkenningen van de huisartsen en geneesheren-specialisten gelden voor heel het grondgebied België. In de periode 2004-2011 blijft het cumulatieve overschot van het globale contingent van artsen stijgen. Die stijging neemt vanaf 2012 af, dankzij een vermindering van het tekort in de Vlaamse gemeenschap en een vermindering van de overschotten in de Franse gemeenschap. Het gecumuleerd surplus in 2014 bedraagt 264 eenheden, zijnde 21,5% van het quotum van het jaar 2015 (1230).

Wat het minimumaantal artsen betreft die een opleiding huisartsengeneeskunde aanvagen, is het tekort aanvankelijk tot 507 eenheden toegenomen in 2010. Vervolgens is het verminderd en het ziet ernaar uit dat het tekort stilaan wordt weggewerkt. Sinds 2004 vult de Franse gemeenschap makkelijker haar minimumquotum dan de Vlaamse gemeenschap; er zijn 47 eenheden tekort, tegenover 255 in de Vlaamse gemeenschap. De vermindering van het globale tekort (België), die werd ingezet in 2011, wordt bevestigd in 2014. Maar globaal genomen (voor België) had de huisartsengeneeskunde weinig voordeel

bij de overschrijding van de quota in 2011 en 2012; die overschrijding droeg vooral bij tot de stijging van het aantal geneesheren-specialisten. In 2013 en 2014 was dit gunstiger voor de huisartsengeneeskunde dan voorheen.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie werd in 2009 gehaald en vertoont een tekort van 12 eenheden in 2014.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2014 wordt het tekort groter. Het minimum voor de urgentiegeneeskunde daarentegen wordt ruim overschreden.

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

We mogen dus besluiten dat voor heel België de geringe instroom van artsen die een opleiding huisartsengeneeskunde of geriatrie volgen, zorgwekkend blijft.

TABEL 14: AANTAL VRIJSTELLINGEN IN 2014, PER GEMEENSCHAP EN VOOR BELGIË

		Vlaamse gemeenschap	Franse gemeenschap	België
VRIJSTELLINGEN				
Buitenlandse diploma's (art.1, 1°);		28	63	91
Specialiteitswissel	Huisarts	7	1	8
	Geneesheer- specialist	12	1	13
Beheer van gezondheidsgegevens (art. 5, 1°) of verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise (art. 5, 2°) of forensische geneeskunde (art. 5, 3°) of arbeidsgeneeskunde (art. 5, 4°)		5	0	5
Aangeworven door het Ministerie van Defensie (Art 5, 5°);		0	0	0
Diploma van middelbare studies uitgereikt door een lidstaat van de EER zonder volledige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde (art. 5, 7°)		0	5	5
Diploma's behaald voor 2004 (Art 5, 8°);	Huisarts	2	3	5
	Geneesheer- specialist	1	4	5
Totaal van de vrijstellingen		55	77	132

3.5 TOEKOMSTPROJECTIES: WELKE OVERSCHRIJDINGEN AAN HET EINDE VAN DE AFVLAKKING IN 2018 ?

In de vorige jaarverslagen werd de realisatie van de contingentering vergeleken met de geprojecteerde resultaten in het basisscenario 2009. Die oefening werd niet herhaald in dit verslag, want hoe verder we verwijderd raken van de gekende gegevens, hoe groter de foutenmarge van de voorspellingen. In het vooruitzicht van het einde van de afvlakking in 2018 wordt het echter wel interessant om de verwachte overschrijdingen te projecteren.

Op basis van het aantal studenten die per studiejaar ingeschreven zijn, werd er in punt 3.3 een projectie uitgevoerd van de toekomstige aantallen afgestudeerden in de geneeskunde. Op basis van die aantallen en van de realisatie van de contingentering uit punt 3.4, kunnen we de verwachte overschrijdingen projecteren tot in 2020. Die projecties verlopen onder de volgende omstandigheden :

- er wordt geen rekening gehouden met de afgestudeerden die geen stageplan zullen indienen in de curatieve geneeskunde,
- de onderzoeksmandaten na 2014 worden niet in mindering gebracht,
- de overlijdens en de stopzettingen worden niet in mindering gebracht in de contingenten.

We moeten ervan uitgaan dat bij die realisatie van de contingentering kleinere overschrijdingen zullen worden geregistreerd dan de geprojecteerde.

In de onderstaande tabellen wordt ook het aantal « D-S » berekend, wat het aantal gediplomeerden weergeeft dat geen stageplan heeft ingediend dat in de quota in rekening wordt gebracht (IN quotum).

Die aantallen zijn een weerspiegeling van verschillende specifieke gevallen:

- Gediplomeerden die een stageplan hebben ingediend, maar volgens een criterium dat hen vrijstelt van het quotum (aangeworven bij het Ministerie van Defensie of specialiteit buiten RIZIV of houder van een diploma van secundair onderwijs uit een land waar geen geneeskundestudies kunnen worden gevolgd).
- Gediplomeerden die geen stageplan hebben ingediend in België. De reglementering verbiedt hen niet om hun stageplan later in te dienen, maar in dat geval zullen ze in rekening moeten worden gebracht in de contingentering die geldt tijdens het jaar waarin het stageplan wordt opgestart, wat een verklaring voor de negatieve cijfers kan zijn.

Het aandeel gediplomeerden dat geen stageplan IN quota heeft ingediend, is niet berekend⁴². De schommeling van dit gegeven voor de voorgaande jaren verhindert een betrouwbare schatting. Deze gediplomeerden zijn dus niet in mindering gebracht in de projecties van de realisatie van de quota. Het saldo is dus lichtjes overschat.

Om de eindafrekening te maken van de afvlakking in 2018, zullen we ons moeten baseren op de reële cijfers die werden geregistreerd en de reële aantallen in mindering brengen van plaatsen die zijn vrijgekomen in elke gemeenschap door stopzetting, overlijden en onderzoeksmandaten.

TABEL 15 : VLAAMSE GEMEENSCHAP : VASTSTELLING EN PROJECTIE VAN DE CONTINGENTERING

		Vlaamse gemeenschap													
		Reëel								Verwacht					
Jaar waarin het diploma is behaald		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal gediplomeerden	D (1)	416	413	483	575	659	718	748	718	765	848	822	1474	886	994
Vastgesteld quotum	Q	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738
Afwijking tussen het aantal gediplomeerden en het quotum	D-Q		-41	29	121	205	184	163	103	27	110	84	-2	148	256
Aantal stageplannen IN quota	S		374	458	553	597	660	699	672	?	?	?	?	?	?
Aantal gediplomeerden dat geen stageplan IN quotum heeft ingediend	D-S		39	25	22	62	58	49	48	?	?	?	?	?	?
Jaarlijkse realisatie van de quota	Rj = S-Q		-80	4	99	143	126	114	57	27	110	84	-2	148	256
Jaarlijkse realisatie van de quota Voortgang van het saldo	Cumul van Rj	-239	-319	-315	(-216-153) = 369	-226	-100	14	(71-140) = -69	-42	68	152	150	298	554

(1) *Aantal gediplomeerden*: Tot 2014 gaat het over het reële aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2015 gaat het over het aantal *verwachte gediplomeerden* dat voortvloeit uit de door de FOD Volksgezondheid uitgevoerde projecties op basis van de gegevens die werden verstrekt door het College van de decanen van de faculteiten geneeskunde van de Vlaamse gemeenschap.

TABEL 16 : FRANSE GEMEENSCHAP : VASTSTELLING EN PROJECTIE VAN DE CONTINGENTERING

		Franse gemeenschap													
		Reëel								Verwacht					
Jaar waarin het diploma is behaald		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal gediplomeerden	D (1)	315	341	368	405	466	462	428	571	618	758	878	1888	1058	1048
Vastgesteld quotum	Q	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492
Afwijking tussen het aantal gediplomeerden en het quotum	D-Q		38	65	102	163	106	38	161	126	266	386	904	566	556
Aantal stageplannen IN quota	S		343	358	406	447	432	410	522	?	?	?	?	?	?
Aantal gediplomeerden dat geen stageplan IN quotum heeft ingediend	D-S		-2	10	-1	19	30	18	51	?	?	?	?	?	?
Jaarlijkse realisatie van de quota	Rj = S-Q		40	55	103	144	76	20	112	126	266	386	904	566	556
Jaarlijkse realisatie van de quota Voortgang van het saldo	Cumul van Rj	-3	37	92	(195-86) = 109	253	329	349	(461-98) = 363	489	755	1141	2045	2611	3167

(1) *Aantal gediplomeerden*: Tot 2014 gaat het over het reële aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2015 gaat het over het aantal *verwachte gediplomeerden* dat voortvloeit uit de door de FOD Volksgezondheid uitgevoerde projecties op basis van de gegevens die werden verstrekt door het College van de decanen van de faculteiten geneeskunde van de Franse gemeenschap.

⁴² Het gaat om (D-S)/D.

3.6 CONCLUSIES

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

- Het cumulatieve globale tekort aan artsen in de Vlaamse gemeenschap is in 2014 bijna weggewerkt. Dat heeft te maken met een meer dan aanzienlijke toestroom van specialisten.
- Het cumulatieve overschot aan artsen in de Franse gemeenschap blijft in 2012 stijgen. Dat wordt vooral verklaard door de toestroom van specialisten tot in 2012. Die toename vertraagt sinds 2011.
- Het cumulatieve tekort aan huisartsen begint vanaf 2011 te dalen, zowel in de Vlaamse als in de Franse gemeenschap, en die daling is scherper vanaf 2012, vooral in de Vlaamse gemeenschap.
- De minima van de specialisatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie worden in 2014 bijna gehaald.
- De minima van de specialisatie in de acute geneeskunde worden sinds 2010 niet meer gehaald, en het tekort blijft toenemen.
- De minima van de specialisatie in de urgentiegeneeskunde worden ruimschoots overschreden.
- De workforce in de urgentiediensten is dus meer versterkt door de geneesheren-specialisten erkend in de urgentiegeneeskunde dan door die erkend in de acute geneeskunde. Een arts die zijn erkenning heeft behaald in de acute geneeskunde kan trouwens nadien een stageplan voor 3 bijkomende jaren indienen om de erkenning in de urgentiegeneeskunde te verkrijgen. Heeft het nog zin om een onderscheid te maken tussen die 2 specialiteiten ?
- De minima van de specialisatie in de geriatrie worden nooit gehaald, en het tekort blijft fors toenemen. We moeten voorzichtig zijn bij het interpreteren van dat aantal: de oriëntatie naar de geriatrie kan gebeuren in de loop van de specialisatie, na de 3 jaar truncus communis in de inwendige geneeskunde; het vertegenwoordigt maar een deel van het aantal artsen van een bepaalde cohorte die, na het einde van hun stageplan, erkend zullen zijn in de geriatrie.

De conclusies van de projectie van de overschrijdingen zijn :

- Tegen 2018, het voorziene jaar voor het einde van de afvlakkingsperiode, lijkt het erop dat het totale aantal afgestudeerden in de Vlaamse gemeenschap die een stageplan hebben aangevat dat valt binnen het kader van de contingentering zeer dicht in de buurt

zal liggen van het totaal van de jaarlijkse quota voor die gemeenschap. De ingevoerde filter lijkt doeltreffend te zijn.

- Tegen 2018, het jaar voorzien voor het einde van de afvlakkingsperiode, lijkt het erop dat het totale aantal afgestudeerden van de Franse gemeenschap dat een stageplan heeft aangevat dat in het kader valt van de contingentering meer dan 1.500 eenheden hoger zal liggen dan het totaal van de jaarlijks toegekende quota aan deze gemeenschap. Dankzij de filter die werd toegepast van 1997 tot 2002 kon die overschrijding worden beperkt tot in 2009.
- Het totale aantal artsen in de Franse gemeenschap in 2018 lijkt erg problematisch te gaan worden; in dat jaar is het einde van de afvlakkingsperiode voorzien. Zonder nieuwe maatregelen zal een cumulatief overschot van om en bij de 1000 artsen de volgende jaren moeilijk op te vangen zijn. De quotaoverschrijdingen waren niet zeer voordelig om het tekort aan huisartsen in vergelijking met de minima terug te dringen.

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

4.1 DE CONTINGENTERINGSPRINCIPES VAN DE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

In art. 35novies van het KB nr. 78, worden vier bepalingen geïdentificeerd om de toegang tot de beroepen van arts, tandarts en kinesitherapeut te beperken:

- 1) door het globaal aantal kandidaten te bepalen, opgesplitst per gemeenschap, dat jaarlijks, na het behalen van het diploma van arts of tandarts toegang heeft tot het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van een erkenning;
- 2) door het globaal aantal kandidaten te bepalen die houder zijn van een diploma van kinesitherapeut, opgesplitst per gemeenschap, die jaarlijks, na het behalen van hun erkenning, toegang krijgen tot de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- 3) door het globaal aantal kandidaten te bepalen, opgesplitst per gemeenschap, die jaarlijks toegang hebben tot het verkrijgen van een erkenning voor de uitoefening van een beroep waarvoor een erkenning bestaat;
- 4) door het aantal kandidaten te bepalen, opgesplitst per gemeenschap, die jaarlijks toegang hebben tot de verschillende beroepstitels of groepen van bijzondere beroepstitels.

De maatregel van de eerste bepaling kan enkel uitwerking hebben na een termijn gelijk aan de duur van de studies die nodig zijn voor het behalen van het vereiste diploma.

Voor een beroepsgroep die houder is van hetzelfde basisdiploma kan er een lijst worden opgesteld van beroepstitels die geen voorwerp van een beperking uitmaken.

Die bepalingen kunnen worden uitgebreid naar andere gezondheidszorgberoepen.

Twee beroepen maken momenteel het voorwerp uit van een contingentering: artsen en tandartsen.

De contingenteringen van de artsen en tandartsen waarvan de realisatie respectievelijk is beschreven in de hiernavolgende punten 3 en 4 zijn gebaseerd op de eerste bepaling. De toegang tot het verlenen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van een erkenning, valt onder een beperking op de toegang tot de praktische opleidingen die vereist zijn voor de toekenning van deze erkenning⁴³.

⁴³ KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod en KB van 19 augustus 2011 betreffende de planning van de tandheelkunde.

4.2 DE CONTINGENTERING VAN TANDARTSEN

De planning van het aanbod in de tandheelkunde gaat terug tot het KB van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels. Dit besluit sloeg op de toegang tot de toekenning van de bijzondere beroepstitels en stelde voor de jaren 2002 en 2003 de volgende quota voorop: 140 tandartsen voor België waarvan 84 kandidaten in het bezit van een eindexamen afgeleverd door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse gemeenschap viel, en 56 kandidaten in het bezit van een eindexamen afgeleverd door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Franse gemeenschap viel.

Bij wijze van overgangsmaatregel voor de jaren 2002 en 2003 voorzag dit besluit eveneens de overdracht in debet of in credit op de quota voor de latere jaren, van het verschil tussen de aantallen kandidaten die per gemeenschap waren toegestaan en de quota die voor 2002 en 2003 waren vastgelegd, en dat à rato van één vijfde per jaar te rekenen vanaf 2004.

Merken we op dat de planning van meet af aan geen betrekking heeft op de houders van een gelijkwaardig diploma in de tandheelkunde, behaald in het buitenland.

Het KB van 9 januari 2000 tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgedeeld per gemeenschap, die toegang hebben tot de toekenning van sommige bijzondere beroepstitels voor de jaren 2004 en 2005, verlengt de quota met twee jaar en houdt ze constant voor 2004 en 2005. Er worden quota vastgesteld op dezelfde waarden voor de twee volgende jaren, door het KB van 18 oktober 2001 tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgedeeld per gemeenschap, die toegang hebben tot de toekenning van sommige bijzondere beroepstitels voor de jaren 2006 en 2007.

Het KB van 30 mei 2002 betreffende de planning van het aanbod in de tandheelkunde heft de 3 voorgaande besluiten op maar neemt de quota over die zij hadden vastgesteld betreffende het globaal aantal tandartsen die jaarlijks toegang hebben tot de toekenning van de bijzondere beroepstitels, en breidt ze uit over een periode gaande van 2002 tot 2010.

Dit besluit voorziet ook in een overgangsmaatregel tot overdracht in debet of in credit van het verschil tussen de genormeerde cijfers en de vastgestelde cijfers voor de periode 2002 tot 2005, die moet worden uitgevoerd vanaf 2006.

Dit nieuwe besluit legt bovendien quota vast voor het aantal kandidaten die jaarlijks worden toegelaten tot de opleiding als kandidaat in de algemene tandheelkunde, kandidaat-specialist in de orthodontie en kandidaat-specialist in de parodontologie voor de jaren 2002, 2003 en 2004.

Het KB van 25 april 2007 betreffende de planning van het aanbod in de tandheelkunde heft het KB van 30 mei 2002 op, met behoud van dezelfde vorm, behalve:

- dat het de quota van kandidaten verlengt die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding als kandidaat in de algemene tandheelkunde, kandidaat-specialist in de orthodontie en kandidaat-specialist in de parodontologie tot in 2010;
- en dat het de quota voor de jaren 2011 tot 2013 optrekt, zowel voor het aantal kandidaten die toegang hebben tot de toekenning van de bijzondere beroepstitels als voor het aantal kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding.

Dit besluit wordt vervolgens als volgt gewijzigd door het KB van 28 november 2008:

- optrekken van de quota voor de jaren 2014 en 2015, zowel voor het aantal kandidaten die toegang hebben tot de toekenning van de bijzondere beroepstitels als voor het aantal kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding;
- uitstel tot 2015 van het jaar waarin de bijsturing tussen de genormeerde en waargenomen cijfers zal worden uitgevoerd.

Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat tot nu toe de wetgeving een duidelijk onderscheid maakt tussen de toegang tot de toekenning van de bijzondere beroepstitels en de toegang tot de opleiding.

Het KB van 19 augustus 2011 betreffende de planning in de tandheelkunde heft het KB van 25 april 2007 op en bepaalt de wetgeving die in 2014 van kracht was. In dit besluit verlaat de wetgever de idee om de toekenning van de bijzondere beroepstitels rechtstreeks te beperken en focust hij op de toegang tot de opleiding voor de titels die het voorwerp uitmaken van een erkenning : algemene tandheelkunde, orthodontie en parodontologie. Dit principe strookt met het feit dat de overheid die de opleidingen (stageplannen) bij hun aanvang goedkeurt en die de erkenningen verleent, ook die overheid is die de quota vastlegt en de naleving ervan controleert. Op die manier bediende het federale niveau de hefboom die het mogelijk maakte de naleving van de regels die het had opgelegd te controleren. Naar aanleiding van de zesde staatshervorming is de invoering van een nieuw hefboomsysteem in het kader van de contingentering, beheerd op federaal niveau, onontbeerlijk.

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

De bepaling die de overdracht in debet of in credit op de latere jaren mogelijk maakt van het hogere of lagere verschil van maximum 20% ten aanzien van de aantallen bepaald voor het betreffende jaar, wordt verlengd tot in 2020 (art.6). Deze aftrekking moet rekening houden met de gecumuleerde overschotten in het kader van het koninklijk besluit van 25 april 2007 (art. 8§2).

Het KB van 19 augustus 2011 heft een dubbelzinnigheid op en stelt de kandidaten die hun basisopleiding in de tandheelkunde hebben aangevat voor 1 juli 2002 expliciet buiten de contingentering.

Het vertrouwt de Planningscommissie – medisch aanbod bovendien duidelijk de opdracht toe om de realisatie van de planning te volgen en de gegevens te publiceren die daar betrekking op hebben.

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

TABEL 17 : JAARLIJKSE QUOTA TANDARTSEN (KB VAN 19/08/2011)

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

De subquota die werden vastgesteld tot in 2020 blijven van toepassing. Door toedoen van de bevoegdheidsoverdrachten die werden doorgevoerd door de zesde staatshervorming kunnen de gemeenschappen vanaf 2021 de subquota vaststellen.

Tot besluit kunnen we stellen dat de contingentering die de manpower in de tandheelkunde beïnvloedt, strikt genomen geen beperking is van het aantal RIZIV-nummers. Het betreft in feite een beperking van de toegang tot de praktische opleidingen die leiden naar een beroepstitel van tandarts, voor de tandartsen die hun studies hebben aangevat na 01/07/2002 en hun diploma hebben behaald aan een Belgische universiteit. Deze beperking slaat niet op de tandartsen die zich niet in België wensen te specialiseren. We willen er nogmaals op wijzen dat de algemene tandheelkunde wordt beschouwd als een specialiteit.

De beperking wordt versoepeld door een afvlakkingsmethode : de eventuele overschotten of tekorten kunnen voor maximum 20% worden overgedragen naar de volgende jaren, tot in 2020. De naleving van deze beperking wordt bemoeilijkt door het feit dat het moet gaan om het aantal 5 jaar voordien in de tandheelkunde toegelaten studenten, ondanks de onzekerheden met betrekking tot de slaagpercentages, en door het feit dat het een ander bestuursniveau betreft, namelijk datgene dat bevoegd is voor onderwijs. Daarom ook besteedt het volgende punt aandacht aan het verwachte aantal afgestudeerden.

4.3 HET VERWACHTE AANTAL AFGESTUDEERDEN

In de twee volgende tabellen worden de reële en de verwachte aantallen afgestudeerden weergegeven per gemeenschap. De verwachte aantallen zijn geschat op basis van de inschrijvingen en de inschrijvingspercentages in het volgende jaar aan de verschillende Belgische universiteiten. De quota zijn vermeld als referentiewaarden.

TABEL 18 : STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING TANDARTSEN IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

		Vlaamse gemeenschap													
		Reëel												Verwacht (projecties)	
Jaar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal afstuderenden		87	65	50	46	74	65	62	76	103	87	102	110	108	93
Quota		84	84	84	84	84	84	84	84	84	90	90	90	96	96

De cijfers voor 2002 tot en met 2014 zijn de werkelijke cijfers van het aantal gediplomeerden (bron : FOD Volksgezondheid). Vanaf 2015 zijn de opgegeven cijfers projecties op basis van het aantal inschrijvingen per jaar (bron: Vlaamse gemeenschap).

Deze projecties worden gemaakt volgens het aantal bachelor-gediplomeerden. De gegevens die deze ramingen mogelijk maken zijn niet beschikbaar voor de projecties vanaf 2016.

TABEL 19 : STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN TANDARTSEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP REKENING HOUDEND MET ALLE GEDIPLOMEERDEN (BELGEN + BUITENLANDERS)

		Franse gemeenschap																
		Reëel														Verwacht (projecties)		
Jaar		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal afstuderenden		80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	71	111	139	156	282	268
Quota		56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	64	64	64	72	72

De cijfers voor 2002 tot en met 2014 zijn de werkelijke cijfers van het aantal gediplomeerden (bron : FOD Volksgezondheid). Vanaf 2015 zijn het projecties van de afstuderenden op basis van het aantal inschrijvingen per studiejaar tot het academiejaar 2013-2014 (bron: College van de decanen van de Franstalige faculteiten geneeskunde; projectieberekening : FOD Volksgezondheid).

Gelet op de trend om een groter aantal tandartsen te diplomeren dan de selectiequota voor toegang tot de stages, vereist het naleven van de quota maatregelen die ingrijpen in het aantal studenten. De organisatie van de studies is een gemeenschapsbevoegdheid, vooral als het gaat over maatregelen om het aantal inschrijvingen te beperken.

Daartoe heeft de **Vlaamse gemeenschap** sinds 1997 een gemeenschappelijk ingangsexamen voor de studies in de geneeskunde en de tandheelkunde ingevoerd.

In 2005 had de **Franse gemeenschap** in het kader van de contingentering een toegangsexamen tot de studies in de tandheelkundige wetenschappen ingevoerd. Dit examen werd opgeschort sinds 2008. Vanaf 2012 is in de Franse gemeenschap het aantal inschrijvingen in het eerste jaar in de tandheelkundige wetenschappen de pan uitgerezen, wat de kwaliteit van de opleiding van de studenten in het gedrang bracht. De gevolgen zullen vanaf 2017 voelbaar zijn, wanneer het aantal afgestudeerden verviervoudigd zal zijn, alsook het daaropvolgende jaar.

Een andere factor die de contingenteringsmaatregelen beïnvloedt, is de toepassing van de **Europese richtlijn 2005/36/EG** van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, waarvan de bijlage de gelijkwaardigheden tussen landen opsomt van het basisdiploma in de tandheelkunde en van elke bijzondere beroepstitel van tandarts. Hoewel ze verre van verwaarloosbaar zijn, zijn de effecten van deze richtlijn ook moeilijk beheersbaar, omwille van hun complexiteit.

Eenzijds kan elke tandarts die in een in deze richtlijn opgesomd Europees land zijn diploma heeft gehaald, zijn diploma laten erkennen als zijnde gelijkwaardig aan het Belgisch diploma, en zijn beroep in België uitoefenen, eventueel nadat hij een specialisatiestage in België heeft volbracht, en dat buiten de contingentering. Aangezien de quota enkel slaan op de gediplomeerden van de Franse en Vlaamse gemeenschap, voedt deze instroom van in het buitenland opgeleide tandartsen de voorraad manpower van tandartsen, los van de contingentering.

Omgekeerd kan elke gediplomeerde of zelfs erkende tandarts die gemachtigd is een bijzondere beroepstitel in België te voeren, gemakkelijk het land verlaten en zijn beroepskwalificaties laten erkennen door de nationale overheden van de Europese landen die in de Europese richtlijn zijn opgesomd. Gaat het om een gediplomeerde uit een Belgische universiteit, dan betreft het een plaats die in de contingentering meetelt maar die niet bijdraagt tot de vergroting van de voorraad manpower aan tandartsen op het Belgisch grondgebied.

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

De Franse gemeenschap keurde het decreet van 12 juli 2012 goed waarbij de cursussen geneeskunde en tandheelkunde worden opgenomen in het stelsel dat werd ingesteld door

het decreet van 16 juni 2006 tot regeling van het aantal niet-verblijfhoudende studenten in sommige cursussen van de eerste cyclus van het hoger onderwijs. Die wetgeving heeft tot doel het aantal niet-verblijfhoudende ingeschrevenen tot 30% te beperken. De selectie van de kandidaten gebeurt bij wijze van uitloting. Voor de studies tandheelkunde zullen de effecten van dat decreet pas vanaf 2017 voelbaar zijn.

Als we onder deze aantallen de ratio aan niet-verblijfhoudende studenten kennen, dan kunnen we een betrouwbaarder planning projecteren. Hun spreiding wordt weergegeven in de volgende tabel.

TABEL 20 : TOESTAND VAN DE CONTINGENTERING VAN DE TANDARTSEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP MET ONDERSCHIED TUSSEN DE BELGISCHE GEDIPLOMEERDEN EN GEDIPLOMEERDEN UIT DE EUROPESE UNIE

Franse gemeenschap																	
	Reëel														Verwacht (projectie)		
Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal Belgische gediplomeerden	54	55	49	37	57	44	42	63	54	47	61	57	73	78	73	149	177
Aantal gediplomeerden uit de EU	26	14	17	16	14	11	11	16	14	12	14	14					
Aantal niet-Belgische gediplomeerden	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	38	61	83	133	91
Quota	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	64	64			

In de bovenstaande tabel zijn de gediplomeerden opgedeeld volgens de nationaliteit van de houder : ofwel Belg, ofwel onderdaan van de Europese Unie (inwoners van buiten de EU worden tot 2013 niet meegerekend). Beginnende vanaf 2015 zijn de in deze tabel opgenomen verwachte gediplomeerden projecties op basis van de gegevens die beschikbaar zijn bij de College van de decanen van de Franstalige faculteiten geneeskunde. De meeste recente gegevens dateren van het academiejaar 2013-2014. Deze projecties zijn gemaakt op basis van het aantal ingeschrevenen en de gemiddelde inschrijvingspercentages voor het volgende jaar, voor elk van de studie jaren. De gegevens die het mogelijk maken de Belgische afgestudeerden te onderscheiden van die uit de andere Europese landen, zijn niet beschikbaar voor de projecties vanaf 2016.

In tabel 19 stellen we vast dat tussen 2002 en 2013 het aantal Belgische gediplomeerden in de buurt van de quota is gebleven. De overschrijding die werd ingezet vanaf 2014, lijkt de komende jaren, gezien de aantallen studenten die zijn ingeschreven in het eerste jaar geneeskunde, boven de toegestane 20 % te liggen, zowel bij de Belgische als bij de Europese gediplomeerden (tabel 20). De eerste gevolgen van het decreet niet-verblijfhoudenden van de Franse gemeenschap zullen kunnen worden vastgesteld vanaf 2017.

4.4 DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN DE TANDARTSEN

In 2001 heeft de wetgever de erkenningscriteria voor orthodontisten⁴⁴ en parodontologen⁴⁵ vastgesteld, en in 2002 die voor de algemene tandartsen⁴⁶. Sindsdien registreert de FOD Volksgezondheid de tandartsen en de stageplannen die leiden tot het verkrijgen van deze erkenningen in het kadaster. Deze registraties maken het mogelijk om de stand van zaken van de contingentering voor tandartsen in België precies te berekenen en de realisatie van de planning op te volgen.

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

Nog wat de planning betreft kan de stageopvolging van de tandartsen-kandidaat **specialisten in de parodontologie** beginnen vanaf 2002. De stageduur bedraagt momenteel 3 jaar (MB van 27 juli 2001).

Wat de **algemene tandheelkunde** betreft, moesten de tandartsen die bij het RIZIV waren erkend voor 1 juni 2002 hun ministeriële erkenning krijgen van de FOD Volksgezondheid om gemachtigd te blijven hun beroep uit te oefenen. Maar men heeft daarna vastgesteld dat een bepaald aantal tandartsen om één of andere reden hun erkenning als algemeen tandarts niet hadden gekregen. Gedurende enkele jaren werd het kadaster progressief aangevuld, en zijn evolutie weerspiegelde niet zozeer de instroom van nieuwe krachten dan wel de administratieve regularisatie van beoefenaars die reeds actief waren.

De studenten die hun studies hadden aangevat voor 1 juni 2002 hebben na het behalen van hun diploma in de tandheelkundige wetenschappen hun erkenning van de FOD Volksgezondheid kunnen krijgen zonder dat ze een bijkomende praktijkstage hebben moeten volbrengen. Deze erkenning heeft hen tot in 2008 de mogelijkheid geboden om hun registratie bij het RIZIV aan te vragen.

De nieuwe gediplomeerden daarentegen, die hun studies hebben aangevat na 1 juni 2002, moeten eerst een ministeriële erkenning krijgen, met een praktijkopleiding als voorwaarde, eer zij hun RIZIV-registratie mogen aanvragen. De stages van de kandidaten in de algemene

⁴⁴ MB van 28 mei 2001 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van de beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie, alsook van stagemeeesters en stagediensten in de orthodontie.

⁴⁵ MB van 27 juli 2001 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van de beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de parodontologie, alsook van stagemeeesters en stagediensten in de parodontologie.

⁴⁶ MB van 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts.

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

Bovendien heeft de FOD Volksgezondheid met betrekking tot de registratie en erkenning van tandartsen talrijke aanpassingen gedaan tijdens de periode waarin de contingentering van tandartsen moest worden opgevolgd.

Om al deze redenen was het geen gemakkelijke opdracht om de stand van zaken van de contingentering van de tandartsen tot in 2008 correct en volledig op te maken.

Hoe wordt uiteindelijk de planning van het medisch aanbod opgevolgd voor de tandartsen?

Het KB van 19 augustus 2011 definieert een debet- en creditsysteem indien het aantal kandidaten voor de opleiding met het oog op het behalen van een bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist niet wordt bereikt (of wordt overschreden). In dat geval wordt het verschil in credit gebracht op de quota van kandidaten voor de opleiding met het oog op het behalen van een bijzondere beroepstitel als algemeen tandarts. Om de coherentie van dit systeem te bewaren is de opvolging van de planning slechts mogelijk vanaf 2008 (zie tabellen 23, 24 en 25).

TABEL 21 : AANTAL GEREGISTREERDE STAGEPLANNEN VOOR TANDARTSEN MET EEN BELGISCH DIPLOMA BEHAALD SINDS 01/01/2008

België								
	Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Vlaamse gemeenschap	Algemene tandartsen	49	54	81	68	73	88	85
	Tandartsen-specialisten in de parodontologie	4	5	6	7	7	7	4
	Tandartsen-specialisten in de orthodontie	4	7	2	8	3	4	3
Franse gemeenschap	Algemene tandartsen	30	57	55	42	48	53	84
	Tandartsen-specialisten in de parodontologie	3	1	1	3	2	2	3
	Tandartsen-specialisten in de orthodontie	6	6	6	5	6	2	6

TABEL 22 : VLAAMSE GEMEENSCHAP : AANTAL STAGEPLANNEN VOOR TANDARTSEN GEDIPLOMEERD VANAF 01/01/2008 EN REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING AAN DE HAND VAN EEN AFVLAKKING (KB 19 AUGUSTUS 2011)

Vlaamse gemeenschap							
Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene tandartsen	49	54	81	68	73	88	85
Tandartsen-specialisten in de parodontologie	4	5	6	7	7	7	4
Tandartsen-specialisten in de orthodontie	4	7	2	8	3	4	3
Totaal	57	66	89	83	83	99	92
Quotum	84	84	84	90	90	90	96
20% van het quotum	17	17	17	18	18	18	19
Overschot = Totaal – Quotum	-27	-18	5	-7	-7	9	-4
Over te dragen overschot vanaf 2008, beperkt tot 20% van het quotum	-17	-17	+5	-7	-7	9	-4
Over te dragen gecumuleerd overschot vanaf 2008 rekening houdend met de beperking van 20%	-17	-34	-29	-36	-43	-34	-38

Op witte achtergrond : de reële aantallen van de ingediende stages.

Op grijze achtergrond, de aantallen verkregen bij de berekening van 20% van het quotum en van het gecumuleerde overschot vanaf 2008 voorzien door het KB van 19 augustus 2011.

TABEL 23 : FRANSE GEMEENSCHAP : AANTAL STAGEPLANNEN VOOR TANDARTSEN GEDIPLOMEERD VANAF 01/01/2008 EN REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING AAN DE HAND VAN EEN AFVLAKKING (KB 19 AUGUSTUS 2011)

Franse gemeenschap							
Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Algemene tandartsen	30	57	55	42	48	53	84
Tandartsen-specialisten in de parodontologie	3	1	1	3	2	2	3
Tandartsen-specialisten in de orthodontie	6	6	6	5	6	2	6
Totaal	39	64	62	50	56	57	93
Quotum	56	56	56	60	60	60	64
20% van het Quotum	12	12	12	12	12	12	13
Overschot = Totaal – Quotum	-17	8	6	-10	-4	-3	29
Over te dragen overschot vanaf 2008, beperkt tot 20% van het quotum	-12	8	6	-10	-4	-3	13*
Over te dragen gecumuleerd overschot vanaf 2008 rekening houdend met de beperking van 20%	-12	-4	2	-8	-12	-15	-2*

Op witte achtergrond, de reële aantallen van de ingediende stages.

Op grijze achtergrond, de aantallen verkregen bij de berekening van 20% van het quotum en van het gecumuleerde overschot vanaf 2008 voorzien door het KB van 19 augustus 2011.

*De reële overschrijding bedraagt 29 eenheden, zijnde 16 meer dan de toegestane 20% van het quotum. Overeenkomstig de wetgeving werd enkel het overschot dat overeenstemt met de 20% van het quotum (13 eenheden) overgedragen, zoals aangegeven in het KB van 19 augustus 2011, en ook in het advies AFA_2010_02 van 18 mei 2010 op basis waarvan dit besluit werd goedgekeurd.

TABEL 24 : GECUMULEERD OVERSCHOT VAN DE OPVULLING VAN DE QUOTA VAN DE TANDARTSEN VANAF 01/01/2008

België									
		Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Vlaamse gemeenschap	Algemene tandartsen	Geregistreerde stageplannen	49	54	81	68	73	88	85
		Quota	70	70	70	74	74	74	80
		Gecumuleerd overschot	-21	-37	-26	-32	-33	-19	-14
	Tandartsen-specialisten in de parodontologie	Geregistreerde stageplannen	4	5	6	7	7	7	4
		Quota	7	7	7	7	7	7	7
		Gecumuleerd overschot	-3	-5	-6	-6	-6	-6	-9
	Tandartsen-specialisten in de orthodontie	Geregistreerde stageplannen	4	7	2	8	3	4	3
		Quota	7	7	7	9	9	9	9
		Gecumuleerd overschot	-3	-3	-8	-9	-15	-20	-29
Franse gemeenschap	Algemene tandartsen	Geregistreerde stageplannen	30	57	55	42	48	53	84
		Quota	46	46	46	48	48	48	52
		Gecumuleerd overschot	-16	-5	4	-2	-2	3	35
	Tandartsen-specialisten in de parodontologie	Geregistreerde stageplannen	3	1	1	3	2	2	3
		Quota	5	5	5	5	5	5	5
		Gecumuleerd overschot	-2	-6	-10	-12	-15	-18	-20
	Tandartsen-specialisten in de orthodontie	Geregistreerde stageplannen	6	6	6	5	6	2	6
		Quota	5	5	5	7	7	7	7
		Gecumuleerd overschot	1	2	3	1	0	-5	-6

In de **Vlaamse gemeenschap** is het gecumuleerd overschot voor de periode 2008-2014 eigenlijk een tekort, dat het laagst was tijdens de periode 2008-2012 maar dat in 2013 enigszins werd weggewerkt. Die laatste trend zette zich niet door in 2014, waarin het tekort -38 eenheden bedraagt. De quota van tandartsen die een opleiding in de parodontologie beginnen, werden bereikt van 2011 tot 2013, terwijl de quota voor orthodontie nooit worden gehaald. De schommeling van het aantal kandidaten in de orthodontie is te verklaren door het feit dat de opleiding in sommige universiteiten maar om de 2 jaar wordt georganiseerd.

In de **Franse gemeenschap** is het gecumuleerd overschot voor de periode 2008-2014 eigenlijk een overschot, dat 14 eenheden bedraagt. De quota van de tandartsen die een opleiding in de parodontologie beginnen worden nooit bereikt, terwijl de quota voor orthodontie werden bereikt tot in 2011.

4.5 CONCLUSIES

Het totaal aantal tandartsen die een opleiding aanvatten voor het verkrijgen van een erkenning is momenteel lager dan het totaal van de quota. In de Vlaamse gemeenschap vertoont dat tekort een stijgende lijn, maar de projecties van het aantal toekomstige afgestudeerden tonen aan dat dit tekort tegen 2020 zou kunnen worden ingelopen.

In de Franse gemeenschap werd het tekort weggewerkt en de projecties van het aantal toekomstige afgestudeerden tonen aan dat dat overschot zal blijven toenemen en dat bij ongewijzigd beleid het overschot zelfs te groot zou kunnen worden ten opzichte van de quota. Er is een reëel risico dat de contingentering van de tandartsen in gevaar wordt gebracht. De afwezigheid van een bepaling in geval van overdreven overschrijding houdt het risico in dat de contingentering van de tandartsen geen waarde meer heeft.

De jaarlijkse quota van tandartsen die een opleiding tot het verkrijgen van een erkenning in de parodontologie of de orthodontie aanvatten, werden nooit overschreden en zelfs zelden bereikt, en dit in de beide taalgemeenschappen.

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

5.1 DE CONTINGENTERING VAN DE KINESITHERAPEUTEN

De historiek van de contingentering van de kinesitherapeuten, die van kracht was van 20 juni 2005 tot 21 oktober 2013, is opgenomen in het jaarverslag van 2013, op pagina's 76 tot 85.

In 2014 was er geen reglementering die de contingentering van de kinesitherapeuten organiseerde. Naar aanleiding van de werkzaamheden van de werkgroep kinesitherapeuten, heeft de planningscommissie het advies 2014_01 uitgebracht, waarvan de inhoud in bijlage is opgenomen. Dat advies trekt niet in twijfel dat het noodzakelijk is om de toegang tot nomenclatuur M te beperken en pleit voor de invoering van een registratiesysteem van de privépraktijken in de kinesitherapie, om de evolutie van de workforce die presteert in het kader van nomenclatuur M beter op te volgen en eventueel te controleren.

Daarnaast werden ook de resultaten van de Plankad-koppeling gepubliceerd. De gekwantificeerde verdeling van de workforce in de kinesitherapie en haar evolutie zullen als basis dienen voor de uitwerking van de evolutiescenario's. Die laatste werkzaamheden werden uitgesteld, in afwachting van de ontwikkeling van een nieuw model.

Het invoeren in 2014 van bijzondere beroepskwalificaties, waarvan de kinesitherapeuten houder kunnen zijn, legt de basis voor een nieuwe configuratie, waarbij de kwalificaties waarover men beschikt het mogelijk zullen maken om ze van elkaar te onderscheiden. **Het koninklijk besluit van 25 april 2014 houdende de lijst van bijzondere beroepsbekwaamheden voor kinesitherapeuten voerde 6 bijzondere beroepskwalificaties in:**

- **in de cardiovasculaire kinesitherapie;**
- **in de manuele therapie;**
- **in de neurologische kinesitherapie;**
- **in de pediatrie kinesitherapie;**
- **in de pelvische bekkenbodemreëductie en perinatale kinesitherapie;**
- **in de respiratoire kinesitherapie.**

De ministeriële besluiten betreffende de gemeenschappelijke criteria en de bijzondere erkenningscriteria werden ook goedgekeurd in 2014.

Met het oog op het nieuwe contingenteringssysteem dat ingevoerd zal moeten worden, lijkt het aangewezen om het aantal afgestudeerden te blijven opvolgen.

5.2 HET AANTAL AFGESTUDEERDEN

TABEL 25 : JAARLIJKS AANTAL VAN GEDIPLOMEERDEN IN DE KINESITHERAPIE IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

	Vlaamse gemeenschap							
Jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal gediplomeerden (1)	303	268	259	248	289	333	446	589
Aantal Belgische gediplomeerden						326	423	563
Percentages Belgische afgestudeerden in het totale aantal afgestudeerden						98%	95%	96%

(1) Reële aantallen gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid)

TABEL 26 : JAARLIJKS AANTAL VAN GEDIPLOMEERDEN IN DE KINESITHERAPIE IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

	Franse gemeenschap							
Jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal gediplomeerden (Belgen en buitenlanders) (1)	695	1084	929	971	906	803	852	1055
Aantal Belgische gediplomeerden	154	194	204	434	385	425	492	613
Aantal Franse gediplomeerden						361	341	416
Percentages Belgische afgestudeerden in het totale aantal afgestudeerden	22%	18%	22%	45%	46%	53%	58%	58%

(1) Reële aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid)

In de Franse gemeenschap stellen we vast dat het percentage Belgische afgestudeerden in de verschillende cohorten van afgestudeerden varieert. Bijna de helft van de in de Franse gemeenschap gediplomeerde kinesitherapeuten hebben de Franse nationaliteit. De meesten daarvan vragen geen RIZIV-nummer in België ; hun inactiviteit werd vastgesteld dankzij de koppeling van PlankAD-gegevens⁴⁷.

Dat fenomeen wordt gefaciliteerd door de toepassing van **de Europese richtlijn 2005/36/EG** van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, waarvan de bijlage de gelijkwaardigheden tussen landen opsomt van het basisdiploma in de kinesitherapie. Hoewel ze verre van verwaarloosbaar zijn, zijn de effecten van deze richtlijn ook moeilijk beheersbaar, omwille van hun complexiteit.

Enerzijds kan elke kinesitherapeut die in een in deze richtlijn opgesomd land zijn diploma heeft gehaald, zijn diploma laten erkennen als zijnde gelijkwaardig aan het Belgisch diploma in de kinesitherapie, en zijn beroep in België uitoefenen.

Omgekeerd kan elke in België gediplomeerde kinesitherapeut gemakkelijk het land verlaten en zijn beroepskwalificaties laten erkennen door de nationale overheden van de Europese landen die in de Europese richtlijn zijn opgesomd.

⁴⁷ Zie publicatie : *Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt*.

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

Dat fenomeen wordt bevestigd door enerzijds de studie over de aantallen kinesitherapeuten die werd uitgevoerd door het Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) in Frankrijk⁴⁸ en anderzijds door de resultaten van het PlanKAD (*Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2010*).

In die trend kwam verandering vanaf 2010, wanneer de effecten voelbaar worden van het decreet van de Franse gemeenschap van 16 juni 2006 tot regeling van het aantal studenten in sommige cursussen van de eerste cyclus van het hoger onderwijs. Dit decreet is van toepassing sinds 2006 voor de studenten kinesitherapie en beperkt het aantal inschrijvingen voor niet-verblijfhoudenden tot 30% van het aantal in het vorige jaar ingeschreven verblijfhoudenden⁴⁹.

5.3. CONCLUSIES

De planning van het aanbod in de kinesitherapie is niet makkelijk te organiseren, gezien de complexiteit. Er blijven nog heel wat vragen onbeantwoord :

- Wanneer en hoe zal het alternatief voor het selectie-examen ingevoerd worden waarvoor de planningscommissie pleitte om de toegang tot nomenclatuur M te beperken ?
- Waarom zijn er zoveel geselecteerde kinesitherapeuten die niet substantieel onder nomenclatuur M hun beroep uitoefenen ?
- Is er een overvloed aan kinesitherapeuten in andere activiteitssectoren ?
- Hoe moet de planning worden verfijnd zodat er rekening kan worden gehouden met de kwalificaties die voor kinesitherapeuten tijdens hun opleiding toegankelijk zijn, terwijl die kwalificaties geen voorwerp uitmaken van een specifieke erkenning?
- Evolueert het aanbod in de kinesitherapie zodanig dat het in aantal en in kwalificaties beantwoordt aan de toekomstige zorgbehoeften van de bevolking ?

⁴⁸ Serge DARRINE, *Projections du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité en France à l'horizon 2020 Sources, méthode, principaux résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, 2003. Beschikbaar op : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-masseurs-kinesitherapeutes-en-france-situation-en-2002-et-projections-a-l-horizon-2020,4876.html>

⁴⁹ De Europese Commissie heeft een inbreukprocedure opgestart tegen deze wetgeving. Het moratorium dat werd toegekend aan België om te bewijzen dat die beperking noodzakelijk is om het voortbestaan van het gezondheidszorgsysteem te waarborgen loopt af in 2016.

6. BIJLAGEN

6.1 FORMELE ADVIEZEN VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE - MEDISCH AANBOD

6.1.1 ADVIES 2014_01 BETREFFENDE DE PLANNING VAN KINESITHERAPEUTEN (KB VAN 20 JUNI 2005, GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 18 SEPTEMBER 2008 EN 14 OKTOBER 2009)

Formeel advies 2014_01 van de Planningscommissie – medisch aanbod

Overeenkomstig artikel 35novies, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en het koninklijk besluit van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie - medisch aanbod;

Overeenkomstig artikel 10,§1 van het koninklijk besluit van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie-medisch aanbod.

Na geldige beraadslaging brengt de Planningscommissie - medisch aanbod het volgende advies uit:

Advies betreffende het voorstel van alternatief voor de selectieproef kinesitherapeuten :

Deel I: Maatregelen en initiatieven in het onderwijs

Overzicht van de maatregelen die reeds genomen werden door de opleidingen revaki in Vlaanderen (bron : Prof. dr. Dirk Vissers, voorzitter OVUNHOKI)

- Rationalisatie 'revaki' onderwijs in Vlaanderen:
 - . Verandering naar **5 universitaire opleidingen** revaki in Vlaanderen, allemaal met een **3+2 BaMa structuur**
 - . Aanbieden van **gezamenlijke interuniversitaire afstudeerrichtingen in het laatste studiejaar**
- Tegengaan van "eeuwige studenten" en bevorderen van snelle heroriëntatie
 - . Systeem van het **leerkrediet** (inclusief behoud van leerkrediet bij vroegtijdige heroriëntatie)
 - . Gebruik van **studievoortgangsbewaking** : indien 2 opeenvolgende jaren geen 50% van de opgenomen studiepunten in credits worden omgezet volgt een bindend negatief studieadvies;
- Implementatie van een Vlaams Onderwijs en Examenreglement (OER) waarin "**nultolerantie**" vermeld staat (er wordt niet gedelibereerd ; art 22 OER)
- Organiseren van **niet-bindend studieadvies** (op niveau van de afzonderlijke opleidingen) op basis van testen (wiskunde, wetenschappen, leerstijlentest, taalttest,...) en vooropleiding;
- Overleg met het Ministerie van Onderwijs over de participatie van de opleidingen Revaki (mogelijk pilootproject) aan een bredere "**ijkingsproef**" ter oriëntatie van kandidaat-studenten.

Overzicht van de opleidingsstructuur van de kinesitherapie in de Franse gemeenschap (FWB)

Dat kader wordt momenteel hervormd. De FWB heeft recent hetzelfde systeem van leerkredieten ingevoerd. Voortaan gelden gelijkaardige regels in beide gemeenschappen. Wat betreft de studies voor kinesitherapeut : de hervorming van de organisatie van die richting is nog niet afgerond. Die hervorming zal de duur van de studie op 5 jaar brengen. Er werd overleg georganiseerd tussen universiteiten en hogescholen om de modaliteiten voor de samenwerking tussen universiteiten en hogescholen vast te leggen. Er moet eind maart 2014 een einddocument met de synthese van de vergaderingen worden ingediend bij het kabinet van minister Marcourt, zodat die de gepaste maatregelen kan nemen.

Deel II : Voorstel van maatregelen op het terrein

Om het beroep van kinesitherapeut te kunnen reglementeren en organiseren, is het nodig om de privé-praktijk van de kinesitherapie beter te kennen. Om dat te bereiken stelt de werkgroep voor om deze praktijken te registreren, te analyseren en desgevallend de gepaste maatregelen te nemen.

Elke in de huidige regelgeving erkende kinesitherapeut mag de kinesitherapie uitvoeren.

De erkenning van de geregistreerde praktijk is een bijkomende regelgeving in functie van de planning van het aantal zelfstandige praktijken, de mogelijkheden om een praktijktoelage toe te kennen, het bepalen van de praktische kwalitatieve voorwaarden die vereist zijn voor de uitoefening van een zelfstandige praktijk en het opnemen van een stage in de voorwaarden tot het uitoefenen van een zelfstandige praktijk.

De praktische uitvoering van de registratie van de zelfstandige praktijken in de kinesitherapie dient voorafgaandelijk besproken te worden in de Nationale Raad voor de Kinesitherapie (FOD Volksgezondheid), in de Technische Raad voor de Kinesitherapie en in de Overeenkomstencommissie (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering).

Deel III : Opmerkingen van de werkgroep

De moeilijkheid wat betreft de planning van dit beroep ligt hoofdzakelijk in het feit dat een kinesitherapeut zijn activiteit mag 'spreiden' over verschillende sectoren en over verschillende types verstrekkingen, en daarbij het statuut van loontrekkende en dat van zelfstandige mag combineren. Om die geregistreerde kinesitherapie-praktijken goed te kunnen organiseren, moet men de verdeling van de workforce kennen, op basis van een relevante indicator. De registratie van die kinesitherapiepraktijken zal meteen de vereiste en nauwkeurige gegevens opleveren.

Net zoals de selectieproef die werd ingevoerd in 2005, valt de overwogen maatregel binnen het kader van het RIZIV en niet binnen het kader van KB nr. 78.

Momenteel bestaat de registratie van de praktijken niet in de voorziene vorm. In de overeenkomst met de kinesitherapeuten vermeldt het RIZIV echter de voorwaarden om het beroep uit te oefenen onder nomenclatuur M. Het is op dat vlak dat een bijkomende vereiste toegevoegd zou kunnen worden door de overeenkomstencommissie.

De vereiste stage zal verschillen van de stages die worden uitgevoerd om het diploma van kinesitherapeut te behalen of één van de bijzondere beroepsbekwaamheden gedefinieerd door de NRK. De kwaliteit van de stageplaatsen moet ook verzekerd worden, en er moet gezorgd worden voor het behoud van de toestemming om het beroep uit te oefenen onder nomenclatuur M.

Aantal bladzijden (inclusief dit blad): 5

Dit advies werd aanvaard met de volgende quorums:

Totaal aantal stemmen: 15

Stemmen voor: 14

Stemmen tegen: 0

Onthouding: 1

Onderhavig advies werd staande de vergadering goedgekeurd.

Plaats en datum van de vergadering: Brussel, 6 mei 2014

Patrick Helderweirt
Wvd. voorzitter.

Aurélia Somer
Secretaris

6.2. UITTREKSEL UIT DE BIJZONDERE WET VAN 6 JANUARI 2014

Art. 6. In artikel 5, § 1, van dezelfde bijzondere wet, gewijzigd bij de wetten van 8 augustus 1988 en 16 juli 1993, wordt de bepaling onder I vervangen als volgt :

"I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

1° (....)

7° wat betreft de gezondheidszorgberoepen :

- a) hun erkenning met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsvoorwaarden;
- b) hun contingentering, rekening houdende, in voorkomend geval, met het globale aantal dat de federale overheid per gemeenschap jaarlijks kan vastleggen voor de toegang van elk van de gezondheidszorgberoepen;

(...)

6.3 EVOLUTIE VAN DE WETGEVING INZAKE PLANNING

In 2014 werd één enkele wettekst gepubliceerd ; het betreft de bijzondere wet van 6 januari 2014 die de gemeenschappen de bevoegdheid verleent om zelf de subquota vast te leggen.

De volgende lijst omvat thematisch en chronologisch de juridische basis van de planning van het aanbod van de gezondheidszorgberoepen in België. De teksten die van kracht zijn in 2014 staan in het grijs aangeduid.

WERKING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE	
10 oktober 1967	Koninklijk besluit nr. 78 betreffende de beoefening van de gezondheidszorgberoepen.
2 juli 1996	Koninklijk besluit tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie - medisch aanbod (gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 29 augustus 1996).
3 mei 1999	Koninklijk besluit houdende wijziging van het koninklijk besluit van 2 juli 1996 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Planningscommissie - medisch aanbod.
3 mei 1999	Koninklijk besluit tot uitbreiding van de bevoegdheid van de Planningscommissie-medisch aanbod tot het paramedisch beroep van logopedist.
3 mei 1999	Koninklijk besluit tot uitbreiding van de bevoegdheid van de Planningscommissie-medisch aanbod tot de uitoefening van het beroep van vroedvrouw.
3 mei 1999	Koninklijk besluit tot uitbreiding van de bevoegdheid van de Planningscommissie-medisch aanbod tot de beoefening van de verpleegkunde.
8 maart 2007	Huishoudelijk reglement van de Planningscommissie-medisch aanbod <i>(geen publicatie in het Belgisch Staatsblad)</i> .
15 maart 2010	Koninklijk besluit houdende benoeming van de leden van de Planningscommissie-medisch aanbod.
Bijzondere wet van 6 januari 2014	Bijzondere Wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming

CONTINGENTERING	
ARTSEN	
29 augustus 1997	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
7 november 2000	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
10 november 2000	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
30 mei 2002	Koninklijk besluit betreffende de planning van het medisch aanbod.
11 juli 2005	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod.
8 december 2006	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod.
12 juni 2008	Koninklijk besluit betreffende de planning van het medisch aanbod.
7 mei 2010	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.
1 september 2012	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.
TANDARTSEN	
29 augustus 1997	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
9 januari 2000	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels.
30 mei 2002	Koninklijk besluit betreffende de planning van de tandheelkunde.
25 april 2007	Koninklijk besluit betreffende de planning van de tandheelkunde.
28 november 2008	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2007 betreffende de planning van de tandheelkunde.
19 augustus 2011	Koninklijk besluit betreffende de planning van de tandheelkunde.

KINESITHERAPEUTEN	
7 oktober 2003	Koninklijk besluit betreffende de planning van de kinesithérapie.
20 juni 2005	Koninklijk besluit tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesithérapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
18 september 2008	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesithérapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
14 oktober 2009	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesithérapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging.
2 september 2010	Ministerieel besluit tot vaststelling voor het jaar 2010 van de materie van het vergelijkend examen voor de selectie van de erkende kinesithérapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen
31 augustus 2011	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesithérapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
26 september 2013	Koninklijk besluit tot afschaffing van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesithérapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen
VERPLEEGKUNDIGEN	
	Er bestaat geen wetgeving over de contingentering van verpleegkundigen.

6.4 INVENTARIS VAN DE PUBLICATIES VANAF 2009

De lijst hieronder toont de publicaties die in het kader van de Planningscommissie vanaf 2009 werden uitgevoerd. Deze publicaties zijn beschikbaar op de website :

www.gezondheid.belgie.be/hwf > Publicaties

JAARLIJKSE PUBLICATIES	
Vanaf 2008	STATAN : Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorg beroepen in België
Vanaf 2008	RAPAN : Jaarverslag van de Planningscommissie - medisch aanbod
THEMATISCHE PUBLICATIES	
2015	<i>Syntheserapport Artsen op de arbeidsmarkt, 2004-2012, Werkgroep artsen van de Planningscommissie – medisch aanbod & Cel Planning.</i>
2015	Eindrapport over de koppeling van de PlanKAD-gegevens voor de beroepsgroep van de artsen: <i>Artsen op de arbeidsmarkt, 2004-2012, Cel Planning.</i>
2015	<i>Artsen: internationale mobiliteit, Cel Planning.</i>
2015	<i>Huisartsen: heroriëntatie van de carrière, Cel Planning.</i>
2014	<i>Het effect van de dubbele cohorte op de stageplaatsen in de geneeskunde, Cel Planning.</i>
2014	<i>Schema van het traject dat gezondheidswerkers afleggen om hun beroep in België uit te oefenen vanaf 1 juli 2014, Cel Planning.</i>
2014	Eindrapport van de PlanKAD gegevenskoppeling voor de beroepsgroep van de kinesitherapeuten: <i>Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2010, Cel Planning.</i>
2014	Eindrapport van de PlanKAD gegevenskoppeling voor de beroepsgroep van de verpleegkundigen: <i>Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt 2004-2009, Cel Planning.</i>
2014	<i>Ondersteuning van de workforce in de huisartsgeneeskunde en performantie-indicatoren van de oriëntatie van de nieuwe artsen naar de huisartsgeneeskunde, Cel Planning.</i>
2014	<i>Schema van het traject dat gezondheidswerkers afleggen om hun beroep in België uit te oefenen tot 30/06/2014, Cel Planning.</i>

2013	<i>Het beroep van loontrekkende kinesitherapeut in de sector van de gezondheidszorg, IPSOS.</i>
2013	<i>Onderzoeksrapport Prospectief onderzoek met het oog op de erkenning van het beroep van logopedist, Cel Planning.⁵⁰</i>
2012	<i>Eindrapport bevraging artsen specialisten, MAS.</i>
2011	<i>Basisscenario kinesitherapeuten 2010 (S_000242) (S_000243), Cel Planning.</i>
2010	<i>Samenvatting bevraging 4 gezondheid beroepsgroepen, MAS.</i>
2010	<i>Synthese bevraging artsen-specialisten, MAS.</i>
2010	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep artsen-specialisten, MAS.</i>
2010	<i>Synthese bevraging verpleegkundigen, MAS.</i>
2010	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep verpleegkundigen, MAS.</i>
2010	<i>Basisscenario artsen 2009, Cel Planning.</i>
2009	<i>BEHAT2008 : Technisch rapport over het behoud van erkenning van de huisartsen, Cel Planning.</i>
2009	<i>Synthese bevraging tandartsen, MAS.</i>
2009	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep tandartsen, MAS.</i>
2009	<i>Synthese bevraging kinesitherapeuten, MAS.</i>
2009	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep kinesitherapeuten, MAS.</i>

⁵⁰ Beschikbaar op www.gezondheid.belgie.be > Gezondheidszorg > Gezondheidszorgberoepen > Paramedici > Projecten, studies, en statistieken