

COLOFON

Projectverantwoordelijke: Aurélia Somer

Werkgroep en redactie verslag:

Antoon De Geest, Pascale Steinberg, Veerle Vivet, Anne Delvaux, Hélène Mimilidis, Christelle Durand, Peter Jouck, Pieter-Jan Miermans



Directoraat-generaal (DG) Gezondheidszorg: Pedro Facon, Directeur-generaal

Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening: Aurélia Somer, Diensthoofd

Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen: Pascale Steinberg, Celhoofd

Verantwoordelijke uitgever:

Tom Auwers, 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@health.belgium.be

<http://www.sante.publique.be/hwf>

Ce rapport est également disponible en français.

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

Jaarverslag 2016 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, 2017.

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegelaten mits bronvermelding.

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

Wettelijk depot: D/2017/2196/30



JAARVERSLAG 2016 VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE – MEDISCH AANBOD

Opvolging van de planning van het medisch aanbod in België

- *DE PLANNINGSCOMMISSIE – MEDISCH AANBOD IN 2015;*
- *STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING:*
 - *ARTSEN,*
 - *TANDARTSEN,*
 - *KINESITHERAPEUTEN.*

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding	7
2. De Planningscommissie medisch aanbod in 2016	10
2.1. Samenstelling.....	10
2.2. Werking van de Planningscommissie	11
2.2.1. De plenaire vergaderingen van de Planningscommissie.....	11
2.2.2. Uitgebrachte adviezen	14
2.2.4. Het Bureau	15
2.2.5. De werkgroepen.....	16
2.2.5.1. De wetenschappelijke werkgroep.....	16
2.2.5.2. De werkgroep « Artsen »	17
2.2.5.3. De werkgroep « Tandartsen ».....	22
2.2.5.4. De werkgroep « Kinesitherapeuten »	25
2.2.5.5. De werkgroep « Verpleegkundigen ».....	26
2.2.5.6. De werkgroep « Vroedvrouwen »	27
2.3. Het meerjarenplan PLAN 2016-2018 en zijn stand van zaken	28
2.3.1. Structuur van het meerjarenplan.....	28
2.3.2. Semestriële programmatie van het meerjarenplan.....	29
2.3.3. Voortgang van het meerjarenplan PLAN2016-2018 tijdens het jaar 2016.....	32
2.4. Het Kadaster en de verrijking van het kadaster	35
2.4.1. Het kadaster: de gemachtigde beoefenaars	35
2.4.2. Het verbeterd kadaster (« PlanKad »): de actieve beoefenaars	38
2.4.2.1. Doel en methode van het project « PlanKad »	38
2.4.3. Voortgang van de analyse van het verbeterd kadaster (« PlanKad »).....	41
2.4.3.1. PlanKad « Verpleegkundigen »	41
2.4.3.2. PlanKad « Kinesitherapeuten »	41
2.4.3.3. PlanKad « Artsen » en « Tandartsen »	41

2.4.3.4. PlanKad « Vroedvrouwen »	42
2.4.4. Het projectiemodel van de beroepsbevolking van de Planningscommissie medisch aanbod	42
2.4.5. Evolutie van de workforce: basis- en alternatieve scenario's.....	45
2.4.5. Interne studies per beroepsgroep of problematiek.....	46
2.5. Joint action on Health Workforce Planning and Forecasting	47
2.6. Evolutie van het algemeen wettelijk kader in 2014: De zesde staatshervorming	49
2.6.1. Wijzigingen ingevoerd door de 6de staatshervorming	49
2.6.2. Impact op het vastleggen van de quota van de contingentering	49
3. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Artsen	50
3.1. De principes van de contingentering van de gezondheidszorgberoepen	50
3.2. De contingentering van de artsen	51
3.3. Het verwachte aantal afgestudeerden	58
3.4. De realisatie van de contingentering van de artsen.....	63
3.5. Toekomstprojecties: Welke overschrijdingen aan het einde van de afvlakking in 2018?	73
3.6. Conclusies	76
4. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Tandartsen	77
4.1. De contingenteringsprincipes van de gezondheidszorgberoepen	77
4.2. De contingentering van de tandartsen.....	78
4.3. Het verwachte aantal afgestudeerden	81
4.4. De realisatie van de contingentering van de tandartsen	84
4.5. Conclusies	88
5. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Kinesitherapeuten .	89
5.1. De contingentering van de kinesitherapeuten	89
5.2. Het aantal gediplomeerden.....	90
5.3. Conclusies	91
6. Bijlagen	92

6.1. Formele adviezen van de Planningscommissie medisch aanbod.....	92
6.1.1. Formeel advies 2016_01 van de Planningscommissie medisch aanbod aangaande de Planning van het aanbod van de tandheerkunde tot wijziging van het KB van 25 april 2007.	92
6.1.2. Formeel advies 2016_02 van de Planningscommissie medisch aanbod betreffende de contingentering van de artsen: federaal quotum dat betrekking heeft op België en de Gemeenschappen voor het jaar 2022 tot wijziging van het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod	94
6.2. Uittreksel uit de bijzondere wet van 6 januari 2014	98
6.3. Evolutie van de wetgeving inzake planning.....	98
6.4. Inventaris van de publicaties vanaf 2009	102

TABELLENLIJST

Tabel 1: Beroepstitels, beroepsbekwaamheden en beroepen - koninklijk besluit van 19 mei 2015.....	7
Tabel 2: Lijst van de paramedische beroepen	8
TABEL 3: CONTINGENTEN VAN ARTSEN MET TOEGANG TOT BEPAALDE BIJZONDERE BEROEPSTITELS, VOLGENS HET KB VAN 29 AUGUSTUS 1997.....	51
Tabel 4: 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.....	51
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 België.....	53
Tabel 6: 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.....	53
Tabel 7: 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.....	54
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 België.	56
Tabel 9: 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.....	56
Tabel 10: 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.....	57
Tabel 11: Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde in de Vlaamse gemeenschap.....	59
Tabel 12: Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde in de Franse gemeenschap.....	59
Tabel 13: De realisatie van de contingentering van de artsen in de Vlaamse gemeenschap: globaal overzicht	66
Tabel 14: De realisatie van de contingentering van de artsen in de Franse gemeenschap: globaal overzicht	68
Tabel 15: De realisatie van de contingentering van de artsen voor België: globaal overzicht.....	70

Tabel 16: Aantal vrijstellingen in 2016, per gemeenschap en voor België.....	72
Tabel 17: Vlaamse gemeenschap: vaststelling en projectie van de contingentering.....	74
Tabel 18: Franse gemeenschap: vaststelling en projectie van de contingentering.....	75
Tabel 19: Jaarlijkse quota tandartsen (KB van 19/08/2011 en volgende).....	79
Tabel 20: Toestand van de contingentering van de tandartsen in de Vlaamse gemeenschap (Belgen + buitenlanders).	81
Tabel 21: Toestand van de contingentering van de tandartsen in de Franse gemeenschap rekening houdend met alle afgestudeerden (Belgen + buitenlanders).	81
Tabel 22: Toestand van de contingentering van de tandartsen in de Franse gemeenschap met onderscheid tussen de Belgische gediplomeerden en gediplomeerden uit de Europese Unie....	83
Tabel 23: Aantal geregistreerde stageplannen van tandartsen met een Belgisch diploma behaald sinds 01/01/2008.....	85
Tabel 24: Vlaamse gemeenschap: aantal stageplannen van de tandartsen gediplomeerd vanaf 01/01/2008 en realisatie van de contingentering aan de hand van een afvlakking (KB 19 augustus 2011).....	86
Tabel 25: Franse gemeenschap: aantal stageplannen van de tandartsen gediplomeerd vanaf 01/01/2008 en realisatie van de contingentering aan de hand van een afvlakking (KB 19 augustus 2011).....	86
Tabel 26: Gecumuleerd overschot van de opvulling van de quota van de tandartsen vanaf 01/01/2008.	87
Tabel 27: Jaarlijks aantal gediplomeerden in de kinesitherapie in de Vlaamse gemeenschap.....	90
Tabel 28: Jaarlijks aantal gediplomeerden in de kinesitherapie in de Franse gemeenschap.....	90

1. INLEIDING

De planning van het aanbod van de gezondheidszorgbeoefenaars is al 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 van 10 november 1967 betreffende de beoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Artikel 91, §2 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen [houdende coördinatie van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967] benadrukt dat de opdracht van de Planningscommissie erin bestaat de behoeften inzake medisch aanbod na te gaan en te bepalen met betrekking tot de beroepen vermeld in de artikelen 3, §1, en 4 (dat wil zeggen de geneeskunde en de tandheelkunde), en dat rekening houdend met de evolutie van de behoeften inzake medische zorgen, de kwaliteit van de zorgverstrekking, en de demografische en de sociologische evolutie van de betrokken beroepen. De Commissie evalueert, in dat kader en op een continue wijze, de weerslag die de evolutie van deze behoeften heeft op de toegang tot de studies voor de beroepen bedoeld in de artikelen 3, §1, en 4 (geneeskunde en tandheelkunde). De Commissie dient jaarlijks ook een verslag op te stellen over de relatie tussen de behoeften, studies, en de doorstroming tot de stages die vereist zijn met het oog op het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels bedoeld in artikel 85 en de beroepstitel bedoeld in artikel 43, §3.

In artikel 85 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 is bepaald dat de Koning de bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de in de artikelen 3, §1, 4, 6, 23, §2, eerste lid, 43, 45, 63 en 69 van dezelfde wet bepaalde beoefenaars vaststelt.

Concreet hebben de hierboven vermelde reglementaire bepalingen betrekking op de volgende beroepstitels, beroepsbekwaamheden en beroepen:

TABEL 1: BEROEPSTITELS, BEROEPSBEKWAAMHEDEN EN BEROEPEN - KONINKLIJK BESLUIT VAN 19 MEI 2015.

Geneeskunde	Artikel 3, §1
Tandheelkunde	Artikel 4
Artsenijbereidkunde	Artikel 6
Klinische biologie voor houders van het wettelijk diploma van apotheker of van licentiaat in de scheikundige wetenschappen	Artikel 23, §2, lid 1
Kinesitherapie	Artikel 43, §3
Verpleegkunde	Artikel 45
Zorgkundige	Artikel 56
Vroedvrouw	Artikel 63
Hulpverlener-ambulancier	Artikel 65
Paramedische beroepen	Artikel 69

TABEL 2: LIJST VAN DE PARAMEDISCHE BEROEPEN

Farmaceutisch-technisch assistent	Het koninklijk besluit 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 1 september 2010.
Diëtist	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 1 september 2010.
Audioloog Audicien	KB van 4 juli 2004 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van audioloog en van audicien en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de audioloog en de audicien door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor erkenning van dit beroep is in werking getreden op 2 januari 2012.
Ergotherapeut	KB van 8 juli 1996 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van ergotherapeut en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning voor dit beroep is in werking getreden op 2 januari 2012.
Logopedist	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 voor dit beroep is in werking getreden op 2 april 2013.
Orthoptist	KB van 24 november 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van orthoptist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de orthoptist door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning voor dit beroep is in werking getreden op 2 april 2013.
Bandagist, orthesist en prothesist	KB van 6 maart 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van bandagist, van orthesist, van prothesist en houdende vaststelling van

	de lijst van technische prestaties en de lijst van handelingen waarmee een bandagist, orthesist, prothesist door een arts kan worden belast. Die beroepen maken elk het voorwerp uit van een erkenning afgeleverd door het RIZIV.
Medisch laboratorium technoloog	KB van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning voor dit beroep is in werking getreden op 22 december 2013.
Podoloog	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 de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de podoloog door een arts kan worden belast. De toepassing van de erkenningsprocedures voor dit beroep is nog niet in werking getreden. Dit beroep maakt het voorwerp uit van een erkenning afgeleverd door het RIZIV.
Technoloog medische beeldvorming	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 laatste door een arts kan worden belast. De toepassing van de procedures voor ministeriële erkenning voor dit beroep is in werking getreden op 22 december 2013.

De verwachtingen van de wetgever zijn groot. Niettemin werden niet alle bovengenoemde beroepen in 2016 besproken binnen de Planningscommissie.

De activiteiten van de Planningscommissie medisch aanbod waren in 2016 vooral gericht op de ontwikkeling en de validering van de basisscenario's « Artsen » en « Tandartsen », en op de vaststelling van het quotum 2022 voor de artsen en 2021 voor de tandartsen. De werkgroep Vroedvrouwen kwam ook samen om de gegevenskoppeling 'Vroedvrouwen' op te starten.

Het **eerste deel** van dit jaarverslag geeft een synthese van de werkzaamheden van de Planningscommissie in 2016 (hoofdstuk 2).

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 (hoofdstuk 3), de tandartsen (hoofdstuk 4) en de kinesitherapeuten (hoofdstuk 5).

2. DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD IN 2016

2.1. SAMENSTELLING

De leden, de secretaris en de voorzitter van de Planningscommissie medisch aanbod worden benoemd door de Koning.

Het koninklijk besluit van 16 juni 2015 houdende benoeming van de leden en van de voorzitter van de Planningscommissie medisch aanbod (BS 2/7/2015) heeft de samenstelling van de Planningscommissie goedgekeurd voor een periode van 5 jaar vanaf 2 juli 2015.

Een koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 juni 2015 houdende benoeming van de leden en van de voorzitter van de Planningscommissie medisch aanbod heeft op datum van 19 april 2016 Mevr. Hens en Dhr. Krott aangesteld ter vervanging van ontslagnemende leden.

Voorzitter: Mevr. Brigitte VELKENIERS is voor een periode van vijf jaar benoemd als voorzitter van de Planningscommissie medisch aanbod, op voordracht van de minister bevoegd voor Volksgezondheid.

Secretaris: Mevr. Aurélia SOMER

Planningscommissie – voornaamste kern (effectieve en plaatsvervangende leden):

ORGANISATIE	EFFECTIEF LID	PLAATSVERVANGEND LID
Universitaire instellingen van de Vlaamse gemeenschap	PEREMANS, Lieve	DE MAESENEER, Jan
	GOFFIN, Jan	DE SCHUTTER, Iris
Universitaire instellingen van de Franse gemeenschap	HERMANS, Cédric	GARIN, Pierre
	COGAN, Elie	DE WEVER, Alain
Intermutualistisch College	VAN DEN OEVER, Rob	SCHENKELAARS, Jean-Pierre
	HENS, Evelyne	VERGISON, Anne
	CEUPPENS, Ann	DE BRUYN, Benjamin
Beroepsorganisaties van huisartsen	LEMYE, Roland	ORBAN, Thomas
	HOFFMAN, Peter	VAN OVERLOOP, Maaïke
Beroepsorganisaties van geneesheren-specialisten	MASSON, Michel	MOENS, Marc
	BERNARD, DIRK	DESCHIETERE, Gérald
Beroepsorganisaties van tandartsen	DEVRIESE, Michel	VAN CLEYNENBREUGEL, Diane
	VANDEVELDE, Marijke	DE VOS, Eddy
Minister van Volksgezondheid	DEVROEY, Dirk	WINNEN, Bert
	BROTCHI, Jacques	GODIN, Jean-Noël
Minister van Sociale Zaken	DAUBIE, Mickael	LEROUX-ROELS, Isabel
Vlaamse gemeenschap	PEETERMANS, Willy	VANDERSTRAETEN, Guy
Franse gemeenschap	LEFEBVRE, Philippe	HUSDEN, Yolande
Duitstalige gemeenschap	WARLAND, Olivier	KROTT, Philippe
Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)	MEEUS, Pascal	GHILAIN, Alain
Beroepsorganisaties van kinesitherapeuten	VANDENBREEDEN, Johan	CALUWE, Kim
	GRUWEZ, François	BRIART, Christian
Experts uit de beroepssector van de kinesitherapie voorgesteld door de minister van Volksgezondheid	BRASSINE, Éric	LIEVENS, Pierre-Olivier
	VAN USSEL, Sophie	DIELEMAN, Luk
Beroepsorganisaties van verpleegkundigen	VANHEUSDEN, Heidi	PAQUAY, Louis
	HANS, Sabine	MENGAL, Yves

Experts uit de beroepssector van de verpleegkunde voorgesteld door de minister van Volksgezondheid	LOTHAIRE, Thierry	STORDEUR, Sabine
	BRUYNEEL, Luc	VANDEVELDE, Luc
Beroepsorganisaties van vroedvrouwen	WITTROUW, Vanessa	LAVIGNE, Marie-Paule
	DE KOSTER, Katelijne	GOETVINCK, Krista
Experts uit de beroepssector van de vroedvrouwen voorgesteld door de minister van Volksgezondheid	EMBO, Mieke	VERMEULEN, Joeri
	CASTIAUX, Geneviève	NISET, Anne
Beroepsorganisaties van logopedisten	DE MEYERE, Pol	BOEY, Ronny
	PIETTE, Annick	DUCHATEAU, Dominique
Experts uit de beroepssector van de logopedie voorgesteld door de minister van Volksgezondheid	LEFEVERE, Stefaan	MARYN, Youri
	STEGEN, Françoise	CLOETS, Marie-Claire

Minister van Sociale Zaken en van Volksgezondheid: Mevr. M. DE BLOCK

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, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 mei 1999, 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 de punten die op de agenda staan.

Ter herinnering, de beroepsgroepen die werden uitgenodigd op de plenaire vergadering worden bepaald in functie van de agenda.

Worden systematisch uitgenodigd:

- de vertegenwoordigers van de universitaire instellingen van elke gemeenschap
- de vertegenwoordigers van het Intermutualistisch College
- de vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van de huisartsen
- de vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van de artsen-specialisten
- de vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van de tandartsen
- de vertegenwoordigers van de Vlaamse gemeenschap
- de vertegenwoordigers van de Franse gemeenschap
- de vertegenwoordigers van de Duitstalige gemeenschap
- de vertegenwoordigers van het RIZIV
- de vertegenwoordigers van de minister van Sociale Zaken
- de vertegenwoordigers van de minister van Volksgezondheid

Het is belangrijk om te weten dat de vertegenwoordigers van de andere beroepsgroepen (kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten) enkel worden uitgenodigd als één van de agendapunten betrekking heeft op hen.

Wat de plenaire vergadering betreft, zijn de meeste vertegenwoordigers stemgerechtigd. De vertegenwoordigers van de gemeenschappen en van het RIZIV hebben een raadgevende stem. Bovendien hebben enkel de effectieve leden stemrecht. De plaatsvervangende leden mogen deelnemen aan alle vergaderingen, maar hebben enkel stemrecht in afwezigheid van het overeenstemmend effectief lid. Voor de representatieve beroepsorganisaties hebben enkel de artsen en de tandartsen stemrecht over de onderwerpen die geen verband houden met hun beroep. De (effectieve of plaatsvervangende) vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de vroedvrouwen en de logopedisten worden enkel uitgenodigd op vergaderingen als die betrekking hebben op hun beroep.

De werkzaamheden worden uitgevoerd binnen verschillende werkgroepen. Het is in die werkgroepen dat de 'preadviezen' worden uitgewerkt die vervolgens worden gevalideerd in de plenaire vergadering. Binnen de werkgroepen – waarvoor leden van buiten de Planningscommissie mogen worden uitgenodigd – wordt er bij het opstellen van de 'preadviezen' een systeem van consensus gehanteerd. Als het niet mogelijk is om tot een consensus te komen, legt de voorzitter van de werkgroep het meerderheidsadvies voor en geeft hij aan wat het minderheidsstandpunt is aan de plenaire, die het advies definitief zal valideren.

De Commissie heeft **in de loop van het jaar 2016 één plenaire vergadering** georganiseerd.

De belangrijkste werkzaamheden van de plenaire van **26/04/2016** bestonden erin **de (resultaten van de) basisscenario's « Artsen » en « Tandartsen » te valideren, het artsenquotum vast te leggen voor het jaar 2022, en het tandartsenquotum voor het jaar 2021.**

Op vraag van de Minister werden de adviezen aangaande de artsen en de tandartsen (en dus de stemming van de quota) met hoogdringendheid vastgesteld om het tijdsverloop te verkorten tussen de goedkeuring van die adviezen en de publicatie van de overeenkomstige koninklijke besluiten.

Validering van de basisscenario's « Artsen »

Het basisscenario wordt opgesteld door - voor de in overweging genomen parameters – waarden te nemen die gebaseerd zijn op de vastgestelde historische trends.

In dat kader houdt de evolutie van het *aanbod artsen* rekening met de voorraad actieven, waarvan de uitstroom (overlijdens, pensioen) wordt afgetrokken, en waaraan de nieuwe afgestudeerden in België worden toegevoegd, maar ook de instroom van in het buitenland gediplomeerde beroepsbeoefenaars.

De evolutie van de *zorgvraag* wordt bepaald op basis van het aantal, de structuur per leeftijd en per geslacht van de bevolking, en de zorgconsumptie (op basis van de terugbetalingen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering) eigen aan elk stratum.

Het mathematisch projectiemodel (basisscenario) heeft het mogelijk gemaakt becijferde projecties uit te voeren aangaande de evolutie van de workforce (evolutie van het aantal actieve artsen en hun dichtheid ten opzichte van de bevolking) « bij ongewijzigde omstandigheden en bij ongewijzigd beleid ». Die projecties werden opgenomen in 29 gedetailleerde rapporten (1 per bijzondere beroepstitel) en 2 syntheserapporten. Al deze rapporten werden unaniem gevalideerd tijdens de vergadering.

Validering van de quota « Artsen » (2022)

Tussen 10/12/2015 en 12/04/2016 heeft de Werkgroep Artsen: de waarde van de parameters van het mathematisch projectiemodel (basisscenario) gevalideerd, opmerkingen geformuleerd en de verslagen gevalideerd met de resultaten van het basisscenario voor elke bijzondere beroepstitel (29 gedetailleerde verslagen en 2 syntheseverslagen), de specialismen met een overschot en met een tekort geïdentificeerd, en tot slot het federaal quotum 2022 vastgelegd.

De quota werden bepaald in consensus, op basis van de resultaten van de PlanKad-gegevenskoppeling (gegevens uit de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen die hun beroep mogen uitoefenen of « Kadaster », gegevens over de RIZIV-activiteiten van de zorgverstrekkers en gegevens van Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming van de Kruispuntbank van de sociale zekerheid) en van de toekomstprojecties van de workforce artsen, gekoppeld aan de zorgnoden van de bevolking (basisscenario van het mathematisch projectiemodel).

De aldus vastgelegde quota hebben als doel de stabiliteit van de medische workforce te garanderen op middellange termijn. In dat kader werd er rekening gehouden met de vastgestelde en verwachte trends (projecties) wat betreft de evolutie van het aantal actieve beroepsbeoefenaars in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, hun dichtheid ten opzichte van de bevolking (huidig en toekomstig), de zorgconsumptie van de bevolking (huidig en toekomstig), en het aantal artsen in opleiding (instroom via stage).

Om het globale quotum vast te stellen, heeft de Planningscommissie de evolutie van het aantal actieve artsen per specialisme onderzocht en aangegeven voor welke specialismen de evolutie een probleem zou kunnen opleveren (overschot of tekort). In geval van een overschot werd het minimale instroomsценario van de laatste drie jaar weerhouden. In geval van een tekort werd het maximale instroomsценario van de laatste drie jaar weerhouden. Tot slot werd voor de specialismen met een groot risico het aantal bij consensus vastgesteld binnen de werkgroep.

Het federaal quotum werd uitgewerkt per gemeenschap door de verkregen aantallen per specialisme op te tellen. De som van die aantallen levert een saldo op van 1320 artsen voor het globale quotum van 2022, met 745 artsen voor de Vlaamse gemeenschap en 575 voor de Franse gemeenschap. Hoewel het federale niveau voortaan enkel bevoegd is voor het globale quotum, neemt de Commissie – met het oog op transparantie en informatie –, in haar formeel advies aangaande het federaal quotum 2022 voor de artsen (cf. « 2.2.2. UITGEBRACHTE ADVIEZEN »), toch de details op van de quota per bijzondere beroepstitel en per gemeenschap.

Het federale quotum 2022 voor de artsen werd gevalideerd met 10 stemmen op 12 (cf. « 2.2.2. UITGEBRACHTE ADVIEZEN »).

Validering van de basisscenario's « Tandartsen »

De belangrijkste resultaten aangaande de basisscenario's voor de drie beschouwde beroepstitels (algemeen tandarts, specialist in de parodontologie en in de orthodontie) worden weergegeven in drie gedetailleerde verslagen en een syntheseverslag.

Die verschillende documenten werden unaniem gevalideerd door de werkgroep Tandartsen.

De basisscenario's geven aan dat de workforce een verschillende evolutie kent in de twee gemeenschappen van het land. Bijvoorbeeld, de evolutie van de algemene tandartsen, aan Nederlandstalige kant, zou kunnen leiden tot een tekort in het aanbod. Omgekeerd wijst de evolutie bij de parodontologen op een risico op een overschot. Er wordt opgemerkt dat de verstrekkingen van de algemene tandartsen die gemachtigd zijn om een aantal prestaties uit te voeren, met inbegrip van de orthodontie en de parodontologie, in werkelijkheid een deel van de verstrekkingen « verbergen » van de twee andere specialismen, die vrij recent zijn.

Het project om taken te delegeren aan mondzorgassistenten (« mondhygiënist » genoemd op internationaal niveau) wordt eveneens vermeld en moet in rekening worden gebracht voor het opstellen van de alternatieve scenario's. Die opleiding werd ingevoerd in de Vlaamse gemeenschap in september 2016. De eerste afgestudeerden moeten op de arbeidsmarkt komen in 2019.

Validering van de quota « Tandartsen » (2021)

De quota vastgesteld door de werkgroep Tandartsen werden bepaald op basis van de resultaten van het basisscenario voor elke bijzondere beroepstitel (3 gedetailleerde verslagen en 1 syntheseverslag) en van de resultaten verkregen voor elke Gemeenschap.

Het federaal quotum 2021 betreffende het aantal kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding met het oog op een bijzondere beroepstitel werd vastgesteld op 188 tandartsen op federaal niveau, waarvan 116 tandartsen voor de Vlaamse gemeenschap en 72 tandartsen voor de Franse gemeenschap. Hoewel het federale niveau voortaan alleen bevoegd is voor het globale quotum, geeft de Commissie in haar advies ook informatie per bijzondere beroepstitel en per gemeenschap (cf. « 2.2.2. UITGEBRACHTE ADVIEZEN). Voor de tandartsen geeft ze – met het oog op transparantie en het delen van informatie – ook relevante indicaties aan de Gemeenschappen die bevoegd zijn om hun respectievelijke subquota vast te stellen.

Het federaal quotum 2021 voor de tandartsen werd unaniem gevalideerd (cf. « 2.2.2. UITGEBRACHTE ADVIEZEN

2.2.2. UITGEBRACHTE ADVIEZEN

De werkzaamheden van 2016 resulteerden in **twee formele adviezen**, die werden bezorgd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

LIJST VAN FORMELE ADVIEZEN¹	
2016	Formeel advies 2016_01 van de Planningscommissie medisch aanbod. De planning van het aanbod van de tandheelkunde tot wijziging van het KB van 25 april 2007.
2016	Formeel advies 2016_02 van de Planningscommissie medisch aanbod. Advies betreffende de contingentering van de artsen: federaal quotum dat betrekking heeft op België en de Gemeenschappen voor het jaar 2022 tot wijziging van het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.

¹ De tekst van deze adviezen werd integraal opgenomen in bijlage.

2.2.4. HET BUREAU

De belangrijkste taak van het Bureau bestaat erin de plenaire vergadering van de Planningscommissie voor te bereiden. Het Bureau is in 2016 **drie keer** bijeengekomen, op **05/02/2016**, **12/09/2016** en **19/12/2016**.

Tijdens de **vergadering van 05/02/2016** hebben de leden van het Bureau gediscussieerd over een aantal thema's, hoofdzakelijk het valideren van het meerjarenplan 2016-2018 en de plenaire van 26/04/2016.

Nadat er enkele aanpassingen werden doorgevoerd, werd het meerjarenplan gevalideerd. Gezien het vele werk, wordt de organisatie van het colloquium voor de 20 jaar van de planning uitgesteld. Er zal ook een punt worden toegevoegd om in te gaan op de noodzakelijke synergie tussen de Planningscommissie en de andere federale Raden en Commissies.

Voor de plenaire van 26 april 2016 zijn de punten op de agenda: het vaststellen van het quotum « Artsen » voor het jaar 2022 en van het quotum « Tandartsen » voor het jaar 2021. De uitgenodigde groepen zijn de leden van de 'basis'-plenaire, en de voorzitters van de andere werkgroepen.

Gezien de erg volle agenda, de dwingende termijnen voor de vaststelling van de federale quota, en het ontbreken van administratief personeel binnen de Cel planning, wordt er voorgesteld om de vergadering van de wetenschappelijke werkgroep later op het jaar te plannen en de validering van de beleidsnota van de wetenschappelijke werkgroep per e-mail te organiseren. De volgende wetenschappelijke werkgroep zal op 10 mei om 12u00 samenkomen met op de agenda de validering van de beleidsnota.

Tijdens de **vergadering van 12/09/2016** hebben de leden van het Bureau een aantal belangrijke punten besproken.

De stand van zaken aangaande de « adviezen/quota Artsen en Tandartsen ».

Aangezien de filter in de Franse gemeenschap in vraag wordt gesteld, moet het ontbreken van een beperking bij aanvang van de studies geïntegreerd worden in de uitwerking van de alternatieve scenario's. Het is ook belangrijk om de kwestie van de quota en van de afvlakking simultaan te behandelen, want die twee aspecten zijn met elkaar vervlochten in de toekomstprojecties.

De minister heeft vier adviesaanvragen gericht aan de Planningscommissie: de validering van de « vereenvoudigde methode » voor de berekening van het saldo afgestudeerden in de geneeskunde ten opzichte van het quotum en de concrete toepassing ervan op de berekeningen van de quota vanaf 2022, de vaststelling van het federaal quotum « Artsen » 2023, de beperking van de toegang tot het Belgisch systeem voor « artikel 145 en 146 » (mobiliteit van de niet-Europese beroepsbeoefenaars) en het stopzetten van de beperking van het over te dragen saldo tot 20%, wat betreft de opvolging van de contingentering van de tandartsen.

Aangezien de plenaire vergadering werd geannuleerd, beslist het bureau dat de validering van het jaarverslag van de Planningscommissie – medisch aanbod (RAPAN 2015) per e-mail zal gebeuren.

Een stand van zaken van de koppeling « vroedvrouwen » werd eveneens besproken.

In de rubriek « varia » willen we vooral wijzen op de publicatie van het pilootproject Horizon scanning in de huisartsgeneeskunde (Lieve Peremans).

Tot slot, tijdens de **vergadering van 19/12/2016**, heeft het bureau de agenda van de volgende plenaire vergaderingen vastgesteld: de vaststelling van de quota 2023-2028 voor eind februari 2017 met, parallel daarmee, een studie van de gevoeligheid van het model, het advies aangaande de beperking van de artikelen 145 en 146 op de Belgische arbeidsmarkt, het advies van de Planningscommissie aangaande de methode voor de berekening van het aantal artsen dat een stageplan mag aanvatten, rekening houdend met de artsen die niet actief zijn bij het RIZIV (het principe, het saldo, de modaliteiten voor het herstellen van het evenwicht van het saldo aan het einde van de afvlakking, dat wil zeggen de aanvulling van de tekorten en de wegwerking van de overschotten).

Om een antwoord te bieden op die adviesaanvragen, werden er twee plenaire vergaderingen geprogrammeerd: op 14 januari 2017 en 7 maart 2017. De agenda van de plenaire vergadering van 14 januari 2017 omvat: het advies over de « vereenvoudigde methode » voor de berekening van het aantal artsen dat een stageplan mag aanvatten rekening houdend met de artsen die niet actief zijn bij het RIZIV, en het advies over de beperking van artikelen 145 en 146. De agenda van de plenaire vergadering van 7 maart 2017 omvat: het vaststellen van de quota 2023-2028 voor de artsen en van de quota 2022-2027 voor de tandartsen.

Tot slot, wat betreft de validering van RAPAN 2015, valideert het Bureau het document, nadat er wijzigingen werden aangebracht op basis van de opmerkingen die werden geformuleerd.

2.2.5. DE WERKGROEPEN

Om een goede werking van de Planningscommissie te garanderen en om de leden die in de plenaire vergadering samenkomen niet onnodig te belasten, werkt de Planningscommissie met werkgroepen die voor bepaalde beroepen werden samengesteld. De opdracht van deze groepen draagt bij tot de verwezenlijking van het meerjarenplan.

De werkgroepen Artsen, Tandartsen en Vroedvrouwen, en de wetenschappelijke werkgroep zijn in 2016 bijeengekomen.

2.2.5.1. DE WETENSCHAPPELIJKE WERKGROEP

De wetenschappelijke werkgroep heeft **één vergadering** gehouden in 2016, op **02/06/2016**.

De punten op de agenda hadden enerzijds betrekking op de goedkeuring van de beleidsnota die werd voorbereid door Jan De Maeseneer, voorzitter van de wetenschappelijke werkgroep (opmerkingen aangaande de inhoud van de beleidsnota over de planning van de human resources en validering van de inhoud), en anderzijds op de presentatie van de volgende fases van de ontwikkeling van het model en van de scenario's.

Wat betreft deze volgende fases, merkt een lid van de Cel planning op dat de Cel de komende periode haar werkzaamheden zal voortzetten wat betreft consolidatie, documentatie en modularisering van het model. Ze zal ook de mogelijkheid bekijken om de presentatie van de resultaten te optimaliseren.

Er wordt ook gevraagd aan de leden van de wetenschappelijke werkgroep om een bijdrage te leveren aan de eventuele uitbreiding van het model.

Wat dat betreft hebben de leden van de werkgroep aangegeven dat er quota bepaald zouden moeten worden voor een beperkte periode, aangezien een langere periode ook grotere onzekerheid zou impliceren. De voorzitter heeft ook toegevoegd dat het belangrijk is om bepaalde ontwikkelingen op te nemen in het model, bij voorbeeld socio-economische gegevens zoals de zorgvraag, de etno-culturele variaties bij de bevolking, de technologische en demografische evoluties. Wat betreft de epidemiologische gegevens is er ook informatie beschikbaar in de buurlanden. Een studie zou de factoren kunnen onderzoeken die de zorgvraag en de zorgnoden beïnvloeden (twee concepten die onderscheiden moeten worden). Het is niettemin noodzakelijk om ook rekening te houden met de manier waarop die evoluties, vanuit praktisch oogpunt, gekwantificeerd en opgenomen zullen kunnen worden in het mathematisch model.

Tot slot wordt ook gewezen op de noodzaak om te beschikken over een kadaster dat het mogelijk maakt om, voor elke zorgverstrekker, de activiteit en de inhoud te kennen van de prestaties in kwestie. In de praktijk wordt dat mogelijk gemaakt door de periodieke koppeling die figureert in het meerjarenplan van de Cel planning, en die gegevenskoppeling mogelijk maakt voor alle erkende gezondheidsberoepen.

Na afloop van de vergadering heeft de Cel planning de geactualiseerde versie van de beleidsnota bezorgd aan de verschillende leden (ook aan de andere werkgroepen) via de SharePoint-website.

Tot nog toe heeft de Planningscommissie gewerkt per beroep. De structuur per werkgroep weerspiegelt die logica. Ook al blijft het projectiemodel gericht op één beroep, toch is het belangrijk om te benadrukken dat de « task shift » overeenstemt met de evolutie van de beroepen en dus in rekening moet worden gebracht. In dat kader zal de wetenschappelijke werkgroep van de Planningscommissie een nieuwe dynamiek op gang brengen om enerzijds de transversale kwesties aangaande de beroepen te behandelen en om anderzijds te zien hoe bij de planning meer rekening kan worden gehouden met de andere gezondheidswerkers.

In die geest vermeldt het meerjarenplan 2016-2018 eveneens dat synergiën tussen de Planningscommissie en de andere federale Raden en Commissies moeten worden aangemoedigd. Bijvoorbeeld, wat betreft de problematiek van de « dubbele cohorte » en de gevolgen ervan voor de behoeften aan stageplaatsen, en dat om te kunnen anticiperen op de behoeften.

2.2.4.2. DE WERKGROEP « ARTSEN »

Teneinde zijn opdracht uit te voeren, namelijk het realiseren van een wetenschappelijk en duurzaam beleid inzake de planning van de gezondheidszorgberoepen dat garant staat voor een kwalitatief hoogstaand en performant gezondheidssysteem, dat wil zeggen de nood aan zorgverleners definiëren door het aanbod aan zorgverleners af te stemmen op de voortdurend evoluerende zorgvraag, stelt een nieuw meerjarenplan van de Planningscommissie - medisch aanbod de werkzaamheden vast voor de periode 2016-2018. Dat nieuwe meerjarenplan volgt op de vorige plannen 2.2009 en 3.2013. In dit kader werden de opdrachten van de werkgroep « Artsen » geherdefinieerd. Deze werden gespreid over de 3 jaar van het meerjarenplan 2016-2018 volgens het volgende schema (wetende dat in het vorige plan de uitwerking van de alternatieve scenario's werd uitgesteld tot 2017):

		2016	2017	2018
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 ²	X	X	X
4	Validering van de volgende quota (op basis van de basisscenario's tot in 2016, en op basis van de alternatieve scenario's voor de 34 bijzondere beroepstitels in kwestie vanaf 2017)	X + Advies (quota 2022) ³⁴	X + Advies (quota 2023-2027)	
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
5	De lijst van nuttige variabelen voor de volgende koppeling identificeren en valideren			X
6	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren (2004-2012)			
7	De resultaten van de koppeling van de gegevens 2004-2012 valideren (34 BBT's)			
8	Nieuw PlanKad artsen 2013-2015			X
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
9	Het basisscenario valideren (verslagen van de basisscenario's van de evolutie van de workforce voor elk van de 34 bijzondere beroepstitels (BBT's) – eerste semester 2016)	X (Definitie en validering van de quota 2022)		
10	De hypothesen en de alternatieve scenario's definiëren (verslagen over de alternatieve scenario's voor de « gevoelige medische specialismen » – eerste semester 2017)		X	X
11	De alternatieve scenario's valideren		X (Definitie en validering van de quota)	X (Definitie en validering van de quota)

² De opvolging van de contingentering vereist steeds meer aandacht. De internationale mobiliteit van de studenten en van de beroepsbeoefenaars vergt een toenemende aandacht voor de problematiek van de niet-verblijvende studenten in de opvolging van de cohortes.

³ Met de overdracht van de bevoegdheden voor de vaststelling van de subquota naar de gemeenschappen, hebben deze laatste gevraagd om te kunnen beschikken over de gegevens vanaf april/mei 2016 om zelf ook de wettelijke termijnen te kunnen naleven.

⁴ Die adviezen worden bezorgd aan de Minister. De beslissingen van de Minister worden opgenomen in een besluit dat gepubliceerd moet worden in het Staatsblad, wat de volgende voorafgaande stappen impliceert: advies van de Raad van State, advies van de Inspecteur van Financiën, advies van de Minister van Begroting, en validering door de Ministerraad.

In de loop van het jaar 2016 is de werkgroep « Artsen » **zeven keer** bijeengekomen:

DATA	BELANGRIJKSTE BESPROKEN THEMA'S
26/01/16	<p>Het belangrijkste punt dat werd besproken tijdens de vergadering was de presentatie en de toelichting aangaande de parameters en de resultaten van het basisscenario. In dat kader werden, om de uiteenzetting eenvoudiger te maken, alle parameters en de resultaten van het basisscenario uitgewerkt voor de huisartsen overlopen en toegelicht. De leden konden ook hun vragen en opmerkingen kenbaar maken, bepaalde problematische punten bespreken, met name de waarde van bepaalde parameters, en consensusvoorstellen formuleren.</p> <p>Aan het einde van de vergadering hebben de leden van de werkgroep « Artsen » het basisscenario goedgekeurd mits er bepaalde aanpassingen werden doorgevoerd: een betere definitie en een betere toelichting van het gebruik van de parameters die verband houden met de gezondheidszorg en de vaststelling van parameter 2 (slaagkansen) op 85%.</p> <p>De volgende preciseringen werden ook aangebracht aan het basisscenario en de geproduceerde resultaten. Het quotum, gebaseerd op het basisscenario, zal tegen eind maart doorgestuurd moeten worden. De alternatieve scenario's zullen nadien volgen (eind 2016 – begin 2017). Op federaal niveau wordt het globaal aantal artsen vastgesteld. Er kunnen echter aanbevelingen worden gericht aan de gemeenschappen wat betreft de specialismen (opsplitsing van het federaal quotum). Tot slot zal het gewenste percentage van de huisartsen binnen het globale quotum worden opgetrokken tot 40% bij het vaststellen van de alternatieve scenario's.</p>
23/02/16	<p>De vergadering ging vooral over de stand van zaken van het basisscenario voor de huisartsen. In dat kader werd de recentste versie van het basisscenario besproken. De opmerkingen en de voorstellen tot wijziging werden geïntegreerd en er werd er bijzondere aandacht besteed aan de legendes en de opmerkingen om de individuele parameters te verduidelijken.</p> <p>De cel planning heeft ook de automatisering van de grafische gegevens aangaande de eindresultaten voortgezet, om ze makkelijk te kunnen integreren in de andere specialismen.</p> <p>We hebben de zorgconsumptiegegevens van het RIZIV ontvangen. Er werd een korte presentatie gegeven over de raming van de medische zorgconsumptie voor het mathematisch projectiemodel. De Franstalige en de Nederlandstalige versie van de presentatie werden online geplaatst op de SharePoint-website.</p> <p>De eerste versie van het syntheseverslag – met als voorbeeld de huisartsen – werd snel overlopen. Die werkversie werd opgesteld om aangepast te worden in functie van de opmerkingen en de suggesties geformuleerd door de leden van de werkgroep. De belangrijkste input en resultaten werden getoond, waarbij het de bedoeling is om – op termijn – een afzonderlijke overzichtstabel op te stellen voor elke specialisme.</p> <p>De volgende stap bestaat erin basisscenario's te ontwikkelen voor andere specialismen op een gelijkaardige manier als voor de huisartsen. Daartoe moeten de consumptiegegevens geïntegreerd worden. Vervolgens zullen er synthesesetabellen kunnen worden gemaakt per specialisme. In dat kader werd er voorgesteld dat de basisscenario's en de synthesesetabellen worden uitgewerkt voor de specialismen waarvoor de EPS-gegevens makkelijk kunnen worden verwerkt. De eerste specialismen die behandeld moeten worden zullen dus diegene zijn waar er de afgelopen jaren geen wijziging plaatsvond, en die niet afhangen van andere specialismen.</p>
08/03/16	<p>De vergadering handelde vooral over de stand van zaken van de basisscenario's en over de syntheseverslagen per specialisme. De RIZIV-gegevens aangaande de consumptie werden opgenomen in de basisscenario's en synthesesetabellen van de volgende zes specialismen: gynaecologie, oftalmologie, oto-rhino-laryngologie, orthopedie, dermatologie, urologie. Er werd ook een overzicht gegeven van de stand van zaken en van de werkzaamheden aangaande de basisscenario's voor de andere specialismen. Parallel daarmee hebben de analisten vragen ingediend bij de werkgroep voor</p>

	<p>de volgende specialismen: urgentiegeneeskunde en acute geneeskunde, radiotherapie-oncologie, neurochirurgie, psychiatrie, neuropsychiatrie.</p> <p>Tot slot werd er een presentatie gegeven aangaande de harmonisering van het aantal artsen ‘met een visum’ met het uiteindelijke aantal artsen die actief zijn in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (cf. SharePoint-site). Dat voorstel heeft tot doel om rekening te houden met de problematiek van de niet-verblijfhoudenden die worden opgeleid in België en die worden meegerekend in het contingent, wat een vertekend beeld geeft als ze niet actief zijn in België. De voorgestelde methodologie houdt rekening met alle « RIZIV inactieven » ongeacht de reden daarvoor. In dat kader vraagt de minister het advies van de Commissie alvorens een methode voor te stellen aan de werkgroep van de Interministeriële Conferentie. Er werd een bijkomende vergadering gepland in april om de bespreking voort te zetten.</p>
<p>29/03/16</p>	<p>De vergadering handelde hoofdzakelijk over de stand van zaken van de basisscenario's en van het syntheseverslag voor alle specialismen. De belangrijkste resultaten werden overlopen, met name de verwachte evoluties van het aantal actieven en VTE's per specialisme. De syntheseverslagen maken het mogelijk vergelijkingen te maken tussen de gemeenschappen en de specialismen en een globaal overzicht te geven. De weergegeven evoluties werden gebaseerd op een nieuwe extractie, gebruik makend van correcte en up-to-date gegevens, en dat voor de volgende specialismen: huisartsgeneeskunde, pediatrie, geriatrie, oftalmologie, oto-rhino-laryngologie, dermato-venerologie, urgentiegeneeskunde en acute geneeskunde, inwendige geneeskunde, cardiologie, gastro-enterologie, pneumologie, reumatologie, fysische geneeskunde en revalidatie, medische oncologie, radiotherapie-oncologie, anesthesie-reanimatie, chirurgie, plastische chirurgie, neurochirurgie, stomatologie, orthopedische chirurgie, gynaecologie-verloskunde, urologie, pathologische anatomie, klinische biologie, röntgendiagnose, nucleaire geneeskunde, psychiatrie (3 titels), neuropsychiatrie en neurologie.</p> <p>Tot slot besprak de voorzitter de manier waarop het quorum zal worden bepaald voor 2022 (volgende vergadering van 12 april 2016). In dat kader heeft het RIZIV een nieuwe berekeningsmethode voorgesteld die een correctie van de quota mogelijk maakt aan de hand van een omzetting van de actieven in VTE. De analisten van de Cel planning hebben als doel die berekening te testen. Het federaal quorum moet worden bepaald tijdens de volgende vergadering, nadien zal het gevalideerd worden door de plenaire vergadering in de loop van de maand april 2016.</p> <p>Een aantal pertinente OESO-statistieken werden ook voorgesteld aan het einde van de vergadering, met name wat betreft de buitenlandse artsen en het percentage artsen van 55 jaar en ouder. De grafieken zijn beschikbaar op de SharePoint-website.</p>
<p>12/04/16</p>	<p>Deze vergadering is gewijd aan het vaststellen en het valideren van de quota 2022.</p> <p>De voorzitter licht toe op welke manier het quorum voor 2022 bepaald zal worden. De leden ontvangen een exemplaar van een rekenoefening die de overschotten of de tekorten (aan artsen) weergeeft volgens het basisscenario, uitgaande van de bestaande gewogen dichtheden van 2012. Ze ontvangen ook een overzichtstabel van de voorgestelde stage-instroom in de stage in 2022 op basis van het quorum voor 2021 en van de historische verdeling van de stages, enerzijds, en van de instroom in de stage verkregen op basis van een combinatie van historische stagestatistieken en projecties van de basisscenario's volgens de methode van het RIZIV anderzijds (methode Meeus). Op basis van dit materiaal vraagt de voorzitter de werkgroep om de gekozen berekeningsmethodes te vergelijken en te komen tot een akkoord.</p> <p>De basis die werd gekozen voor het bepalen van het quorum is de methode van het RIZIV.</p> <p>De werkgroep heeft ook geopteerd voor een complementaire benadering waarbij het hoogste aantal van de instroom van 2013, 2014 en 2015 wordt gekozen als quorum voor de specialismen met een dalende trend of met een verwacht tekort in de toekomst. De specialismen met een stijgende evolutie of met een verwacht overschot in de toekomst krijgen het laagste instroom-aantal van de afgelopen</p>

	<p>drie jaar toegekend. Voor de specialismen met een stabiele trend of zonder verwacht overschot noch tekort, wordt er gekozen voor een gemiddeld cijfer.</p> <p>Vervolgens worden de quota per specialisme gecorrigeerd op basis van de expertise van de leden van de werkgroep.</p> <p>De werkgroep heeft vervolgens rekening gehouden met het evenwicht tussen nieuwe huisartsen en artsen bestemd voor de andere specialismen.</p> <p>Het globale quorum voor 2022 werd door de werkgroep vastgesteld op 1320. Een overzicht van de vastgestelde quota per specialisme en per gemeenschap, gekoppeld aan het globale quorum, wordt weergegeven in een tabel (cf. SharePoint-website).</p>
23/11/16	<p>De werkzaamheden van deze vergadering hadden hoofdzakelijk betrekking op: een adviesaanvraag van de minister betreffende het hoogdringend vaststellen van de federale quota van de artsen voor het jaar 2023 (dit advies moet uiterlijk op 28/02/2017 aan de minister worden bezorgd), een stand van zaken van de situatie betreffende het vaststellen van de alternatieve scenario's en de overwogen toekomstige werkzaamheden – de ontwikkeling van generieke alternatieve scenario's en de studie van de « gevoeligheid » van de variabelen – om het quorum te bepalen voor 2023 en de jaren nadien (de quota moeten immers bepaald worden voor een periode van 5 jaar – 2023/2028 – en moeten gevalideerd worden tijdens de plenaire vergadering van eind februari 2017), een toelichting van de nota betreffende de toegang tot het Belgisch systeem van de artsen en tandartsen die houders zijn van een in het buitenland behaald diploma – en die niet vallen onder de contingentering (deze nota werd ter beschikking gesteld van de leden van de werkgroep op de SharePoint-website), en tot slot een presentatie van de nota over het effect van de dubbele cohorte afgestudeerden op de stageplaatsen geneeskunde voor het behalen van een bijzondere beroepstitel (nota ook beschikbaar op de SharePoint-website). Deze laatste nota werd ook voorgesteld op het Bureau van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen van 16 november 2016.</p>
19/12/2016	<p>De grote pijlers van de vergadering handelden over twee nota's (ontvangen op 07/12/2016) van het kabinet van de Minister waarin dringend twee adviezen worden gevraagd:</p> <p>Enerzijds, de presentatie van de nota betreffende de « vereenvoudigde methode », dat wil zeggen de methodologie voor het berekenen van het aantal artsen dat een stageplan mag aanvatten, rekening houdend met de artsen die inactief zijn bij het RIZIV, en het vaststellen van een eindsaldo (overschotten en tekorten gecumuleerd) en de modaliteiten voor het weer in evenwicht brengen van de saldo's aan het einde van de afvlakking.</p> <p>Anderzijds, de presentatie van de nota betreffende de validering van de methodologie (mathematisch model) en de verbetervoorstellen van het model, en de voorbereiding en de validering van de quota 2023-2028, in functie van de vastgestelde tekorten en overschotten, rekening houdend met de problematiek van (de beperking van) de buitenlandse beroepsbeoefenaars en studenten (artikelen 145 en 146).</p> <p>Er werd ook een presentatie gegeven aangaande de voortgang van de werkzaamheden betreffende de alternatieve scenario's. Wat dat betreft, werd er aan herinnerd dat de hoofddoelstelling is om de quota vast te stellen voor een periode van 5 jaar (2023-2028) en om, op vraag van het kabinet van de minister, een analyse te maken van de « gevoeligheid van de variabelen ». Daartoe werd er een agenda opgesteld met 5 werkvergaderingen tussen januari en februari 2017 en 2 plenaire, de ene aangaande de validering van de « vereenvoudigde methode » en het beheer van artikelen 145-146 (24 januari 2017), en de andere aangaande de validering van de scenario's en van de quota voor 2023-2028 (7 maart 2017).</p>

2.2.5.3. DE WERKGROEP « TANDARTSEN »

De opdrachten van de werkgroep ‘Tandartsen’ werden gherdefinieerd door de stuurgroep, naar aanleiding van de validering van het laatste meerjarenplan dat de werkzaamheden bepaalt voor de periode 2016-2018. Dat nieuwe meerjarenplan bouwt voort op de vorige, 2.2009 en 3.2013. In dat kader werd, met het oog op de voorheen bepaalde doelstellingen, enkel de uitwerking van de alternatieve scenario’s uitgesteld naar 2017.

De opdrachten werden over de 3 jaren van dit plan gespreid, volgens dit schema:

		2016	2017	2018
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 ⁵	X	X	X
4	Validering van de volgende quota (op basis van de basisscenario’s tot in 2016, en op basis van de alternatieve scenario’s vanaf 2017)	X + Advies (quota 2021)⁶⁷	X + Advies (quota 2022-2026)	
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
5	De lijst van nuttige variabelen voor de volgende koppeling identificeren en valideren		X	X
6	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren			
7	Validering van de resultaten van de koppeling van de gegevens			
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
8	Het basisscenario valideren (verslagen van de basisscenario’s van de evolutie van de workforce voor elk van de 3 bijzondere beroepstitels (BBT’s))	X (Definitie en validering van de quota 2021)		
9	De hypothesen en de alternatieve scenario’s definiëren (verslagen aangaande de alternatieve scenario’s)		X	X
11	De alternatieve scenario’s valideren		X (Definitie en validering van de quota)	X (Definitie en validering van de quota)

⁵ De opvolging van de contingentering vereist steeds meer aandacht. De internationale mobiliteit van de studenten en van de beroepsbeoefenaars vergt toenemende aandacht voor de problematiek van de niet-verblijfhoudende studenten in de opvolging van de cohortes.

⁶ Met de overdracht van de bevoegdheden voor de vaststelling van de subquota naar de gemeenschappen, hebben die laatste gevraagd om over de gegevens te kunnen beschikken vanaf april/mei 2016 zodat ze ook de wettelijke termijnen kunnen naleven.

⁷ Die adviezen worden voorgelegd aan de Minister. De beslissingen van de Minister zijn opgenomen in een besluit dat gepubliceerd moet worden in het Staatsblad, wat de volgende voorafgaande stappen impliceert: advies van de Raad van State, advies van de Inspecteur van Financiën, advies van de Minister van Begroting, en validering door de Ministerraad.

Tijdens het jaar 2016 is werkgroep « Tandartsen » **drie keer samengekomen**, op **11/03/2016**, **25/03/2016** en **16/12/2016**.

DATA	BELANGRIJKSTE ONDERWERPEN DIE WERDEN BESPROKEN
11/03/16	<p>De vergadering had hoofdzakelijk betrekking op een stand van zaken betreffende het basisscenario. In dat kader werd er een presentatie gegeven om de inhoud van de lopende werkzaamheden in hun context te plaatsen, speciaal voor de nieuwe leden.</p> <p>Er werd op gewezen dat de doelstelling is om een advies te kunnen indienen voor het quorum « Tandartsen » voor 2021. De timing is dus krap, want dat advies moet worden voorgelegd aan de plenaire vergadering voorzien voor 26 april 2016. De vaststelling van het quorum moet dus plaatsvinden vóór begin april 2016.</p> <p>Het mathematisch model werd vervolgens meer in detail voorgesteld. Er werd aangegeven dat het, om meer toelichting te krijgen, aangewezen is om het document « Inleiding en methodologie » te lezen, dat beschikbaar is op de SharePoint-website.</p> <p>De resultaten van het basisscenario werden vervolgens punt per punt bestudeerd. In dat kader werden alle parameters van het model overlopen, voorgesteld en besproken door de leden van de werkgroep.</p> <p>Het doel van de cel planning voor de volgende vergadering werd vervolgens bepaald: de verslagen bezorgen met de gewenste aanpassingen voor de 3 bijzondere beroepstitels (BBT's).</p> <p>Tot slot werd er een datum vastgesteld voor de volgende vergadering en de personen die zich niet konden vrijmaken voor de vergadering van 25/03 werden verzocht om hun observaties en opmerkingen per e-mail te bezorgen (plan.team@health.fgov.be) tegen uiterlijk 25/03.</p>
25/03/16	<p>De belangrijkste werkzaamheden van deze vergadering bestonden erin de basisscenario's te valideren en het federaal quorum 2021 vast te stellen (voorstel van advies voor de plenaire van de Planningscommissie – medisch aanbod).</p> <p>Er werd benadrukt dat het vaststellen van het quorum 2021 gebeurde op basis van de basisscenario's. De volgende quota zullen worden vastgesteld in dezelfde periode – volgend jaar (2017) – voor een langere periode en op basis van de alternatieve scenario's.</p> <p>De validering van de basisscenario's gebeurde op basis van de syntheses Tabellen die werden voorgesteld tijdens de vergadering (cf. SharePoint-website). Deze presentatie had betrekking op de input en de projecties uit het mathematisch model en op de verschillende vastgestelde trends voor de periode 2012-2037, die ook zijn opgenomen in de overzichtstabellen.</p> <p>Wat betreft het vaststellen van het federaal quorum 2021, werd er benadrukt dat hoewel enkel het globale quorum onder de federale bevoegdheid valt, het belangrijk is dat de Planningscommissie pertinente indicaties kan geven, vastgesteld op basis van de gegevens die beschikbaar zijn op federaal niveau, bestemd voor de Gemeenschappen die bevoegd zijn voor de subquota.</p> <p>Op basis van Tabel 17 met de jaarlijkse quota voor de tandartsen (cf. PowerPoint-presentatie op de SharePoint-website), werd er aan de leden van de werkgroep Tandartsen gevraagd om een voorstel te formuleren voor de federale quota 2021. Dat voorstel beoogde de workforce van de sector te behouden. Het voorstel werd unaniem gevalideerd door de leden van de werkgroep Tandartsen. Er wordt aangegeven dat het gaat om een voorzichtig voorstel voor één jaar. Er moet namelijk een signaal worden gegeven voor een progressieve stijging van de toekomstige cohortes tandartsen met het oog op de tandzorg voor de vergrijzende Belgische bevolking.</p>
16/12/16	<p>De vergadering handelde hoofdzakelijk over twee punten:</p> <p>Enerzijds, de ontwikkeling van de alternatieve scenario's en het vaststellen van de quota 2022-2027.</p> <p>Wat dat betreft, werd er aangetoond dat die punten de komende maanden een intensieve inspanning zullen vergen (cf. « Toekomstige werkzaamheden voor het vaststellen van de quota 2022+ » op de SharePoint-site).</p>

	<p>Anderzijds, het vaststellen van de agenda van de werkzaamheden overwegende dat het advies van de werkgroep Tandartsen wordt verwacht tegen het einde van het eerste trimester van 2017. In dat kader zijn er drie (of vier) vergaderingen voorzien tussen 13/01/2017 en 24/02/2017.</p> <p>Er vond ook een presentatie plaats van de gegevens van de nota « Toetreding van buitenlands gediplomeerden tot het Belgisch systeem 2011 – 2016 (artsen en tandartsen) » (cf. SharePoint-site).</p> <p>Tot slot werden de verwachtingen ten aanzien van de leden geformuleerd inzake het vervolg van de werkzaamheden, met name voorstellen doen over de manier waarop de tandzorg zal evolueren (hypothesen voor het model), wetende dat de werkgroep een advies moet verlenen betreffende de quota in het eerste trimester van 2017 (validering tijdens de plenaire in maart 2017) om de gemeenschappen in staat te stellen om subquota op te stellen.</p>
--	---

2.2.5.4. DE WERKGROEP « KINESITHERAPEUTEN »

De opdrachten van de werkgroep « Kinesitherapeuten » werden besproken en geherdefinieerd door de stuurgroep tijdens de validering van het meerjarenplan 2016-2018.

In 2016 is de werkgroep « Kinesitherapeuten » niet samengekomen. De werkzaamheden van deze groep werden opgeschort in afwachting van het herschrijven van een projectiemodel van de workforce dat meer flexibiliteit mogelijk maakt. De opvolging van de realisatie van de contingentering aangaande het beroep werd ook opgeschort.

In die context moet de Planningscommissie zich – in het kader van het nieuw meerjarenplan – uitspreken over nieuwe modaliteiten ter beperking van de toegang tot de vrije uitoefening van het beroep van kinesitherapeut. Het grote aantal studenten dat is ingeschreven in het eerste jaar, het ontbreken van overeenstemming tussen de oriëntatie van de studenten en de behoeften van de bevolking, en het risico op deregulering van de arbeidsmarkt maken het namelijk nodig om de privépraktijk te blijven beperken.

Momenteel heeft de werkgroep reeds het ontbreken vastgesteld van individuele gegevens, op het vlak van de RIZIV-activiteit, die het mogelijk zouden kunnen maken de activiteitsgraad te bepalen voor de zelfstandige beroepsbeoefenaars. De groep heeft zich voor die vaststelling gebaseerd op een aantal gegevensbronnen: PlanKad « Kinesitherapeuten » 2004-2010, de studie uitgevoerd door IPSOS aangaande « het beroep van loontrekkende kinesitherapeut in de sector van de gezondheidszorg », en de registratie van de activiteit van de kinesitherapeuten in het kader van de nomenclatuur K door het RIZIV.

De groep heeft geconcludeerd dat de beschikbare gegevens het niet mogelijk maken om een adequate planning te ontwikkelen, door toedoen van de versnippering van de workforce en de onmogelijkheid om de activiteitsgraad voor de zelfstandigen nauwkeurig te bepalen.

Naar aanleiding van het schrappen van het RIZIV-examen dat de toegang tot de privépraktijk van de kinesitherapeuten reguleert, stelde de Planningscommissie een alternatief voor dat examen voor. Dat bestaat erin de praktijken van zelfstandigen te registreren, wat zou kunnen gebeuren door een bepaling aangaande het RIZIV uit te breiden. Die registratie zal het mogelijk maken om de individuele gegevens in te zamelen betreffende de activiteit met RIZIV-nummer op basis waarvan een planningsmaatregel kan worden ingevoerd. De werkgroep wacht dus op de registratie van de plaats van de praktijk door het RIZIV om de reeds uitgevoerde analyses te verlengen.

In functie van de invoering van die registratie en van de termijnen die nodig zijn om de gegevens te verkrijgen, zullen we moeten zien of het opportuun is om een nieuw PlanKad « Kinesitherapeuten » (dynamisch kadaster) te realiseren, of dat de analyse van het vorige PlanKad voor de jaren 2004-2010 moet worden voortgezet. De gedetailleerde koppeling (dynamisch kadaster) zal niet gerealiseerd kunnen worden vóór 2017.

De projecten die initieel geprogrammeerd werden voor 2016 - 2018 voor de kinesitherapeuten zijn:

- 2017: PlanKad « Kinesitherapeuten »
- 2018: Basis- en alternatieve scenario's voor de kinesitherapeuten
- 2016-2018: Voorstellen van advies formuleren

Gezien de prioriteit die wordt gegeven aan het bepalen van de quota artsen en tandartsen door de minister, heeft de programmatie van die werkzaamheden een jaar vertraging opgelopen.

2.2.5.5. DE WERKGROEP « VERPLEEGKUNDIGEN »

De werkgroep « verpleegkundigen » is niet bijeengekomen in 2016.

Een eerste gegevenskoppeling voor de verpleegkundigen vond plaats in 2011. De analyse bracht echter een aantal fouten aan het licht in de gegevens die werden meegedeeld en de exploitatie ervan. De Cel planning kon – op dat ogenblik – de resultaten dus niet publiceren.

Er werd vervolgens een nieuw project ingediend en er kon een tweede koppeling uitgevoerd worden op basis van nieuwe verbeterde gegevens voor 2004-2009. Die tweede koppeling werd gepubliceerd in 2014. Vervolgens werden er een aantal scenario's uitgewerkt om de evolutie van de verpleegkundige workforce in kaart te brengen. De werkgroep had – in dat kader – een advies geformuleerd naar aanleiding van die werkzaamheden, een advies dat werd gevalideerd door de plenaire vergadering van 4 december 2015.

Ondanks alles, hoewel de werkgroep « Verpleegkundigen » de realisatie van een nieuw PlanKad ondersteunt, is het nodig om eraan te herinneren dat de programmatie van de PlanKad's de realisatie voorziet van het kadaster van de activiteit van de vroedvrouwen in 2016. Dat zou ook het geval kunnen zijn voor de kinesitherapeuten in 2017 (als de registratie van de praktijk bij het RIZIV dat mogelijk maakt). Het is ook belangrijk om te weten dat de minister zich ertoe verbonden heeft om elke 3 jaar te zorgen voor een dynamisch kadaster voor de artsen. Het PlanKad « Artsen » 2004-2012 werd gepubliceerd in 2015, het is dus a priori nodig om te zorgen voor een nieuw PlanKad « Artsen » 2004-2015 in 2018.

In dat kader zou het project « periodieke koppeling », dat de productie beoogt van een beperkte set variabelen over de activiteit, een antwoord kunnen bieden op die vraag van de werkgroep « verpleegkundigen », ook al zal er voor de implementatie, alleszins in eerste instantie, ongetwijfeld een grote investering nodig zijn wat betreft de activiteit van de analisten van de Cel planning.

2.2.5.6. DE WERKGROEP « VROEDVROUWEN »

De werkgroep « Vroedvrouwen » is **één keer** bijeengekomen in het jaar 2016, **op 13/05/2016**.

De vergadering had vooral betrekking op de oprichting van de werkgroep.

Er werd een presentatie gegeven aangaande de werking en de verschillende activiteiten van de Planningscommissie – medisch aanbod en de belangrijkste planningsinstrumenten (waaronder de koppeling van gegevens). In dat kader werden de doelstellingen van het project voor de gegevenskoppeling PlanKad « Vroedvrouwen » toegelicht, net als de koppelingsprocedure en de daaraan verbonden uitdagingen, moeilijkheden en limieten. Ter illustratie werd een selectie van de resultaten van eerdere gegevenskoppelingen (artsen, tandartsen...) voorgesteld. De voortgang van de koppeling van gegevens « Vroedvrouwen » kwam ook aan bod. Wat dat betreft, werd er aangegeven dat de vraag om gegevens voor het project PlanKad « Vroedvrouwen » werd ingediend eind januari 2016 en dat de gegevens (voor 2004 tot 2013, of 2014 in functie van de beschikbaarheid van de RIZIV-gegevens waarvoor er structureel een tijdsverloop van 2 jaar van toepassing is) waarschijnlijk beschikbaar zouden moeten zijn in de loop van het tweede semester van 2016. Die gegevens zouden geformatteerd, gekoppeld en geanalyseerd moeten worden in de loop van het jaar, door de analisten van de Cel planning. Ze zullen normaalgezien worden opgenomen in een PlanKad-verslag « Vroedvrouwen » (beschikbaar in 2017).

Het is belangrijk te weten dat het project PlanKad « Vroedvrouwen » kadert in een project ter reductie van de verblijfsduur in het ziekenhuis post partum.

Tot slot werd tijdens de vergadering ook overgegaan tot de benoeming van de voorzitter van de werkgroep « Vroedvrouwen » (Katelijne DE KOSTER heeft zich kandidaat gesteld en werd unaniem verkozen) en vond er een demonstratie plaats van het gebruik van de website gewijd aan de werkzaamheden van de Planningscommissie – medisch aanbod (site van FOD VVVL) en van de SharePoint-website.

Daarnaast is het ook belangrijk om te benadrukken dat in 2017 de evolutie van het beroep ook geanalyseerd moet worden via de implementatie van de basis- en alternatieve scenario's. De weerhouden hypothesen voor de scenario's zullen ontwikkeld worden in samenwerking met de Werkgroep « Vroedvrouwen » van de Planningscommissie en het KCE in het kader van het project ter reductie van de verblijfsduur in het ziekenhuis post partum.

De studies en projecten aangaande de vroedvrouwen geprogrammeerd voor 2016 - 2018 zijn:

- 2016: PlanKad « Vroedvrouwen » (dynamisch kadaster)
- 2017: Basis- en alternatieve scenario's voor de Vroedvrouwen

Gezien de prioriteit die de minister heeft gegeven aan de werkzaamheden die nodig zijn voor het bepalen van de quota Artsen en Tandartsen, heeft de programmatie van die werkzaamheden aangaande de vroedvrouwen een jaar vertraging opgelopen.

2.3. HET MEERJARENPLAN PLAN 2016-2018 EN ZIJN STAND VAN ZAKEN

2.3.1. STRUCTUUR VAN HET MEERJARENPLAN

Het vierde meerjarenplan, PLAN2016-2018, is in 3 luiken gestructureerd:

Luik 1	
Deel 1.1	Secretariaat van de werkgroepen en beheer van de adviezen
Deel 1.2	Productie van gegevens en publicatie van verslagen
Deel 1.3	Informatie, communicatie van gegevens en parlementaire vragen
Luik 2	
Deel 2.1	Gegevenskoppeling per beroep (Project PlanKad)
Deel 2.2	Verbetering en ontwikkeling van het projectiemodel
Deel 2.3	Periodieke koppeling per beroep (project periodieke PlanKad)
Deel 2.4	Scenario's per beroepsgroep
Deel 2.5	Externe enquêtes
Deel 2.6	Interne studies
Deel 2.7	Reflectie over de overdracht van taken (task shift) in het mathematisch model
Deel 2.8	Synergie tussen de COMPLAN en de andere federale raden en commissies
Deel 2.9	Overzicht: geprogrammeerde studies en projecten
Luik 3	
Deel 3.1	Deelname aan de Expert group on European health workforce (Europese Commissie)
Deel 3.2	Beroepserkenning
Deel 3.3	Overdracht van de Belgische gegevens naar internationaal niveau
Deel 3.4	Deelname aan het programma van de JA Healthworkforce planning

2.3.2. SEMESTRIËLE PROGRAMMATIE VAN HET MEERJARENPLAN

De grote lijnen van het PLAN2016-2018 worden als volgt opgedeeld⁸:

		2016		2017		2018	
		1ste sem	2de sem	1ste sem	2de sem	1ste sem	2de sem
Luik 1: Operationeel luik							
Deel 1.1	Ondersteuning van de Planningscommissie en haar werkgroepen						
	<i>plenaire</i>						
	<i>bureau</i>						
	<i>Werkgroep Artsen</i>						
	<i>Werkgroep Tandartsen</i>						
	<i>Werkgroep Kinesitherapeuten</i>						
	<i>Werkgroep Verpleegkundigen</i>						
	<i>Werkgroep Logopedisten</i>						
	<i>Werkgroep Vroedvrouwen</i>						
Deel 1.2	Productie en gegevensrapportering						
	<i>STATAN</i>	<i>Statan 2015</i>		<i>Statan 2016</i>		<i>Statan 2017</i>	
	<i>RAPAN</i>		<i>Rapan 2015</i>		<i>Rapan 2016</i>		<i>Rapan 2017</i>
	<i>OPVOLGING CONTING artsen</i>						
	<i>OPVOLGING CONTING kinesitherapeuten*</i>						
	<i>OPVOLGING CONTING tandartsen</i>						
Deel 1.3	Informatie, communicatie van gegevens en parlementaire vragen						
	<i>Antwoord op externe – interne vragen – (PV, vraag naar statistieken)</i>						
	<i>(inter)nationale (re)presentatie van de cel planning</i>						
	<i>Updaten sharepoint</i>						
	<i>Corporate website</i>						
	<i>Website raden en commissie</i>						

⁸ De paarse kleur geeft aan wat er in het plan is geprogrammeerd, en in welke periode. Het oranje geeft aan welke wijzigingen er werden aangebracht.

Luik 2: Belgisch luik							
Deel 2.1	Verrijking van het kadaster door middel van gegevenskoppeling (Project PlanKad)						
	PlanKad kinesitherapeuten (2004- 2015)					realisatie	
	PlanKad verpleegkundigen*						
	PlanKad artsen (2004-2016)						
	PlanKad tandartsen*						
	PlanKad vroedvrouwen (2004-2013)	uitgesteld	uitgesteld	realisatie			
Deel 2.2	Verbetering en ontwikkeling van het projectiemodel						
	Herschrijven van het model						
	Aanpassing van het model aan elk beroep						
	Automatisering van de templates						
Deel 2.3	Permanente/periodieke koppeling per beroep (project periodieke PlanKad)						
	Introductie van de vraag	uitgesteld		realisatie			
	Voorbereiding van de templates minimum data set van de activiteit		uitgesteld		realisatie		
	Publicatie van de minimum data set van de activiteit				2 beroepen		4 beroepen
Deel 2.4	Uitwerking van planningsscenario's per beroepsgroep						
	Scenario's kinesitherapeuten					(BS)	(AS)
	Scenario's verpleegkundigen*						
	Scenario's artsen (34 BS+ AS voor kritieke specialismen)	(BS) ⁹	(AS) ¹⁰	(AS)			
	Scenario's tandartsen	(BS)	(AS)	(AS)			
	Scenario's vroedvrouwen			(BS)	(AS)		
Deel 2.5	Externe enquêtes						
	-						
Deel 2.6	Interne studies						
	Te bepalen in functie van de behoeften en van de middelen						
Deel 2.7	Reflectie over de overdracht van de taken (task shift) in het mathematisch model						
	Werkzaamheden van de wetenschappelijke WG						
Deel 2.8	Synergie tussen Complan en federale raden en commissies						
Luik 3: Internationaal luik							
Deel 3.1	Deelname aan de expert group on European health workforce (European Commission)						
Deel 3.2	Overdracht van de gegevens beroepserkenning naar de gegevensbank van de gereguleerde beroepen van de Europese Commissie						
Deel 3.3	Deelname aan het programma van de JA HWFP						

	<i>Europese conferentie « Planning and Educating Health Workforce without borders » (Bulgarije, 18 en 19 /02/2016)</i>						
	<i>Closure event en plenaire vergadering (België, 3 en 4/05/2016)</i>						
<i>Deel 3.4</i>	<i>Deelname aan WP 7 - Sustainability & recommendations Hulp bij het opstellen van de conclusies</i>						
	<i>JQ EUROSTAT/WHO/OESO</i>						
	<i>Expert group Health management OESO</i>						

**In principe niet voorzien in dit plan*

⁹ BS: basisscenario

¹⁰ AS: alternatieve scenario's

2.3.3. VOORTGANG VAN HET MEERJARENPLAN PLAN2016-2018 TIJDENS HET JAAR 2016

Concreet werd het vierde meerjarenplan PLAN2016-2018 van de Planningscommissie medisch aanbod als volgt verwezenlijkt:

		Voortgang 2016	
		Data	Deliverables
Luik 1: Operationeel luik			
Deel 1.1	Ondersteuning aan de Planningscommissie en aan haar werkgroepen		
	<i>plenaire</i>	26/04/16	<i>Validering basisscenario's Artsen en Tandartsen Vaststelling quota Artsen 2022 en quota Tandartsen 2021</i>
	<i>bureau</i>	05/02/16 12/0/16 19/12/16	<i>Vorbereiding van de plenaire vergaderingen</i>
	<i>Werkgroep Artsen</i>	26/01/16 23/02/16 08/03/16 29/03/16 12/04/16 23/11/16 19/12/16	<i>Opvolging en validering van het basisscenario voor de verschillende specialismen Syntheseverslag PlanKad Artsen Vaststelling van het quotum Artsen 2022</i>
	<i>Werkgroep Tandartsen</i>	11/03/16 25/03/16 16/12/16	<i>Opvolging en validering van het basisscenario Vaststelling van het quotum Tandartsen 2021</i>
	<i>Werkgroep Kinesitherapeuten</i>	-	
	<i>Werkgroep Verpleegkundigen</i>	-	
	<i>Werkgroep Logopedisten</i>	-	
	<i>Werkgroep Vroedvrouwen</i>	13/05/16	<i>Oprichten van de werkgroep Aanwijzing van de voorzitter Presentatie van de verschillende werkzaamheden van de COMPLAN</i>
	<i>Wetenschappelijke werkgroep</i>	02/06/16	<i>Vorbereiding beleidsnota</i>
Deel 1.2	Productie en gegevensrapportering		
	<i>STATAN</i>		<i>Jaarstatistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars 2015; gepubliceerd in 2 talen (formaat Word en Excel)</i>
	<i>RAPAN</i>		<i>De planning van het medisch aanbod in België. Jaarverslag van de Planningscommissie 2015; gepubliceerd in 2 talen</i>
	<i>OPVOLGING CONTING arts</i>		<i>Niet meer van toepassing</i>
	<i>OPVOLGING CONTING kine*</i>		<i>Gepubliceerd in RAPAN</i>
	<i>OPVOLGING CONTING tandarts</i>		<i>Gepubliceerd in RAPAN</i>
Deel 1.3	Informatie, communiceren van gegevens en parlementaire vragen		
	<i>Antwoord op externe – interne vragen (PV, vraag naar statistieken)</i>		<i>Verwezenlijkt volgens de aanvragen</i>
	<i>(inter)nationale (re)presentatie van de cel planning</i>		<i>Verwezenlijkt volgens de aanvragen</i>
	<i>Updaten sharepoint</i>		<i>Toevoeging van de werkdocumenten naarmate de werkzaamheden vorderen</i>
	<i>Corporate website</i>		<i>Toevoeging van de nieuwe publicaties, van het nieuwe advies</i>
	<i>Site raden en commissie</i>		<i>Toevoeging van de nieuwe publicaties, van het nieuwe advies</i>
Luik 2: Belgisch luik			
Deel 2.1	Verrijking van het kadaster door de gegevenskoppeling (Project PlanKad)		
	<i>PlanKad kinesitherapeuten (2004-2015)</i>		<i>Voorzien in 2018</i>

	PlanKad verpleegkundigen*		Voorzien via de beperkte koppeling
	PlanKad artsen (2004-2016)		Voorzien in 2018
	PlanKad tandartsen*		Voorzien in 2018
	PlanKad vroedvrouwen (2004-2013)	uitgesteld	Gegevens ontvangen in september 2016, voorzien in 2017
Deel 2.2	Aanmaak van planningsscenario's per beroepsgroep		
	Basisscenario Artsen	05/16	Publicatie van 29 basisscenario's
	Basisscenario Tandartsen	05/16	Publicatie van 7 basisscenario's
Deel 2.2	Verbetering en ontwikkeling van het projectiemodel		
	Herschrijven van het model		In functie van de behoeften
	Aanpassing van het model aan elk beroep		In functie van de behoeften
	Automatisering van de templates		In functie van de behoeften
Deel 2.3	Permanente/periodieke koppeling per beroep (project Periodieke PlanKad)		
	Indiening van de vraag	uitgesteld	Voorzien in 2017
	Voorbereiding van de templates minimum data set van de activiteit	uitgesteld	Voorzien in 2018
	Publicatie van de minimum data set van de activiteit	uitgesteld	Voorzien in 2018
Deel 2.4	Uitwerking van planningsscenario's per beroepsgroep		
	Scenario's kinesitherapeuten		Voorzien in 2019
	Scenario's artsen (34 BS+ AS voor kritieke specialismen)		Na de realisatie van het nieuwe PlanKad, in 2019
	Scenario's tandartsen		Na de realisatie van het nieuwe PlanKad, in 2019
	Scenario's vroedvrouwen	uitgesteld	Na de afronding van het PlanKad, in 2018
Deel 2.5	Externe enquêtes		
	Studie van de voorstellen ter aanpassing van het projectiemodel van de workforce van de artsen	12/16	Voorbereiding van de onderhandelingsprocedure zonder bekendmaking via de Free Market Op initiatief van FOD VVVL DGGS-Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, in samenwerking met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Deel 2.6	Interne studies		
	Update van de nota dubbele cohorte		Deze nota wil een beschrijving en een grootteorde geven van de verdeling van de impact van de dubbele cohorte van gediplomeerde artsen in 2018 op de behoefte aan stageplaatsen voor de opleidingen die leiden tot het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel uit artikel 1 van het KB van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde. De nota wordt regelmatig geüpdatet.
Deel 2.7	Reflectie over de overdracht van taken (task shift) in het mathematisch model		
	Werkzaamheden van de wetenschappelijke WG		-
Deel 2.8	Synergie tussen Complan en federale raden en commissies		
		15/12/16	Presentatie van de nota dubbele cohorte aan de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen
Luik 3: Internationaal luik			
Deel 3.1	Deelname aan de Expert group on European health workforce (European Commission)		
		17/03/16 22/11/16	

<i>Deel 3.2</i>	<i>Overdracht van de gegevens beroepserkenning naar de gegevensbank van de gereguleerde beroepen van de Europese Commissie</i>		
		<i>06/16</i>	<i>Update in de gegevensbank, na validering bij de gemeenschappen</i>
<i>Deel 3.3</i>	<i>Deelname aan het programma van de JA HWFP</i>		
		<i>18 -19/02/16</i>	<i>Europese Conferentie « Planning and Educating Health Workforce without borders » (Bulgarije)</i>
		<i>3-4/05/16</i>	<i>Closure event en plenaire vergadering (België)</i>
<i>Deel 3.4</i>	<i>Deelname aan WP 7 - Sustainability & recommendations</i>		
	<i>JQ EUROSTAT/WHO/OESO</i>		<i>Communicatie van de gegevens in januari en april 2016 (gegevens geüpdatet met het kadaster)</i>
	<i>Expert group Health management OESO</i>		

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 van 26/02/2003), het « **kadaster** » genoemd, heeft drie doelstellingen: noodzakelijke gegevens verzamelen 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 gezondheidszorgberoepsbeoefenaars verbeteren.

Het kadaster omvat de registratie van alle gezondheidszorgbeoefenaars die **gemachtigd zijn in België hun beroep uit te oefenen**. Deze gegevensbank wordt systematisch van input voorzien – sinds de 6de staatshervorming – niet alleen door FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, maar ook door de gemeenschappen. Het « kadaster » verzamelt aldus gegevens uit verschillende bronnen: Franse gemeenschap (Direction de l'agrément des prestataires de soins, Enseignement, Fédération Wallonie - Bruxelles), Vlaamse gemeenschap (Agentschap Zorg en Gezondheid) en FOD VVVL. Die gegevens worden samengebracht in de gegevensbank; de administratie van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu staat in voor het onderhoud.

AANTAL BEROEPSBEOEFENAARS VAN GEZONDHEIDSBEROEPEN OP 31/12/2016

	Gedomicilieerd in en buiten België	Gedomicilieerd in België
Artsen gemachtigd om hun beroep uit te oefenen	61.899	52.694
Tandartsen gemachtigd om hun beroep uit te oefenen	11.066	9.650
(Stomatologen ¹¹)	(388)	(357)
Kinesitherapeuten	38.737	33.438
Verpleegkundigen	198.030	186.291
Vroedvrouwen	11.808	10.969
Zorgkundigen	124.111	118.761
Apothekers	20.696	19.618
Paramedici	58.729	56.433
Farmaceutisch-technisch assistenten	11.505	11.355
Diëtisten	5.195	5.027
Ergotherapeuten	10.350	9.996
Audiciens	1.658	1.588
Audiologen	1.055	1.033
Orthoptisten	146	125
Logopedisten	15.065	13.876
Technologen medische beeldvorming	2.602	2.416
Medisch laboratoriumtechnologen	10.548	10.452
TOTAAL AANTAL BEOEFENAARS VAN GEZONDHEIDSBEROEPEN	524.471	487.289

Bron: STATAN 2016 – Jaarstatistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars op 31 december 2016.

¹¹ In België wordt stomatologie beschouwd als een medisch specialisme. Stomatologen worden dus meegerekend bij de andere erkende artsen-specialisten, terwijl in de Europese gegevens stomatologen als tandartsen beschouwd worden. In de tabel hierboven zijn de stomatologen volgens de Belgische wetgeving opgenomen onder de artsen-specialisten. Ze staan in de tabel dus tussen haakjes, maar worden niet meegerekend in het totaal om te voorkomen dat ze twee keer meegeteld worden.

Het kadaster is een gegevensbank met de nominatieve lijst van de 524.471 gezondheidszorgbeoefenaars die op 31 december 2016 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 **regelmatig geactualiseerd via een synchronisatie met het rijksregister**.

De belangrijkste gegevens van het kadaster worden **jaarlijks gepubliceerd**. Deze jaarstatistieken (STATAN) 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.

De 6^{de} staatshervorming heeft voor heel wat wijzigingen gezorgd in de bevoegdheden inzake erkenning van de gezondheidswerkers¹². 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 visums, 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.¹³

De geografische spreiding van de beroepsbeoefenaars die geregistreerd zijn in het kadaster is gebaseerd op de wettelijke woonplaats van de beoefenaars. Op die manier kunnen ze opgedeeld worden per gewest en per provincie op basis van hun wettelijke woonplaats.

De statistieken worden 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.

¹² Meer details staan vermeld in punt 2.6.

¹³ 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: <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties.

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](#).

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 **geen gegevens over de plaats waar de praktijk wordt uitgeoefend**.

Deze statistieken zijn beschikbaar op de website: <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties (onder de naam « [HWF STATAN 2016](#) » en « [HWF STATAN 2016 \(details\)](#) »).

KORTOM

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

2.4.2. HET VERBETERD KADASTER (« PLANKAD »): DE ACTIEVE BEOEFENAARS

2.4.2.1. DOEL EN METHODE VAN HET PROJECT « 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 projectiemodel van de beroepsbevolking 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 bevolking van erkende beoefenaars zich situeert.**

Met andere woorden: 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 beroepsbevolking 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. 99 van het KB van 10 mei 2015 houdende coördinatie van het koninklijk besluit nr.78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen de mogelijkheid biedt om de gegevens van het kadaster te koppelen aan een reeks andere gegevensbanken.

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 plaatselijke overheidsdiensten (**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. 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 een code toe die enerzijds de individuele gegevens anonimiseert en anderzijds het mogelijk maakt om deze gegevens te linken doorheen de verschillende databases.

Op basis van de gekoppelde individuele gegevens kunnen vervolgens de frequentietabellen, de leeftijds piramiden, grafieken en kaarten worden opgesteld om de verschillende beleidsniveaus te voorzien van **gegevens over de beroepsactiviteit** van de verschillende gezondheidszorgbeoefenaars.

Het is niet de bedoeling om via de gekoppelde gegevens individuele profielen van beroepsbeoefenaars op te stellen. Het verslag 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 **beroepsbevolking in de beroepen**, zoals bijvoorbeeld:

- Wat is het aantal **actieve personen** binnen een beroeps categorie in België?
- Hoe ziet de **leeftijdspiramide van de beroeps categorie** 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**?
- **Hoe is de beroeps categorie geëvolueerd** doorheen de bestudeerde jaren?

Tot slot dienen deze gegevens ook om gegevens te verbeteren en te vervolledigen die België meedeelt 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 (projectiemodel van de beroepsbevolking 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 patiënt die een attest van verstrekte zorg ontvangt (dat recht geeft op terugbetaling door het ziekenfonds) beschikt over twee jaar – te rekenen vanaf het einde van de maand waarin het werd opgesteld – om het document in te dienen bij zijn verzekeringsinstelling. De gegevens die werden opgetekend door het RIZIV zijn dus pas « volledig » twee jaar na het beschouwde kalenderjaar.

De verslagen van deze koppelingen zijn beschikbaar op: <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties (onder de naam: « [HWF Artsen op de arbeidsmarkt 2004-2012](#) »; « [HWF Tandartsen op de arbeidsmarkt 2004-2012](#) »)

In een latere fase worden de analyseresultaten van de gekoppelde gegevens gebruikt om **(basis- en alternatieve) toekomstscenario's** voor de beroepsgroep uit te werken aan de hand van het **geharmoniseerd projectiemodel 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 verslag dat beschikbaar is op de website van de FOD.

De basisscenario's zijn beschikbaar op <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties (onder de naam: "[HWF Basisscenario's van de evolutie van de workforce « artsen » 2012-2037](#)"; "[HWF Basisscenario's van de evolutie van de workforce « tandartsen » 2012-2037](#)")

KORTOM

- De gegevenskoppeling maakt het mogelijk om te beschikken over gegevens over de huidige beroepsbevolking, dat wil zeggen over de beroepsactiviteit van de verschillende actoren uit de gezondheidszorg en over hun activiteitsgraad (geformuleerd in VTE – Voltijdsequivalent)
- De koppeling biedt ook een beeld van de verdeling van de activiteit op basis van een aantal criteria zoals de (sub)sectoren, etc. Ze maakt het ook mogelijk een analyse te maken van de spreiding van de activiteit, bv. op geografische of demografische basis.
- De koppeling houdt echter een aantal beperkingen in: lange en energieverblindende procedure, geanonimiseerde gegevens met gedeeltelijk informatieverlies, vertraging van minimum twee jaar (consolidering van de basisgegevens) en verwerking van de gegevens.

2.4.3. VOORTGANG VAN DE ANALYSE VAN HET VERBETERD KADASTER (« PLANKAD »)

2.4.3.1. PLANKAD « VERPLEEGKUNDIGEN »

Het uiteindelijke analyseverslag van de in het kader van het project PlanKad « Verpleegkundigen » gekoppelde gegevens werd gepubliceerd in maart 2014. Dat verslag met als titel *Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, 2004-2009* is beschikbaar op <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties.

Het dynamisch kadaster diende als basis voor de uitwerking van scenario's door de werkgroep verpleegkundigen (cf. punt 2.4.4 verderop), die hypothesen heeft aangereikt voor een aantal wijzigingen die een invloed moeten hebben op de workforce van de verpleegkundigen. De resultaten van die reflectie 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 effectieven. Dit verslag met als titel *Toekomstscenario's van de workforce "verpleegkundigen" 2009-2054* werd gepubliceerd in 2015 op <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties.

2.4.3.2. PLANKAD « KINESITHERAPEUTEN »

Het uiteindelijke analyseverslag van het project PlanKad « kinesitherapeuten » werd gepubliceerd in maart 2014. Dat verslag met als titel *Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt, 2004-2010* is beschikbaar op <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties.

De uitwerking van de scenario's werd uitgesteld in afwachting van de herontwikkeling van het projectiemodel van de beroepsbevolking dat meer flexibiliteit mogelijk maakt.

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 2015.

Het uiteindelijke analyseverslag van de gegevenskoppeling in het kader van het project **PlanKad « Artsen »** werd gepubliceerd in 2015. Dat verslag heeft als titel *Artsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)* en is beschikbaar op de website van FOD Volksgezondheid: <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties.

Op deze site is ook een syntheseverslag beschikbaar met als titel *Syntheseverslag Artsen (2004-2012)* dat de resultaten recapituleert die werden vastgesteld in het verslag Artsen op de arbeidsmarkt. Dat syntheseverslag vestigt de aandacht op de specifieke punten waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie van de gepubliceerde gegevens.

Het uiteindelijke analyseverslag van de gegevens die werden gekoppeld in het kader van het project **PlanKad « Tandartsen »** werd ook gepubliceerd in 2015. Dat verslag met als titel *Tandartsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)* en het daarmee samenhangende synthesesrapport *Synthesesrapport: Tandartsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)* is beschikbaar op: <http://www.health.belgium.be/hwf>> Publicaties.

Zowel voor de artsen als voor de tandartsen moet dat verrijkt kadaster (PlanKad) als basis dienen voor de **uitwerking van scenario's** (zowel basis- als alternatieve scenario's) door de werkgroep (cf. verderop punt 2.4.4). De werkzaamheden aan de basisscenario's voor de verschillende specialismen moeten worden voortgezet in 2016.

2.4.3.4. PLANKAD « VROEDVROUWEN »

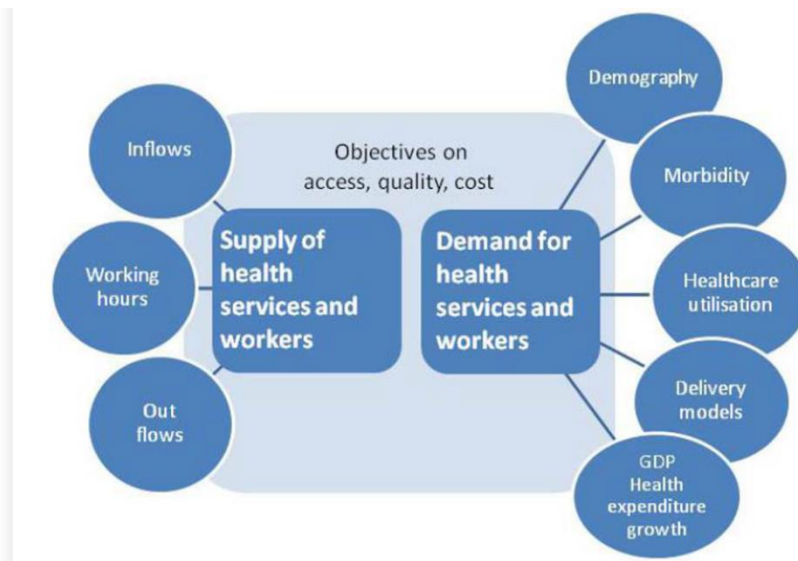
In september 2016 heeft de cel planning de gegevens ontvangen over de vroedvrouwen, gevraagd in het kader van de PlanKad-koppeling. Die gegevens werden dan gecontroleerd en geformatteerd om geanalyseerd te kunnen worden.

Het was echter niet mogelijk om de koppeling, noch de analyse, van de gegevens aan te vatten in 2016, door de prioriteit die werd gegeven aan de Artsen en Tandartsen.

2.4.4. HET PROJECTIEMODEL VAN DE BEROEPSBEVOLKING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD

De resultaten uit de analyse van de gegevenskoppeling (PLANKAD) worden gebruikt om toekomstscenario's uit te werken (basis- en alternatieve scenario's – cf. punt 2.4.5.) voor een beroepsgroep, met behulp van een **projectiemodel dat werd ontwikkeld door de Planningscommissie medisch aanbod**. Dit projectiemodel is een « stock-and-flow »-model, het gaat uit van het principe dat er, voor elk gezondheidszorgberoep, een **vraag** en een **aanbod** bestaat.

FIGUUR 1: ALGEMEEN KADER VOOR DE BEOORDELING VAN HET TOEKOMSTIGE AANBOD EN DE TOEKOMSTIGE VRAAG INZAKE GEZONDHEIDSBEOEFENAARS



Het projectiemodel van de beroepsbevolking maakt het mogelijk om becijferde projecties uit te voeren van de evolutie van de workforce, van het aantal actieve artsen en van hun dichtheid ten opzichte van de bevolking.

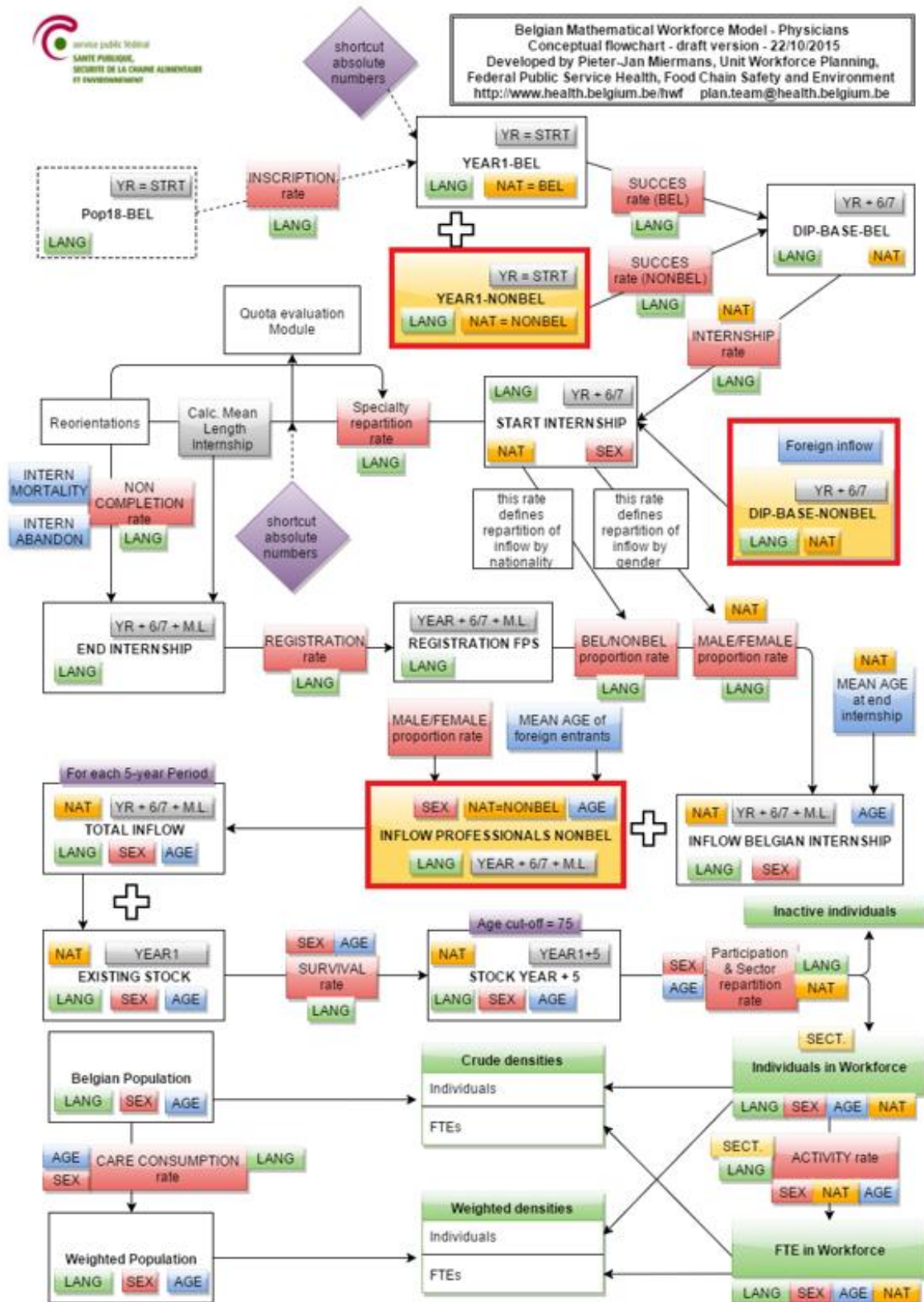
De evolutie van het **aanbod** (« supply ») houdt rekening met de voorraad actieven en met het activiteitsniveau (*stock* of reserve, aanbod gezondheidsbeoefenaars), waarvan de uitstroom is afgetrokken (*outflow* of personen die het beroep verlaten), en waarbij de nieuwe gediplomeerden in België zijn toegevoegd, maar ook de instroom van de in het buitenland gediplomeerde beroepsbeoefenaars (*inflow* of nieuwkomers in het beroep).

De evolutie van de **vraag** (« demand ») naar zorg bekijkt de behoeften van de bevolking (demografie, etc.) en de variaties ervan, op basis van het aantal, van de structuur per leeftijd en per geslacht van de bevolking, en van de zorgconsumptie die wordt terugbetaald in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Het model put eveneens uit verschillende gegevensbronnen en omvat bijvoorbeeld, in het geval van de artsen, de volgende parameters:

- De gegevens van PLANKAD « Artsen » (2004-2012): beschikbare voorraad artsen, participatiegraad, spreiding volgens activiteitssector, activiteitsgraad, spreiding volgens geslacht en nationaliteit (Belg/niet-Belg);
- Andere gegevensbronnen: aantal inschrijvingen in het eerste jaar, slaagpercentage, spreiding van de stagiairs per specialisme, percentage beëindigde stages, registratiepercentage bij FOD VVVL, verdeling van de nieuwe instroom van artsen volgens geslacht en nationaliteit (Belg/niet-Belg), instroom van buitenlandse artsen opgeleid in het buitenland, overlevingsgraad, aantal individuen en structuur van de bevolking, zorgconsumptie per bevolkingssegment, etc.

FIGUUR 2: OVERZICHT VAN HET PROJECTIEMODEL VAN DE BEROEPSBEVOLKING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD



2.4.5. EVOLUTIE VAN DE WORKFORCE: BASIS- EN ALTERNATIEVE SCENARIO'S

Om de behoeften inzake medisch aanbod te bepalen, werkt de Planningscommissie **toekomstscenario's** uit (**basis- en alternatieve scenario's**) met behulp van een projectiemodel van de beroepsbevolking (cf. punt 2.4.4.).

Wat het **basisscenario** betreft, worden de waargenomen historische tendensen als uitgangspunt **gebruikt**, er worden **projecties** uitgewerkt van de evolutie van het aantal actieve beroepsbeoefenaars « **bij ongewijzigde omstandigheden en beleid** ». Bij die voorspellingen wordt rekening gehouden met de stock aan actieven, waarvan de uitstroom (overlijdens, pensionering) wordt afgetrokken en de nieuw gediplomeerden in België, alsook de instroom van beoefenaars die in het buitenland zijn gediplomeerd, worden toegevoegd. De evolutie van de zorgvraag wordt ingeschat op basis van het aantal individuen en de bevolkingsstructuur per leeftijd en per geslacht, en de respectieve zorgconsumptie (gegevens van de ziekte- en invaliditeitsverzekering - ZIV).

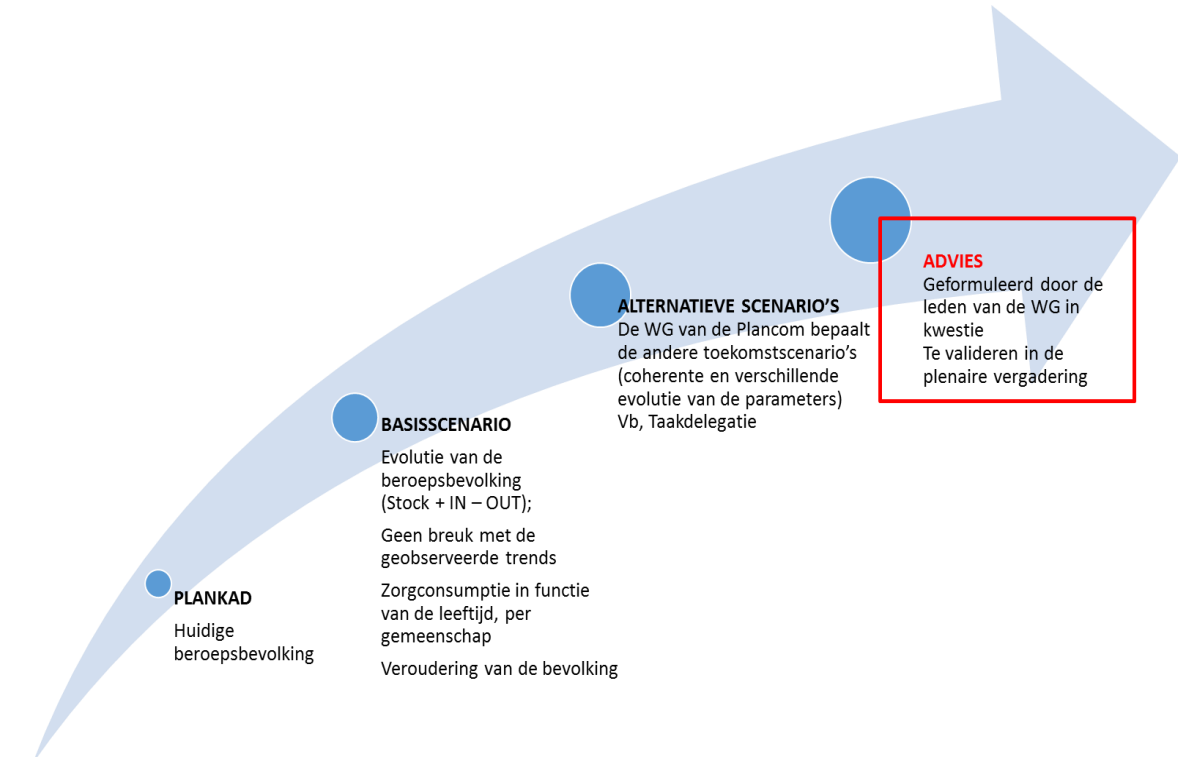
Het projectiemodel van de beroepsbevolking dat werd ontwikkeld door de Planningscommissie omvat verschillende parameters en houdt rekening met de mobiliteit, zowel bij het begin van de studies als bij de aanvang van de specialisaties en van de beroepspraktijk. Het basisscenario anticipeert op de actieve beroepsbevolking in België, in een Europese en internationale context geplaatst. De planning wordt niet langer beperkt tot beroepsbeoefenaars opgeleid in België, maar houdt vanaf nu ook rekening met de internationale mobiliteit van de gezondheidszorgbeoefenaars.

De **resultaten van het basisscenario** geven een beeld van hoe de toekomst van het medisch aanbod aan artsen er « kan » uitzien « **bij onveranderde omstandigheden en onder ongewijzigd beleid** ». Het is dan ook belangrijk dat de resultaten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De aldus verkregen projecties worden gepresenteerd in een reeks gedetailleerde verslagen (één per specialisme) en synthesverslagen.

De Planningscommissie zal ook haar toekomstvisie geven van het medisch beroep **door alternatieve scenario's te ontwikkelen** (in 2017).

Die alternatieve scenario's moeten het mogelijk maken **de parameters van het model aan te passen in functie van een aantal hypotheses** over de toekomstige evolutie: van de workforce, de context, de activiteit, de vraag, etc. Die hypotheses worden ontwikkeld door de verschillende betrokken werkgroepen.

FIGUUR 3: ONTWIKKELING VAN DE TOEKOMSTSCENARIO'S



KORTOM

- **Het projectiemodel van de beroepsbevolking dat werd ontwikkeld door de Planningscommissie is een « stock-and-flow »-model. Het gaat uit van het principe dat er, voor elk gezondheidszorgberoep, een vraag en een aanbod bestaat.**
- **De resultaten van het basisscenario geven een beeld van hoe de toekomst van het medisch aanbod aan gezondheidsberoepsbeoefenaars er « kan » uitzien « bij onveranderde omstandigheden en onder ongewijzigd beleid ».**
- **De alternatieve scenario's moeten het mogelijk maken de parameters van het model aan te passen in functie van een aantal hypothesen over de toekomstige evolutie van een beroep: van de workforce, de context, de activiteit, de vraag, etc. Die hypothesen moeten nog ontwikkeld worden door de verschillende betrokken werkgroepen.**

2.4.5. INTERNE STUDIES PER BEROEPSGROEP OF PROBLEMATIEK

Er werden diverse aanvragen voor gegevensanalyse behandeld. De documenten die werden gepubliceerd in 2016 staan ook vermeld in de lijst in bijlage 6.4. De studies zijn ook beschikbaar op: <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties. Die documenten zijn:

- Basisscenario van de evolutie van de workforce Artsen (2016).
- Basisscenario van de evolutie van de workforce Tandartsen (2016).
- Kwantitatieve projectie van het effect van de dubbele cohorte van afgestudeerden in de medische wetenschappen op de stageplaatsen in de geneeskunde voor het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel (2016, update).

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

Op 3 en 4 mei 2016 organiseerde de Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting zijn Closure Event "[Towards a sustainable health workforce for Europe](#)" in Bergen, België.

Dit closure event maakte een einde aan de Joint Action die in 2013 van start ging. Drie jaar lang hebben 26 Europese lidstaten, universiteiten, regio's, de meest belangrijke beroepsorganisaties (zoals CPME, EFN, HOPE, EPSU), de WHO, de OESO en enkele niet-Europese landen hun kennis en expertise gebundeld om de behoeften aan gezondheidspersoneel en de planning van de personeelsbezetting te verbeteren. De EU-lidstaten en deelnemende partners werden dankzij dit project beter voorbereid op de uitdagingen die hen te wachten staan op het vlak van de personeelsdimensie van gezondheidszorgsystemen en werden geholpen om duurzame maatregelen te treffen teneinde de crisis op vlak van health workforce te beantwoorden of te voorkomen.

Het tweedaags evenement in Bergen gaf een overzicht van het werk en de belangrijkste resultaten van de Joint Action. U kan alle resultaten (documenten, hulpmiddelen, handboeken, richtlijnen en een beschrijving van de planningsmethodologieën van 7 Europese landen) op de website terugvinden: www.healthworkforce.eu.

De agenda van het closure event werd verder aangevuld met een sessie over health workforce beleid in de OESO-landen, evenals met een bijdrage van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en met een beleidssessie over werkgelegenheid in de gezondheidszorg. Meer informatie over het closure event en de aanvullende sessies kan u [hier](#) terugvinden.

Daarnaast werd België, en in het bijzonder de huisartsgeneeskunde, gekozen om deel te nemen aan een pilootproject voor het implementeren van kwalitatieve methodologieën in de planning van de gezondheidszorgberoepen ("horizon scanning"). Dit pilootproject werd in 2015 uitgevoerd in samenwerking met het werkpakket 6¹⁴ en een consortium van Belgische universiteiten, waarvoor de eerste voorbereidingen al in 2013 getroffen werden. Ondertussen zijn de resultaten beschikbaar in de vorm van een rapport dat u [hier](#) kan terugvinden. U vindt er eveneens meer informatie over dit pilootproject.

¹⁴ 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).

Eerder in het jaar, op 17 en 18 februari, heeft de cel planning een bijdrage geleverd aan de derde en laatste joint action conferentie in Varna, Bulgarije, "[Joint Action Conference on Planning & Educating Health Workforce without borders](#)".

Het thema van deze bijeenkomst was de migratie en internationale mobiliteit van de health workforce. Dit thema werd niet enkel benaderd vanuit een gegevensperspectief, maar ook met aandacht voor sociale en ethische aspecten. De volgende drie onderwerpen werden behandeld:

1. De uitdagingen gesteld door de internationale mobiliteit van de gezondheidszorgbeoefenaars ([link naar presentatie van de Cel Planning](#)).
2. De impact van een veranderende demografie op de behoeften van de gezondheidszorgbeoefenaars.
3. De opleiding van de gezondheidszorgbeoefenaars van de toekomst.

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

2.6.1. WIJZIGINGEN INGEVOERD DOOR DE 6DE STAATSHERVORMING

De 6de 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 gewijzigde¹⁵ 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 hun eigen behoeften en hun beleid aanpassen aan die behoeften. De federale overheid blijft 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.

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 door het federale niveau tot 2020 blijven van toepassing.

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 (voor België, per gemeenschap), voor de artsen en de tandartsen**
- **Met naleving van de federale contingentering mag elke gemeenschap subquota bepalen om voorrang te geven aan de specialismen die beantwoorden aan de specifieke behoeften van haar bevolking. Op die manier kunnen artsen en tandartsen indien nodig georiënteerd worden naar specialismen die verschillen van gemeenschap tot gemeenschap**

¹⁵ Uittreksel opgenomen in bijlage 6.2.

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.92 van het koninklijk besluit van 10 mei 2015 houdende coördinatie van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, 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 groep 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. Wat de kinesitherapeuten betreft, werd de opvolging van de contingentering opgeschort en vervolgens stopgezet, en de uitwerking van de toekomstscenario's werd uitgesteld in afwachting van de herontwikkeling van het projectiemodel van de workforce dat meer flexibiliteit mogelijk maakt.

De contingentering van de artsen en tandartsen, waarvan de realisatie respectievelijk wordt beschreven in de punten 3.4 en 4.4, is gebaseerd op de eerste bepaling. De toegang tot het verlenen van de bijzondere beroepstitels maakt het voorwerp uit van een erkenning die valt onder een beperking op de toegang tot de praktische opleidingen die vereist zijn voor de toekenning van deze erkenning¹⁶.

¹⁶ 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. De modaliteiten van de contingentering zijn in de loop van de decennia geëvolueerd. Eerst heeft de wetgever bepalingen opgelegd voor het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35ter van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Op 15 september 1997 is het KB van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels, in werking getreden. 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 3: 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 35ter¹⁷.

Per gemeenschap werd dat aantal als volgt opgesplitst:

TABEL 4: 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	-	-

¹⁷ 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.

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 er de naleving van controleert.

De beperking heeft dus 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 specialisme 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 sancties er voorzien zijn 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 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 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	-
	Urgentiegeneskunde				5	5	5	5	5	5	-
Globale aantallen		742	742	742	757	757	757	757	757	890	975

TABEL 6: 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	-
	Urgentiegeneskunde				3	3	3	3	3	3	-
Globale aantallen		445	445	445	454	454	454	454	454	534	585

TABEL 7: 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 op vanaf 1 juli 2008 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 eindexamen 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 in 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 afvlakkingsmethode 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 verslag 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 specialisme 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 kinderen 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 bachelor-jaar tijdens het academiejaar 2012-2013.

De gevolgen van deze wijziging zullen in 2018 zichtbaar zijn: twee lichtingen studenten zullen hun basisdiploma in de geneeskunde halen, namelijk de groep studenten die hun studies over 7 jaren hebben aangevat in 2011, plus de groep 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 maatregel te wijzigen: dit biedt een oplossing voor de twee lichtingen 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 6de Staatshervorming kunnen de gemeenschappen vanaf 2021 de subquota vaststellen.

De Commissie heeft haar advies ingediend voor het quotum voor het jaar 2022, maar er werd geen koninklijk besluit voor opgesteld.

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 BELGIË.

België		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Maxima (art. 3)		757	757	757	757	890	975	1025	1230	1230	1230	2460	1230	1230	1230	1320
Minima (art. 4)	Huisartsen	300	300	300	300	300	300	300	360	400	400	800	400	400	-	-
	Kinder- en 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	-	-
	Urgentiegeneeskunde	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	20	10	10	-	-
	Geriatricie			20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-	-

*Geen publicatie van een KB

TABEL 9: 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 VAN 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	2021	2022*
Maxima (art. 3)		454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	738	745
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	-	-

* Geen publicatie van een KB

TABEL 10: 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 VAN 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	2021	2022*
Maxima (art. 3)		303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	492	575
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	-	-

* Geen publicatie van een KB

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.

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.

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.

Afvlakking ('Lissage')

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

Sinds september 2004 is het Belgisch hoger onderwijs sterk gewijzigd door het « Bolognaproces ». Dat is een Europese hervorming die tot doel heeft om de diploma's van de verschillende lidstaten te harmoniseren en de mobiliteit van studenten in Europa te bevorderen. De studies zijn georganiseerd in drie cycli. Aan elk studiejaar zijn « studiepunten » of ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) verbonden. Een « studiepunt » is een eenheid die overeenkomt met de tijd die een student besteedt aan een leeractiviteit binnen een studieprogramma, in een bepaald vak. Het studiejaar blijft de referentie en stemt overeen met 60 studiepunten »¹⁸.

De invoering van die hervorming – en meer bepaald het gebruik van de ECTS – betekende het einde van het studieprogramma dat is opgebouwd rond 'vaste' academiejaren; de studenten kunnen nu « studiepunten » behalen in verschillende jaren.

De invoering van die hervorming heeft een invloed op de opvolging van het aantal afgestudeerden. De ingevoerde wijzigingen houden namelijk in dat het nu niet meer mogelijk is om het verwachte aantal gediplomeerden te ramen op basis van de inschrijvingen per universitair studiejaar en van het aantal inschrijvingen voor het volgende studiejaar, berekend tussen twee opeenvolgende studie jaren (« slaagpercentage »). De studenten kunnen momenteel namelijk een studieprogramma volgen gespreid over een aantal jaar en meegeteld worden in verschillende studie jaren (gevaar op dubbele telling).

Om die beperkingen weg te werken, wordt het verwachte aantal gediplomeerden momenteel geraamd op basis van de projecties uit het basisscenario dat werd opgesteld voor de opvolging van de medische beroepen.

In de onderstaande tabellen worden de reële en de verwachte aantallen afgestudeerden weergegeven per Gemeenschap. De quota werden ook opgenomen in de tabellen als referentiewaarden. We benadrukken hierbij dat alle houders van een Belgisch diploma niet noodzakelijk een stageplan zullen indienen voor het behalen van een bijzondere beroepstitel.

¹⁸ http://www.belgium.be/nl/Leren/onderwijs/hoger_onderwijs/europese_harmonisatie

TABEL 11: 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 (7)	2019	2020	2021
Aantal afgestudeerden	559	459	362	416	413	483	575	659	718	748	718 (3)	753 (4)	881 (5)	846 (6)	1527	930	819	819
Quotum	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	738

- (1) Reële aantallen gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid).
- (2) Verwacht aantal op basis van de projecties uit het basisscenario dat werd opgesteld voor de opvolging van de medische beroepen.
- (3) Bij wijze van voorbeeld: van de 718 afgestudeerden in 2014, 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.
- (4) Van de 753 afgestudeerden in 2015, hebben er 702 (93,23%) de Belgische nationaliteit, 40 (5,31%) de Nederlandse nationaliteit; dat zijn, in 2015, de 2 belangrijkste nationaliteiten in deze cohorte. We geven ook mee dat er evenmin afgestudeerden zijn met de Luxemburgse nationaliteit.
- (5) Van de 881 afgestudeerden in 2016, hebben er 814 (92,39%) de Belgische nationaliteit, 51 (5,79%) de Nederlandse nationaliteit; dat zijn, in 2016, de 2 belangrijkste nationaliteiten in deze cohorte. We geven ook mee dat er evenmin afgestudeerden zijn met de Luxemburgse nationaliteit.
- (6) In 2017 ligt het aantal studenten die zullen afstuderen (Bron: uittreksel uit het kadaster van 22 mei 2017) op 846, terwijl de projecties er 739 voorzagen. Er zijn dus 107 gediplomeerde Vlaamse artsen meer dan voorzien.
- (7) In 2018 komen twee cohortes op hetzelfde ogenblik aan het einde van hun basisopleiding geneeskunde door de daling van de studieduur die van kracht werd in 2012 (van 7 naar 6 jaar). Dat verklaart dat het verwachte aantal gediplomeerden in 2018 twee keer hoger ligt in vergelijking met de andere jaren.

TABEL 12: STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING VAN AFGESTUDEERDEN IN DE GENEESKUNDE IN DE FRANSE GEMEENSCHAP

Jaar van het diploma	Franse gemeenschap																	
	Reëel (1)													Verwacht (2)				
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (7)	2019	2020	2021
Aantal afgestudeerden	321	314	323	315	341	368	405	466	462	428	571 (3)	606 (4)	736 (5)	842 (6)	1854	838	898	514
Quotum	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	492

- (1) Reële aantallen gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (Bron: FOD Volksgezondheid).
- (2) Verwacht aantal op basis van de projecties uit het basisscenario dat werd opgesteld voor de opvolging van de medische beroepen.
- (3) Bij wijze van voorbeeld: van de 571 afgestudeerden in 2014, 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 7 afgestudeerden zijn met de Luxemburgse nationaliteit.
- (4) Van de 606 afgestudeerden in 2015, hebben er 524 (86,47%) de Belgische nationaliteit, 46 (7,59%) de Franse nationaliteit; dat zijn, in 2015, de 2 belangrijkste nationaliteiten in deze cohorte. We geven ook mee dat er 5 afgestudeerden zijn met de Luxemburgse nationaliteit.
- (5) Van de 736 afgestudeerden in 2016, hebben er 641 (87,02%) de Belgische nationaliteit, 52 (7,06%) de Franse nationaliteit; dat zijn, in 2015, de 2 belangrijkste nationaliteiten in deze cohorte. We geven ook mee dat 11 afgestudeerden de Luxemburgse nationaliteit hebben.
- (6) In 2017 bedraagt het aantal studenten die zullen afstuderen (bron: uittreksel uit het kadaster op 22 mei 2017) 842, terwijl de projecties er 912 voorzagen. Er zijn dus 70 afgestudeerde Franstalige artsen minder dan voorzien.
- (7) In 2018 komen twee cohortes op hetzelfde ogenblik aan het einde van hun basisopleiding geneeskunde door de daling van de studieduur die van kracht werd in 2012 (van 7 naar 6 jaar). Dat verklaart dat het verwachte aantal gediplomeerden in 2018 twee keer hoger ligt in vergelijking met de andere jaren.

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 stroomopwaarts, door in te grijpen 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.¹⁹

¹⁹ Vóór het invoeren van deze filter, schommelt het jaarlijks aantal gediplomeerden in 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 gediplomeerden tussen 362 en 559.

In de **Franse gemeenschap** werden er achtereenvolgens verschillende systemen ingevoerd. De eerste maatregel, die werd toegepast van 1997 tot 2002, bestond uit een selectie van studenten na de eerste studiecycclus, d.w.z op het einde van het derde jaar²⁰. Het decreet dat deze selectie verplicht maakte, werd opgeheven in 2002, waardoor de toegang tot de studies in de geneeskunde in de Franse gemeenschap vrij werd gemaakt. Deze toestand heeft geduurd tot in 2005, toen een ander toegangsexamen werd ingevoerd, op het einde van het eerste studiejaar. Dat examen is drie jaar in voege geweest, en vervolgens werd het van 2008 tot 2012 opgeschort.

Vanaf academiejaar 2012 heeft de Franse gemeenschapsregering een besluit genomen dat een gemeenschappelijke oriëntatieprocedure vastlegt 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 geneeskunde, 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 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'. Dit examen 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 laatste twee maatregelen in de Franse gemeenschap van kracht.

De regering van de Federatie Wallonië-Brussel heeft recent de verordening goedgekeurd die het examen geneeskunde en tandheelkunde organiseert. Sinds 13 januari 2016 is er namelijk een nieuw besluit van de regering van de Franse gemeenschap tot vaststelling van de nadere regels voor het opstellen van de rangschikking en voor de uitreiking van attesten voor toegang tot het vervolg van het programma van de cyclus voor de studies medische wetenschappen en tandheelkundige wetenschappen (toegang tot het tweede jaar van het studieprogramma). De verordening, ter attentie van de deeljury's van het blok van de eerste 60 studiepunten van de 1ste cyclus medische wetenschappen en tandheelkundige wetenschappen, preciseert de nadere regels voor de toegang tot het examen, de deliberatie, het opstellen van de rangschikking en de uitreiking van attesten voor toegang tot het vervolg van de eerste cyclus voor de studies medische wetenschappen en tandheelkundige wetenschappen in toepassing van artikel 110/7 van het decreet van 7 november 2013 tot bepaling van het hogeronderwijslandschap en de academische organisatie van de studies, ingevoegd bij het decreet van 9 juli 2015 betreffende de studies medische wetenschappen en tandheelkundige wetenschappen. Die nadere regels treden in werking voor het academiejaar 2015-2016²¹.

²⁰ Vóór de invoering van deze eerste filter, schommelt het jaarlijks aantal gediplomeerden van de jaren 1997 tot 2003 tussen 482 en 551. De filter die werd ingevoerd in 1997 levert resultaat op in de periode 2004- 2009, het jaarlijks aantal gediplomeerden schommelt dan tussen 314 en 368.

²¹ Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 13 januari 2016 tot vaststelling van de nadere regels voor het opstellen van de rangschikking en voor de uitreiking van attesten voor toegang tot het vervolg van het programma van de cyclus voor de studies medische wetenschappen en tandheelkundige wetenschappen (BS 8 februari 2016)
Decreet van 7 november 2013 tot bepaling van het hogeronderwijslandschap en de academische organisatie van de studies (BS 18 december 2013)

Naar aanleiding van de rechtszaken tijdens de zomer van 2016, heeft de minister van de Federatie Wallonië-Brussel richtlijnen bezorgd aan de rectoren van de universiteiten en de decanen van de faculteiten geneeskunde van de Franse gemeenschap. Die richtlijnen benadrukken dat alle studenten uit de eerste bachelor geneeskunde of tandheelkunde die tijdens academiejaar 2015-2016 « minstens 45 van de eerste 60 credits van het studieprogramma uit de eerste cyclus » hebben behaald, zich allemaal – met het oog op billijkheid – mogen inschrijven voor het vervolg van hun studieprogramma uit de eerste cyclus (het gaat hier dus niet alleen om studenten die de rechtszaak in kortgeding hadden aangespannen, maar ook alle studenten die zich « in eenzelfde situatie » bevinden, dat wil zeggen alle studenten uit de eerste bachelor geneeskunde of tandheelkunde die, in de loop van academiejaar 2015-2016, « minstens 45 van de eerste 60 credits van het studieprogramma uit de eerste cyclus hebben behaald »).

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.

Eenzijds kan elke arts die in een in deze richtlijn opgesomd Europees 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 bijvoorbeeld hun kans aan de universiteiten van de Franse gemeenschap, met de bedoeling achteraf naar Frankrijk terug te keren en aldaar hun beroep uit te oefenen²². 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 contingentering, 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

²² Zie nota *Artsen: Internationale mobiliteit*, 2015.

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) niet langer toe om zich in te schrijven voor de oriëntatietest in de gezondheidssector²³.

Al die factoren, die van invloed zijn bij de inschrijving of tijdens de studies, zullen een niet te verwaarlozen impact hebben op de verhouding tussen het aantal inschrijvingen en het aantal gediplomeerden 6 jaar later.

3.4. DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN DE 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 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 houden we enkel met de eerste situatie rekening. 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 12, 13 en 14.

²³ Op 19 juni 2014 gelezen op de website http://test-medecine.ares-ac.be/jcms/c_6413/fr/accueil.

- 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 enkele 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 huisartsen²⁴. Die aanpassingen zijn vermeld in voetnoot (3) van de hierna volgende tabellen 12, 13 en 14.

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 verlening 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 12, 13 en 14). 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 heractualisering van de volgende

²⁴ Op de "geïmmuniseerde" specialisaties van art. 3 van het KB van 30 mei 2002 waren de beperkingen van de quota van art. 1 niet van toepassing. Art. 4, §3 van het KB van 30 mei 2002 stipuleert duidelijk dat de regeling voor de ontbrekende aantallen enkel voor de quota van art. 1 van het betreffende besluit moeten worden toegepast. De aantallen bij de geïmmuniseerde specialisaties betroffen in feite een extra aantal bovenop de bestaande quota van art. 1.

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 (12, 13 en 14), in de kolom cumulatief totaal 2004-2014 (voetnoot 5), houdt rekening met de aantallen die reeds in mindering werden gebracht in 2010.

Voor de komende jaren zal deze vermindering 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 2016.

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 2004 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 een 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 15 (cf. verder) 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 13: DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN DE ARTSEN IN 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	2015	2004-2015	2016	2004-2016	
			Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		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		738		738		
	O	374		458		553		597		660		699		672		702		826		
	Δ	-80	-319 (2)	4	-315	+99	(-216-153) = -369 (4)	+143	-226	+126	-100	+114	14	57	(71-140) = -69 (5)	-36	-105	+88	-17	
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	180		180		180		180		180		180		216		240			
		O	110		130		168		195		210		215	-1	251		265		319	
		Δ	-70	-344 (3)	-50	-394	-12	-406	+15	-391	+30	-361	+35	-326	71	-255	49	-206	+79	-127
	Jeugd- en kinder- psychiatrie	N	12		12		12		12		12		12		12		12		12	
		O	10		14		9		12		14		13		5		10		13	
		Δ	-2	-2	2	0	-3	-3	0	-3	+2	-1	1	0	-7	-7	-2	-9	+1	-8
	Acute geneeskunde	N	6		6		12		12		12		12		12		12		12	
		O	8		6		8		6		8		13		12		8		5	
		Δ	2	+2	0	+2	-4	-2	-6	-8	-4	-12	1	-11	0	-11	-4	-15	-7	-22
	Urgentie- geneeskunde	N	3		3		6		6		6		6		6		6		6	
		O	7		6		9		5		19		19		23		21		22	
		Δ	4	+4	3	+7	+3	+10	-1	+9	+13	+22	13	35	17	52	15	67	+16	+83
	Geriatric	N					12		12		12		12		12		12		12	
		O					2		1		0		0		2		2		4	
		Δ					-10		-10		-11		-21		-12		-33		-12	

(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 controle²⁵ en heeft geleid tot een daling van het gecumuleerd tekort. Wat het globale aantal betreft, daalt het gecumuleerd totaal, als we de plaatsen die vrijkomen door de onderzoeksmandaten in mindering brengen, van -69 eenheden in 2014 naar -17 eenheden in 2016.

Er wordt een daling van het tekort vastgesteld bij de huisartsen; het gecumuleerd tekort is afgenomen tot 127 eenheden in 2016. Vanaf het jaar 2012 is er een significante inhaalbeweging.

Het minimumaantal voor de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt niet meer bereikt in 2016. Het tekort bedraagt 8 eenheden in 2016. Het minimum voor de acute geneeskunde wordt niet gehaald in 2016. Het tekort neemt toe tot 22 eenheden in 2016. Het minimum voor de urgentiegeneskunde daarentegen wordt ruim overschreden. We stellen een overschot vast van 83 eenheden in 2016.

Sinds 2010 hebben slechts 11 artsen verklaard een opleiding te volgen in de geriatrie vanaf de indiening van het eerste stageplan; terwijl er voor diezelfde periode 84 opleidingen vereist waren als minimum. Het minimum voor de geriatrie wordt nooit gehaald, en het tekort neemt toe (-73 eenheden in 2016).

²⁵ Zie ook de toekomstprojecties in punt 3.4.

TABEL 14: DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN DE ARTSEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP: GLOBAAL OVERZICHT

Franse gemeenschap																				
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014	2015	2004-2015	2016	2004-2016	
			Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		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		492		492		
	O	343		358		406		447		432		410		522		579		661		
	Δ	+40	+37 (2)	+55	+92	+103	(+195 - 86) = +109 (4)	+144	+253	+76	+329	+20	+349	+112	(461-98) = +363 (5)	+87	+450	+169	+619	
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	120		120		120		120		120		120		120		144		160	
		O	117		108		106		122		123		129		160		199		231	
		Δ	-3	-75 (3)	-12	-87	-14	-101	+2	-99	+3	-96	+9	-87	+40	-47	+55	8	+71	+80
	Kinder- en jeugdpsychiatrie	N	8		8		8		8		8		8		8		8		8	
		O	9		8		7		9		4		7		7		6		13	
		Δ	1	+1	0	+1	-1	0	+1	+1	-4	-3	-1	-4	-1	-5	-2	-7	+5	-2
	Acute geneeskunde	N	4		4		8		8		8		8		8		8		8	
		O	5		5		2		1		4		1		2		0		0	
		Δ	1	+1	1	+2	-6	-4	-7	-11	-4	-15	-7	-22	-6	-28	-8	-36	-8	-44
	Urgentiegeneeskunde	N	2		2		4		4		4		4		4		4		4	
		O	5		8		15		16		15		15		27		34		28	
		Δ	3	+3	6	+9	+11	+20	+12	+32	+11	+43	11	54	23	77	+30	+107	+24	+131
	Geriatric	N					8		8		8		8		8		8		8	
		O					4		7		7		7		9		7		14	
		Δ					-4		-4		-1		-5		-1		-6		-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.

(5) 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 2004-2015 dat het cumulatieve overschot van het globale contingent van artsen blijft stijgen²⁶. Het overschot bedroeg 363 eenheden in 2014 en stijgt naar 619 eenheden in 2016.

Wat het minimumaantal artsen betreft die een opleiding huisartsgeneeskunde aanvatten, is het tekort aanvankelijk toegenomen tot in 2010. De daling, die in 2011 is ingezet, zette zich verder tot in 2014, het cumulatieve tekort is toen gedaald tot 47 artsen. In 2015 stellen we zelfs een overtal vast van 8 eenheden. Dat overtal blijft toenemen in 2016 en bedraagt dan 80 eenheden.

De overschrijding van de quota sinds 2013 kwam vooral de huisartsgeneeskunde ten goede.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie werd bereikt en voor het eerste overschreden sinds 2012, en beperkt aldus het gecumuleerd tekort tot 2 eenheden.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2016 wordt het tekort groter (-28 eenheden in 2014, -36 eenheden in 2015, en -44 in 2016). Sinds twee opeenvolgende jaren werd er geen stageplan meer ingediend in deze specialisme in de Franse gemeenschap. Het minimum voor de urgentiegeneeskunde wordt daarentegen ruim overschreden (overschot van 131 eenheden in 2016).

Het minimum voor de geriatrie wordt gehaald en overschreden in 2016, waardoor het gecumuleerd tekort afneemt tot 1 eenheid.

²⁶ Zie ook de toekomstprojecties in punt 3.4.

TABEL 15: DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN DE 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	2015	2004-2015	2016	2004-2016	
			Cumulatief totaal		Cumulatief totaal		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		1230		1230		
	O	717		816		959		1044		1092		1109		1194		1281		1487		
	Δ	-40	-282 (2)	+59	-223	+202	-260 (4)	+287	27	+202	229	+134	363	+169	294 (5)	+51	345	+257	+602	
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	300		300		300		300		300		300		360		400			
		O	227		238		274		317		333		344		411		464		550	
		Δ	-73	-419 (3)	-62	-481	-26	-507	+17	-490	+33	-457	+44	-413	111	-302	+104	-198	+150	-48
	Kinder- en jeugdpsychiatrie	N	20		20		20		20		20		20		20		20		20	
		O	19		22		16		21		18		20		12		16		26	
		Δ	-1	-1	2	1	-4	-3	+1	-2	-2	-4	0	-4	-8	-12	-4	-16	+6	-10
	Acute geneeskunde	N	10		10		20		20		20		20		20		20		20	
		O	13		11		10		7		12		14		14		8		5	
		Δ	3	+3	1	+4	-10	-6	-13	-19	-8	-27	-6	-33	-6	-39	-12	-51	-15	-66
	Urgentiegeneeskunde	N	5		5		10		10		10		10		10		10		10	
		O	12		14		24		21		34		34		50		55		50	
		Δ	7	+7	9	+16	+14	+30	+11	+41	+24	65	+24	89	40	129	+45	+174	+40	+214
	Geriatricie	N					20		20		20		20		20		20		20	
		O					6		8		7		7		11		9		18	
		Δ					-14		-14		-12		-26		-13		-39		-13	

(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).

(4) 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.

(5) 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 2011-2015 neemt het cumulatieve overschot van het globale contingent van artsen toe (van een gecumuleerd overschot van 27 eenheden in 2011 naar een gecumuleerd overschot van 602 eenheden in 2016). Het gecumuleerd overschot bedraagt 264 eenheden in 2014, 345 eenheden in 2015, en 602 eenheden in 2016, zijnde respectievelijk 21,5%, 28% en 48,9% van het quotum van het jaar 2015/2016 (1230 eenheden).

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. De daling van het globale tekort (België), die werd ingezet in 2011, wordt bevestigd in 2014 (-302 eenheden), in 2015 (-198 eenheden) en in 2016 (-48 eenheden). Maar algemeen genomen (voor België) had de huisartsengeneeskunde eerst 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 tweede instantie, vanaf 2013, was dit gunstiger voor de huisartsengeneeskunde dan voorheen.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie werd in 2015 niet gehaald (-4 eenheden). Het saldo vertoonde een gecumuleerd tekort van 12 eenheden in 2014 en van 16 eenheden in 2015. Met het overschot van 2016 (26 stages in plaats van 10), wordt het tekort enigszins weggewerkt; het bedraagt -10 eenheden in 2016.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2016 wordt het tekort groter (-66 eenheden in 2016). Het minimum voor de urgentiegeneskunde daarentegen wordt ruim overschreden. Zo stellen we een overschot van 214 eenheden vast in 2016.

Het minimum voor de geriatrie wordt nooit gehaald, ook al komen we dichterbij in 2016, en het tekort neemt vrij snel toe (van -14 eenheden in 2010 naar -74 eenheden in 2016).

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

TABEL 16: AANTAL VRIJSTELLINGEN IN 2016, PER GEMEENSCHAP EN VOOR BELGIË

		Vlaamse gemeenschap	Franse gemeenschap	België
VRIJSTELLINGEN				
Buitenlandse diploma's (art.1, 1°);		40	72	112
Specialiteitswissel	Huisarts	8	1	9
	Geneesheer- specialist	15	1	16
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°)		3	2	5
Aangeworven door het ministerie van defensie (Art 5, 5°);		0	1	1
Diploma van middelbare studies uitgereikt door een lidstaat van de EER zonder volledige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde (art. 5, 7°)		0	7	7
Diploma's behaald voor 2004 (art. 5, 8°);	Huisarts	1	1	2
	Geneesheer- specialist	0	2	2
Totaal van de vrijstellingen		67	87	154

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 verwijderd 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 de projecties uit het basisscenario 2012-2037). Op basis van die aantallen en van de realisatie van de contingentering uit punt 3.4, kunnen we de **verwachte overschrijdingen projecteren tot 2021**. Die projecties verlopen onder de volgende omstandigheden:

- **Zonder rekening te houden** met de afgestudeerden die geen stageplan zullen indienen in de curatieve geneeskunde;
- **Zonder** de onderzoeksmandaten na 2014 **in mindering te brengen**;
- **Zonder** de overlijdens en de stopzettingen **in mindering te brengen** in de contingenten.

We moeten er dus van uitgaan dat bij die realisatie van de contingentering in concreto een kleiner aantal overschrijdingen wordt geregistreerd dan de in dit document 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 vrijgesteld zijn van het quotum (aangeworven bij het ministerie van Defensie of specialisme buiten RIZIV of houder van een diploma 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 indient, wordt niet berekend²⁷. 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 het quotum. Het geprojecteerde saldo is dus systematisch 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 17: VLAAMSE GEMEENSCHAP: VASTSTELLING EN PROJECTIE VAN DE CONTINGENTERING

Vlaamse gemeenschap															
		Reëel										Verwacht			
Jaar van het diploma		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	753	881	846	1527	930	819
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	15	143	108	51	192	81
Aantal stageplannen IN quota	S		374	458	553	597	660	699	672	702	826	?	?	?	?
Aantal gediplomeerden dat geen stageplan IN quotum heeft ingediend	D-S		39	25	22	62	58	49	48	51	55	?	?	?	?
Jaarlijkse realisatie van de quota	Ra = S-Q		-80	4	99	143	126	114	57	-36	+88	108	51	192	81
Jaarlijkse realisatie van de quota	Cumul van Ra	-239	-319	-315	(-216-153)	-226	-100	14	(71-140)	-105	-17	91	142	334	415
Voortgang van het saldo					= -369				= -69						

- (1) *Aantal gediplomeerden*: Tot 2016 gaat het over het reële aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (Bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2017 gaat het over het aantal *verwachte gediplomeerden*. Voor 2017 gaat het om het aantal artsen die zullen afstuderen (uittreksel uit het kadaster van 22 mei 2017). Vanaf 2018 gaat het om het aantal *verwachte gediplomeerden* dat voortvloeit uit de door de FOD Volksgezondheid uitgevoerde projecties op basis van basisscenario 2012-2037 dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de medische beroepen.

²⁷ Het betreft de verhouding (D-S) / D.

TABEL 18: FRANSE GEMEENSCHAP: VASTSTELLING EN PROJECTIE VAN DE CONTINGENTERING

Franse gemeenschap															
		Reëel										Verwacht			
Jaar van het diploma		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	606	736	842	1854	838	898
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	114	244	350	870	346	406
Aantal stageplannen IN quota	S		343	358	406	447	432	410	522	579	661	?	?	?	?
Aantal gediplomeerden dat geen stageplan IN quotum heeft ingediend	D-S		-2	10	-1	19	30	18	51	27	75	?	?	?	?
Jaarlijkse realisatie van de quota	Ra = S-Q		40	55	103	144	76	20	112	87	169	350	870	346	406
Jaarlijkse realisatie van de quota Voortgang van het saldo	Cumul van Ra	-3	37	92	(195- 86)= 109	253	329	349	(461- 98) =363	450	619	969	1839	2185	2591

(1) Aantal gediplomeerden: Tot 2016 gaat het over het reële aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2017 gaat het over het aantal verwachte gediplomeerden. Voor 2017 gaat het om het aantal artsen die zullen afstuderen (uittreksel uit het kadaster van 22 mei 2017). Vanaf 2018 gaat het om het aantal verwachte gediplomeerden dat voortvloeit uit de door de FOD Volksgezondheid uitgevoerde projecties op basis van basisscenario 2012-2037 dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de medische beroepen.

Wat de projectie van de overschrijdingen betreft:

- Tegen 2018, het voorziene jaar voor het einde van de afvlakkingsperiode, lijkt het erop dat het totale aantal gediplomeerden in de Vlaamse gemeenschap die een stageplan hebben aangevat dat valt binnen het kader van de contingentering 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 er duidelijk op dat het totale aantal gediplomeerden van de Franse gemeenschap dat een stageplan heeft aangevat dat in het kader valt van de contingentering 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 problematisch te gaan worden; in dat jaar is het einde van de afvlakkingsperiode voorzien: het cumulatief overschot wordt geschat op 1839 eenheden in 2018 (ook al is duidelijk dat dit aantal een overschatting is).

3.6. CONCLUSIES

De opvolging van de contingentering sinds 2004 levert de volgende conclusies op:

- Het cumulatief globaal tekort in de Vlaamse gemeenschap wordt langzaamaan weggewerkt. Het bedraagt nog slechts 17 eenheden in 2016
- Het cumulatieve overschot aan artsen in de Franse gemeenschap blijft stijgen. Het bereikt 619 eenheden in 2016.
- Het cumulatieve tekort aan huisartsen begint vanaf 2011 te dalen, zowel in de Vlaamse gemeenschap als in de Franse gemeenschap. In 2016 blijft het cumulatieve tekort negatief (-127) in de Vlaamse gemeenschap, terwijl er in de Franse gemeenschap een overschot is (+80).
- De minima van de specialisatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie worden in 2016 bijna gehaald, in beide gemeenschappen.
- De minima van de specialisatie in de acute geneeskunde worden sinds 2010 niet meer gehaald, en het tekort blijft jaar na jaar 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 dan nog zin om een onderscheid te maken tussen die 2 specialismen (urgentiegeneeskunde vs. acute geneeskunde)?
- De minima van de specialisatie in de geriatrie worden nooit gehaald, en het tekort blijft toenemen in de Vlaamse gemeenschap, maar het verkleint in de Franse gemeenschap. We moeten echter voorzichtig zijn bij het interpreteren van die aantallen: de oriëntatie naar de geriatrie kan immers gebeuren in de loop van de specialisatie, na de 3 jaar truncus communis in de inwendige geneeskunde. De hier vermelde aantallen vertegenwoordigen dus maar een deel van het aantal artsen van een bepaalde cohorte die, na het einde van hun stageplan, erkend zullen zijn in de geriatrie.

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

4.1. DE CONTINGENTERINGSPRINCIPES VAN DE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

In art. 92 van het KB van 10 mei 2015 houdende coördinatie van het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, 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 erkenning²⁸.

²⁸ 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 DE 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 einddiploma afgeleverd door een universiteit die onder de bevoegdheid van de Vlaamse gemeenschap viel, en 56 kandidaten in het bezit van een einddiploma 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 a 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 toegepast vanaf 2006.

Dit nieuwe besluit legt bovendien de 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 vanaf hetwelk 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 staats hervorming 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 grotere of kleinere verschil van maximum 20% ten aanzien van het totaal aantal kandidaten voor het betreffende jaar, wordt verlengd tot 2020 (art.6).

Deze vermindering 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 19: JAARLIJKSE QUOTA TANDARTSEN (KB VAN 19/08/2011 EN VOLGENDE)

		Jaren	2008 - 2010	2011 - 2013	2014 - 2016	2017 - 2020	2021*
Toegang tot de opleiding (art.1 - 4)	Globaal aantal	België	140	150	160	180	188
		Vlaamse gemeenschap	84	90	96	108	116
		Franse gemeenschap	56	60	64	72	72
	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 Planningscommissie heeft een advies verleend voor het quotum 2021, maar er werd geen koninklijk besluit opgesteld.

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 specialisme.

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 projecties uit het basisscenario 2012-2037 dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de verschillende specialismen in de tandheelkunde. De quota zijn vermeld als referentiewaarden.

TABEL 20: STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN TANDARTSEN IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP (BELGEN + BUITENLANDERS).

Vlaamse gemeenschap																		
	Reëel															Verwacht (projecties)		
Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal gediplomeerden (D)	87	65	50	46	74	65	62	76	103	87	102	110	108	97	98	78	92	87
Quotum (Q)	84	84	84	84	84	84	84	84	84	90	90	90	96	96	96	108	108	108
D-Q	3	-19	-34	-38	-10	-19	-22	-8	19	-3	12	20	12	1	2	-30	-16	-21
Gecumuleerd overschot		-16	-50	-88	-98	-117	-139	-147	-128	-131	-119	-99	-87	-86	-84	-114	-130	-151

De cijfers voor 2002 tot en met 2015 zijn de werkelijke cijfers van de gediplomeerden op basis van de afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2017 zijn de opgegeven cijfers projecties. Voor het jaar 2017 gaat het om het aantal studenten die zullen afstuderen (volgens de lijsten die werden bezorgd door de universiteiten voor het toekennen van de visums). Vanaf 2018 gaat het om projecties van het aantal gediplomeerden die werden verkregen op basis van het basisscenario 2012-2037 dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de verschillende specialismen in de tandheelkunde.

TABEL 21: 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	2019
Aantal gediplomeerden (D)	80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	71	111	135	138	171	156	168
Quotum (Q)	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	64	64	64	72	72	72
D-Q	24	13	10	-3	15	-1	-3	24	12	-1	1	11	47	71	74	99	84	96
Gecumuleerd overschot		37	47	44	59	58	55	79	91	90	91	102	149	220	294	393	477	573

De cijfers voor 2002 tot en met 2015 zijn de werkelijke cijfers van de gediplomeerden op basis van de afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2017 zijn de opgegeven cijfers projecties. Voor het jaar 2017 gaat het om het aantal studenten die zullen afstuderen (volgens de lijsten die werden bezorgd door de universiteiten voor het toekennen van de visums). Vanaf 2018 gaat het om projecties van het aantal gediplomeerden die werden verkregen op basis van het basisscenario 2012-2037 dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de verschillende specialismen in de tandheelkunde.

In de Vlaamse gemeenschap lag het aantal tandartsen steeds lager dan de quota.

Aan Franstalige kant, gelet op de trend om een groter aantal tandartsen te diplomeren dan de quota voor toegang tot de stages, vereist het naleven van de quota maatregelen stroomopwaarts, en dit wat betreft het aantal studenten. De organisatie van de opleiding 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 ingevoerd voor de studies medische wetenschappen en tandheelkundige wetenschappen. Zie wat dat betreft de voorgeschiedenis die werd besproken in het gedeelte gewijd aan de artsen (3.3. Het verwachte aantal afgestudeerden)

In 2005 had de **Franse gemeenschap** in het kader van de contingentering een toegangsexamen tot de studies in de tandheelkundige wetenschappen ingevoerd. Dat examen werd opgeschort in 2008, en werd gevolgd door andere pogingen om de toegang tot de studies te beperken. Zie wat dat betreft de voorgeschiedenis die werd besproken in het gedeelte gewijd aan de artsen (3.3. Het verwachte aantal afgestudeerden)

Vanaf 2012 is in de Franse gemeenschap het aantal inschrijvingen in het eerste jaar in de tandheelkundige wetenschappen sterk toegenomen, wat de kwaliteit van de opleiding van de studenten in het gedrang kan brengen.

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 aan manpower van de 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 binnen 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 22: 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 (2)															Verwacht (3)		
Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal Belgische gediplomeerden	54	55	49	37	57	44	42	63	54	47	61	57	73	74	138	171	117	115
Aantal gediplomeerden uit de EU	26	14	17	16	14	11	11	16	14	12	14	14	0	52	61	?	?	?
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	60 (1)	66 (2)	?	?	?
Quotum	56	56	56	56	56	56	56	56	56	60	60	60	64	64	64	72	72	72

(1) De nationaliteit van één in 2015 in België gediplomeerde tandarts is "niet gekend" (74+60 +1 =135).

(2) De nationaliteit van twee in 2016 in België gediplomeerde tandartsen is "niet gekend".

(3) Vanaf 2016 worden de reële cijfers verkregen op basis van de uitgereikte visums (bron: FOD Volksgezondheid).

(4) Vanaf 2017 gaat het om « verwachte aantallen ». Voor 2017 gaat het om het aantal studenten die zullen afstuderen (volgens de lijsten die door de universiteiten aan de FOD werden bezorgd voor het toekennen van de visums). Vanaf 2018 gaat het om projecties uit het basisscenario voor de opvolging van de verschillende specialismen in de tandheelkunde.

In de bovenstaande tabel zijn de gediplomeerden opgedeeld volgens de nationaliteit van de houder: ofwel Belg, ofwel onderdaan van de Europese Unie (tot in 2013 worden de inwoners van buiten de EU niet meegerekend). Vanaf 2017 is het in deze tabel opgenomen aantal verwachte gediplomeerden ofwel het aantal studenten die zullen afstuderen, ofwel projecties op basis van het basisscenario dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de verschillende specialismen in de tandheelkunde. De gegevens die het mogelijk maken om de Belgische afgestudeerden te onderscheiden van die uit de andere Europese landen, zijn niet beschikbaar voor de projecties vanaf 2017.

In tabel 20 stellen we vast dat tussen 2002 en 2013 het aantal gediplomeerden in de buurt van de quota is gebleven.

Volgens de projectie zal de overschrijding die werd ingezet vanaf 2014 (voor de Belgische en de buitenlandse gediplomeerden samen) de volgende jaren echter toenemen, gezien de aantallen studenten die zijn ingeschreven in het eerste jaar (en de opgestelde projecties), en de toegestane 20% ruim overschrijden, (cf. tabel 20). De eerste gevolgen van het decreet niet-verblijfhoudenden van de Franse gemeenschap zullen normaal gezien kunnen worden waargenomen vanaf 2017.

4.4. DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN DE TANDARTSEN

In 2001 heeft de wetgever de erkenningscriteria voor orthodontisten²⁹ en parodontologen³⁰ vastgesteld, en in 2002 die voor de algemene tandartsen³¹. Sindsdien worden deze gegevens geregistreerd 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 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.

²⁹ 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

³⁰ 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

³¹ 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

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 23: AANTAL GEREGISTREERDE STAGEPLANNEN VOOR TANDARTSEN MET EEN BELGISCH DIPLOMA BEHAALD SINDS 01/01/2008.

		België								
	Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Vlaamse gemeenschap	Algemene tandartsen	49	54	81	68	73	88	85	79	81
	Tandartsen specialisten in de parodontologie	4	5	6	7	7	7	4	2	2
	Tandartsen specialisten in de orthodontie	4	7	2	8	3	4	3	2	1
Franse gemeenschap	Algemene tandartsen	30	57	55	42	48	53	84	92	97
	Tandartsen specialisten in de parodontologie	3	1	1	3	2	2	3	2	2
	Tandartsen specialisten in de orthodontie	6	6	6	5	6	2	6	6	7

TABEL 24: 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	2015	2016
Algemene tandartsen	49	54	81	68	73	88	85	79	81
Tandartsen specialisten in de parodontologie	4	5	6	7	7	7	4	2	3
Tandartsen specialisten in de orthodontie	4	7	2	8	3	4	3	2	4
TOTAAL	57	66	89	83	83	99	92	83	88
Quotum	84	84	84	90	90	90	96	96	96
20% van het quotum	17	17	17	18	18	18	19	19	19
Overschot = totaal- quotum	-27	-18	5	-7	-7	9	-4	-13	-8
Over te dragen overschot, beperkt tot 20% van het quotum	-17	-17	+5	-7	-7	9	-4	-13	-8
Over te dragen gecumuleerd overschot rekening houdend met de beperking tot 20%	-17	-34	-29	-36	-43	-34	-38	-51	-59

Op witte achtergrond: de reële aantallen van de ingediende stages (bron: kadaster, FOD Volksgezondheid).

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.

In de **Vlaamse gemeenschap** is het gecumuleerd overschot voor de periode 2008-2016 eigenlijk een tekort, dat het laagste was tijdens de periode 2008-2012, maar dat in 2013 enigszins werd weggewerkt. Die laatste trend zette zich niet door in 2014, 2015 en 2016, toen het tekort respectievelijk -38 eenheden, -51 eenheden en -59 eenheden bedroeg. De quota van tandartsen die een opleiding in de parodontologie beginnen, werden bereikt van 2011 - 2013, terwijl die quota voor de 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.

TABEL 25: 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	2015	2016
Algemene tandartsen	30	57	55	42	48	53	84	92	97
Tandartsen specialisten in de parodontologie	3	1	1	3	2	2	3	2	2
Tandartsen specialisten in de orthodontie	6	6	6	5	6	2	6	6	7
TOTAAL	39	64	62	50	56	57	93	100	106
Quotum	56	56	56	60	60	60	64	64	64
20% van het quotum	12	12	12	12	12	12	13	13	13
Overschot = totaal – quotum	-17	8	6	-10	-4	-3	29	36	42
Over te dragen overschot, beperkt tot 20% van het quotum	-12	8	6	-10	-4	-3	13*	13*	13*
Gecumuleerd overschot rekening houdend met de beperking tot 20%	-12	-4	2	-8	-12	-15	-2*	11	24

Op witte achtergrond, de reële aantallen van de ingediende stages (bron: FOD Volksgezondheid).

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 in 2014, 36 eenheden in 2015 en 42 eenheden in 2016, zijnde 16 meer dan de toegestane 20% van het quotum in 2014, 23 meer in 2015, en 29 meer in 2016. 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.

In de **Franse gemeenschap** bedraagt het gecumuleerd overschot, voor de periode 2008-2016, 24 eenheden (het betreft het « over te dragen gecumuleerd overschot vanaf 2008 rekening houdend met de beperking van 20% »). De quota van de tandartsen die een opleiding in de parodontologie beginnen worden nooit bereikt, terwijl de quota voor orthodontie werden bereikt in 2016.

TABEL 26: GECUMULEERD OVERSCHOT VAN DE OPVULLING VAN DE QUOTA VAN DE TANDARTSEN VANAF 01/01/2008.

		België									
		Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Vlaamse gemeenschap	Algemene tandartsen	Geregistreerde stageplannen	49	54	81	68	73	88	85	79	81
		Quotum	70	70	70	74	74	74	80	80	80
		Gecumuleerd overschot	-21	-37	-26	-32	-33	-19	-14	-15	-14
	Tandartsen specialisten in de parodontologie	Geregistreerde stageplannen	4	5	6	7	7	7	4	2	2
		Quotum	7	7	7	7	7	7	7	7	7
		Gecumuleerd overschot	-3	-5	-6	-6	-6	-6	-9	-14	-19
	Tandartsen specialisten in de orthodontie	Geregistreerde stageplannen	4	7	2	8	3	4	3	2	1
		Quotum	7	7	7	9	9	9	9	9	9
		Gecumuleerd overschot	-3	-3	-8	-9	-15	-20	-29	-36	-44
Franse gemeenschap	Algemene tandartsen	Geregistreerde stageplannen	30	57	55	42	48	53	84	92	97
		Quotum	46	46	46	48	48	48	52	52	52
		Gecumuleerd overschot	-16	-5	4	-2	-2	3	35	75	120
	Tandartsen specialisten in de parodontologie	Geregistreerde stageplannen	3	1	1	3	2	2	3	2	2
		Quotum	5	5	5	5	5	5	5	5	5
		Gecumuleerd overschot	-2	-6	-10	-12	-15	-18	-20	-23	-26
	Tandartsen specialisten in de orthodontie	Geregistreerde stageplannen	6	6	6	5	6	2	6	6	7
		Quotum	5	5	5	7	7	7	7	7	7
		Gecumuleerd overschot	1	2	3	1	0	-5	-6	-7	-7

4.5. CONCLUSIES

Het totaal aantal tandartsen die een opleiding aanvatten voor het verkrijgen van een erkenning is momenteel hoger ($a = 190$ stageplannen « in quota » opgetekend voor alle specialismen samen) dan het totaal van de quota ($A = 160$).

In de Vlaamse gemeenschap neemt het tekort toe, maar de projecties van het aantal toekomstige afgestudeerden tonen aan dat dit tekort (-63 eenheden in 2016) vóór 2020 zou kunnen worden ingelopen.

In de Franse gemeenschap werd het tekort weggewerkt, en de projecties van het aantal toekomstige afgestudeerden tonen aan dat het overschot (+24 eenheden in 2016) zal blijven toenemen, en dat bij ongewijzigd beleid het overschot zelfs 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 overschrijding met meer dan de voorgeschreven 20% 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 bijna nooit overschreden en zelfs zelden bereikt, en dit in 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 het herschrijven en de herontwikkeling van het projectiemodel van de beroepsbevolking.

Het invoeren in 2014 van bijzondere beroepsbekwaamheden, 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 bekkenbodembreëducatie 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 gediplomeerden te blijven opvolgen.

5.2. HET AANTAL GEDIPLOMEERDEN

TABEL 27: JAARLIJKS AANTAL GEDIPLOMEERDEN IN DE KINESITHERAPIE IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Vlaamse gemeenschap										
Jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal gediplomeerden (1)	303	268	259	248	289	333	446	589	686	709
Aantal Belgische gediplomeerden	-	-	-	-	-	326	423	563	640	651
Percentages Belgische gediplomeerden in het totale aantal gediplomeerden	-	-	-	-	-	98%	95%	96%	93%	92%

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

TABEL 28: JAARLIJKS AANTAL GEDIPLOMEERDEN IN DE KINESITHERAPIE IN DE FRANSE GEMEENSCHAP.

Franse gemeenschap										
Jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal gediplomeerden (1)	695	1084	929	971	906	803	852	1055	1025	1147
Aantal Belgische gediplomeerden	154	194	204	434	385	425	492	613	589	636
Aantal Franse gediplomeerden	-	-	-	-	-	361	341	416	418	488
Percentages Belgische gediplomeerden in het totale aantal gediplomeerden	22%	18%	22%	45%	46%	53%	58%	58%	57%	55%

(1) Reële aantallen 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 cohortes van afgestudeerden varieert. Het ligt weer boven de 50% sinds 2012. Er dient echter te worden opgemerkt dat het absolute aantal gediplomeerde kinesitherapeuten bijna verdubbeld is over de vastgestelde periode.

In 2016 heeft 42% van de in de Franse gemeenschap gediplomeerde kinesitherapeuten de Franse nationaliteit. De meesten daarvan vragen geen RIZIV-nummer in België; hun inactiviteit werd vastgesteld dankzij de koppeling van PlanKad-gegevens³².

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.

³² Zie publicatie: *Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt*.

Eenzijds 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.

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 de Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) in Frankrijk³³ 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 verblijfhoudenden³⁴.

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?
- Evolveert het aanbod in de kinesitherapie zodanig dat het in aantal en in kwalificaties beantwoordt aan de toekomstige zorgbehoeften van de bevolking?

³³ 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>

³⁴ 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

De formele adviezen van de Planningscommissie medisch aanbod zijn beschikbaar op de website: <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overleggaan/commissies/planningscommissie-medisch-aanbod> > Publicaties

6.1.1. FORMEEL ADVIES 2016_01 VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD AANGAANDE DE PLANNING VAN HET AANBOD VAN DE TANDHEELKUNDE TOT WIJZIGING VAN HET KB VAN 25 APRIL 2007.

Avis formel 2016_01 de la Commission de planification de l'offre médicale

Conformément à l'article 35novies, de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de santé et à l'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la commission de planification-offre médicale;

Conformément à l'article 10, §1 de l'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification offre médicale ;

Après en avoir valablement délibéré, la Commission de planification-offre médicale émet **l'avis** suivant :

La planification de l'offre de l'art dentaire portant modification de l'AR du 25 avril 2007.

Nombre de pages (y compris la présente) : 2

Cet avis a été approuvé selon les quorums suivants :

Membres présents ayant droit de vote : 12

Votes pour : 12

Votes contre : 0

Abstentions : 0

Lieu et date de la réunion :
Bruxelles, 26 avril 2016

Brigitte Velkeniers
Président -Voorzitter

Formeel advies 2016_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:

De planning van het aanbod van de tandheelkunde, tot wijziging van het KB van 25 april 2007.

Aantal bladzijden (inclusief dit blad): 2

Dit advies werd aanvaard met de volgende quorums:

Aanwezige stemgerechtigde leden: 12

Stemmen voor: 12

Stemmen tegen: 0

Onthouding: 0

Plaats en datum van de vergadering:
Brussel, 26 april 2016


Aurélie Somer
Secrétaire- Secretaris

Avis formel dentistes 2016-01 Formeel advies
Tandartsen

1/2

La planification de l'offre de l'art dentaire portant modification de l'AR du 25 avril 2007.

De planning van het aanbod van de tandheelkunde, tot wijziging van het KB van 25 april 2007.

Quota Dentistes 2021

La Commission de planification recommande le quota suivant en ce qui concerne le nombre de candidats qui ont annuellement accès à la formation pour un titre de dentiste généraliste ou dentiste spécialiste (art. 4 de l'arrêté en question).

Le nombre global :

Pour la Belgique,
Pour l'année 2021 : 188

Pour la Communauté française :
Pour l'année 2021: 72

Pour la Communauté flamande :
Pour l'année 2021: 116

Quota Tandartsen 2021

De Planningscommissie adviseert volgende quota wat betreft het aantal kandidaten dat jaarlijks toegang krijgt tot de opleiding voor een titel van algemene tandarts of tandartsspecialist (art. 4 van het betreffende besluit).

Het globaal aantal:

Voor België,
Voor het jaar 2021: 188

Voor de Franse Gemeenschap:
Voor het jaar 2021: 72

Voor de Vlaamse Gemeenschap:
Voor het jaar 2021: 116

Quoique l'Etat fédéral soit compétent dorénavant uniquement pour le quota global, dans un souci de transparence et de partage de l'information, la Commission de planification reprend dans son avis formel relatif au quota fédéral 2021 pour les dentistes, la méthode de calcul qui se base sur la somme des différents titres professionnels particuliers de dentiste au sein du quota global.

La Commission a collecté des informations par titre professionnel particulier et délivre ainsi des indications pertinentes à destination des Communautés qui sont compétentes pour fixer leurs sous-quotas respectifs.

Hoewel de federale Staat voortaan enkel bevoegd is voor het globale quotum, met het oog op transparantie en uitwisseling van informatie, herneemt de Planningscommissie in zijn advies betreffende het federaal quota 2021 voor de tandartsen, de berekeningsmethode die is gebaseerd op de som van de verschillende bijzondere beroepstitels van de tandartsen binnen het totale quotum. De Commissie heeft gegevens per bijzondere beroepstitel verzameld en biedt deze relevante informatie aan de gemeenschappen aan die bevoegd zijn voor de bepaling van de subquota.

	Communauté flamande	Communauté française
Dentistes généralistes	100	60
Parodontologie	6	5
Orthodontie	10	7
QUOTA FEDERAL	116	72

	Vlaamse Gemeenschap	Franse Gemeenschap
Algemene tandartsen	100	60
Parodontologie	6	5
Orthodontie	10	7
QUOTA FEDERAL	116	72

Avis formel dentistes 2016-01 Formeel advies
Tandartsen

2/2

6.1.2. FORMEEL ADVIES 2016_02 VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD BETREFFENDE DE CONTINGENTERING VAN DE ARTSEN: FEDERAAL QUOTUM DAT BETREKKING HEEFT OP BELGIË EN DE GEMEENSCHAPPEN VOOR HET JAAR 2022 TOT WIJZIGING VAN HET KB VAN 12 JUNI 2008 BETREFFENDE DE PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD

De formele adviezen van de Planningscommissie medisch aanbod zijn beschikbaar op de site:

<http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/planningscommissie-medisch-aanbod> > Publicaties

Avis formel 2016_02 de la Commission de planification de l'offre médicale

Conformément à l'article 35novies, de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de santé et à l'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la commission de planification-offre médicale;

Conformément à l'article 10, §1 de l'arrêté royal du 2 juillet 1996 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement de la Commission de planification offre médicale ;

Après en avoir valablement délibéré, la Commission de planification-offre médicale émet l'**avis** suivant :

Avis relatif au contingentement des médecins : quota fédéral se rapportant à la Belgique et aux Communautés pour l'année 2022 portant modification de l'AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.

Nombre de pages (y compris la présente) : 4

Cet avis a été approuvé selon les quorums suivants :

Membres présents ayant droit de vote : 12

Votes pour : 10

Votes contre : 2

Abstentions : 0

Lieu et date de la réunion :
Bruxelles, 26 avril 2016

Brigitte Velkeniers
Président -Voorzitter

Formeel advies 2016_02 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 de contingentering van de artsen: federaal quota dat betrekking heeft op België en de Gemeenschappen voor het jaar 2022 tot wijziging van het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.

Aantal bladzijden (inclusief dit blad): 4

Dit advies werd aanvaard met de volgende quorums:

Aanwezige stemgerechtigde leden: 12

Stemmen voor: 10

Stemmen tegen: 2

Onthouding: 0

Plaats en datum van de vergadering:
Brussel, 26 april 2016

Aurélia Somer
Secrétaire- Secretaris

Avis relatif au contingentement des médecins : quota fédéral se rapportant à la Belgique et aux Communautés pour l'année 2022 portant modification de l'AR du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale.

Advies betreffende de contingentering van de artsen: de federale quota die betrekking hebben op België en de Gemeenschappen voor het jaar 2022 tot wijziging van het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.

Quota fédéral Médecins 2022

La Commission de planification recommande le quota fédéral suivant en ce qui concerne le nombre maximal de candidats attestés qui ont annuellement accès à une formation menant à l'un des titres professionnels visés (art. 2 de l'arrêté en question).

Le quota fédéral est fixé à :

Pour la Belgique,
Pour l'année 2022 : **1320**

Le quota se répartit par communauté
Pour la Communauté française,
Pour l'année 2022: **575**

Pour la Communauté flamande,
Pour l'année 2022: **745**

Ces quotas ont été définis par consensus, à partir des résultats du couplage des données PlanCAD (données extraites de la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé « le cadastre », données sur les activités INAMI des prestataires de soins et données du datawarehouse. Marché du Travail et Protection Sociale de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale) et des projections d'avenir de la force de travail des médecins, en lien avec les besoins en soins de santé de la population (scénario de base du modèle mathématique de planification).

Ces quotas ont pour objectif de garantir la stabilité de la force de travail médicale à moyen terme.

Pour les établir, il a été tenu compte des tendances observées et attendues (projections) au niveau de l'évolution du nombre de professionnels actifs au sein du cadre de l'assurance maladie - invalidité, de leur densité par rapport à la population (actuelle et future), de la consommation en soins de la population (actuelle et future), ainsi que du nombre de médecins en formation (influx de stage).

Federaal quota Artsen 2022

De Planningscommissie adviseert het volgend federaal quota met betrekking tot het aantal geattesteerde kandidaten dat jaarlijks toegang krijgt tot de opleiding voor een titel (art. 2 van het betreffende besluit).

Het federaal quota wordt vastgelegd op:

Voor België,
Voor het jaar 2022: **1320**

Het quota verdeelt zich naar gemeenschap
Voor de Franse Gemeenschap,
Voor het jaar 2022: **575**

Voor de Vlaamse Gemeenschap,
Voor het jaar 2022: **745**

Deze quota's werden bij consensus bepaald, op basis van de resultaten van de PlanKAD-gegevenskoppeling (gegevens afkomstig van de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, gegevens m.b.t. de RIZIV-activiteiten van de zorgverstrekkers en gegevens van de datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid) en op basis van toekomstprojecties van de medische beroepsbevolking in lijn met de behoeften van de gezondheidszorg van de bevolking (basisscenario wiskundig planningsmodel).

Deze quota's hebben als doel de stabiliteit van de medische beroepsbevolking op middellange termijn te waarborgen.

Om de quota's te bepalen, werd er rekening gehouden met de waargenomen en verwachte trends (projecties) op het vlak van de evolutie van het aantal actieve beroepsbeoefenaars in het kader van de verplichte ziekteverzekering – invaliditeit, van hun dichtheid ten opzichte van de bevolking (huidige en toekomstige), met de zorgconsumptie van de bevolking (huidige en toekomstige), alsook met het aantal artsen in opleiding (stage-instroom).

Formeel advies Artsen - Avis formel Médecins V6

2/4

Pour établir le quota global, la Commission de planification a examiné l'évolution du nombre de médecins actifs par spécialité et a mis en évidence celles dont l'évolution pouvait présenter un problème (excédent ou déficit).

- En cas d'excédent de professionnels, le scénario d'influx minimal des trois dernières années a été retenu.
- En cas de déficit le scénario d'influx maximal des trois dernières années a été retenu.
- Pour les spécialités particulièrement à risque, cette règle a été abandonnée et le nombre a été déterminé par consensus au sein du groupe de travail.

Des quotas par spécialité et Communauté ont ainsi été établis, leur somme déterminant le quota global.

Quoique l'Etat fédéral soit compétent dorénavant uniquement pour le quota global, dans un souci de transparence et d'information, dans la mesure où le quota global est calculé comme la somme des quotas par spécialité, la Commission de planification reprend dans son avis formel relatif au quota fédéral 2022 pour les médecins, le détail des quotas par titre professionnel particulier et par Communauté.

La Commission de planification délivre ainsi des indications pertinentes à destination des Communautés qui sont compétentes pour fixer leurs sous-quotas respectifs.

Om het globaal quota te kunnen bepalen, heeft de Planningscommissie de evolutie van het aantal actieve artsen per specialisme onderzocht en nagegaan welke van deze evoluties problematisch zijn (overschot of tekort).

- In geval van een overschot, werd voor een scenario met de minimale instroom van de laatste drie jaren gekozen;
- In geval van een tekort, werd voor een scenario met de maximale instroom van de laatste drie jaren gekozen;
- Voor specialismen met een bijzonder risico werd deze regel verlaten, en werd het aantal bij consensus bepaald in de werkgroep.

De quota's per specialisme en per gemeenschap werden op deze wijze bepaald; hun som bepaalt het globaal quota.

Hoewel de federale Staat voortaan enkel bevoegd is voor het globaal quota, herneemt de Planningscommissie in zijn advies betreffende het federale artsenquota 2022, en dit met het oog op transparantie en doorstroming van informatie, en aangezien het globaal quota wordt berekend als som van de quota per specialisme, de quota's per bijzondere beroepstitel en per Gemeenschap.

De Planningscommissie geeft op deze wijze relevante aanbevelingen ten behoeve van de Gemeenschappen, die bevoegd zijn voor het vastleggen van hun respectievelijke subquota's.

	Comm. flamande	Comm. française	Total
Médecine générale	305	212	517
Psychiatrie (3 titres)	34	32	66
Médecine d'urgence et aiguë	35	30	65
Gériatrie	16	13	29
Biologie clinique	9	5	14
Ophthalmologie	16	14	30
Pédiatrie	20	20	40
Otorhinolaryngologie	10	8	18
Dermato- vénérologie	9	9	18
Médecine interne	31	30	61
Cardiologie	15	11	26
Gastro-entérologie	17	9	26
Pneumologie	14	12	26
Rhumatologie	8	8	16
Médecine physique et réadaptation	11	7	18
Oncologie médicale	7	7	14
Radiothérapie- oncologie	2	2	4
Anesthésie- réanimation	54	48	102
Chirurgie	20	18	38
Chirurgie plastique	5	3	8
Neurochirurgie	4	3	7
Stomatologie	6	3	9
Chirurgie orthopédique	15	10	25
Gynécologie- obstétrique	24	16	40
Urologie	12	6	18
Anatomie pathologique	7	6	13
Radiodiagnostic	15	14	29
Médecine nucléaire	6	5	11
Neuropsychiatrie et Neurologie	18	14	32
QUOTA FEDERAL	745	575	1320

	Vlaamse gem.	Franse gem.	Totaal
Huisartsen	305	212	517
Psychiatrie (3 titels)	34	32	66
Acute –en urgentiegeneskunde	35	30	65
Geriatric	16	13	29
Klinische biologie	9	5	14
Oftalmologie	16	14	30
Pediatrie	20	20	40
Otorinolaryngologie	10	8	18
Dermato- venereologie	9	9	18
Inwendige geneeskunde	31	30	61
Cardiologie	15	11	26
Gastro-enterologie	17	9	26
Pneumologie	14	12	26
Reumatologie	8	8	16
Fysische geneeskunde en revalidatie	11	7	18
Medische oncologie	7	7	14
Radiotherapie- oncologie	2	2	4
Anesthesie- reanimatie	54	48	102
Heelkunde	20	18	38
Plastische heelkunde	5	3	8
Neurochirurgie	4	3	7
Stomatologie	6	3	9
Orthopedische heelkunde	15	10	25
Gynaecologie- verloskunde	24	16	40
Urologie	12	6	18
Pathologische anatomie	7	6	13
Radiodiagnose	15	14	29
Nucleaire geneeskunde	6	5	11
Neuropsychiatrie en Neurologie	18	14	32
FEDERAAL QUOTA	745	575	1320

Les membres de la commission indiquent que les spécialités suivantes méritent une attention particulière en raison des évolutions attendues qui mènent à une pénurie ou à un excédent :

pénurie : Médecine générale, Psychiatrie, Gériatrie, Ophthalmologie, Otorhinolaryngologie, Rhumatologie, Anatomie pathologique

excédent : Pédiatrie, Radiothérapie-oncologie, Chirurgie, Gynécologie-obstétrique, Radiodiagnostic

De leden van de commissie geven aan dat volgende specialismen bijzondere aandacht verdienen omwille van verwachte evoluties die leiden naar tekorten of overschotten:

tekort : huisartsgeneeskunde, psychiatrie, geriatrie, oftalmologie, oto-rhino-laryngologie, reumatologie, pathologische anatomie

overschot : pediatrie, radiotherapie-oncologie, heelkunde, gynaecologie-verloskunde, radiodiagnose

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 2016 werden er twee wetteksten gepubliceerd.

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 2016 staan in het grijs aangeduid.

WERKING VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE	
10 november 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.

6 januari 2014	Bijzondere Wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming
10 mei 2015	Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen
16 juni 2015	Koninklijk besluit houdende de benoeming van de leden en van de voorzitter van de Planningscommissie - medisch aanbod
19 april 2016	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 juni 2015 houdende de benoeming van de leden en van de voorzitter van de Planningscommissie - medisch aanbod
27 juni 2016	Koninklijk besluit tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, teneinde de richtlijn 2013/55/EG van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 tot wijziging van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en Verordening (EU) nr. 1024/2012 betreffende de administratieve samenwerking via het informatiesysteem interne markt ("de IMI-verordening") om te zetten
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.
30 augustus 2015	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 kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
31 augustus 2011	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
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 kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.
VERPLEEGKUNDIGEN	
	Er 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:

<http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/planningscommissie-medisch-aanbod> > Publicaties

JAARLIJKSE PUBLICATIES	
Vanaf 2008	STATAN: Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België.
Vanaf 2008	RAPAN: Jaarverslag van de Planningscommissie – medisch aanbod.
THEMATISCHE PUBLICATIES	
2016	Kwantitatieve voorspelling van het effect van de dubbele cohorte van gediplomeerden in de medische wetenschappen op de stageplaatsen in de geneeskunde voor het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel.
2016	HWF Basisscenario's van de evolutie van de workforce « artsen » 2012-2037
2016	HWF Basisscenario's van de evolutie van de workforce « tandartsen » 2012-2037
2015	<i>Syntheserapport: Tandartsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)</i> , werkgroep « Tandartsen » van de Planningscommissie – medisch aanbod & Cel Planning.
2015	Eindrapport over de koppeling van de PlanKad-gegevens voor de beroepsgroep van de tandartsen: <i>Tandartsen op de arbeidsmarkt, 2004-2012, Cel Planning</i> .
2015	<i>Syntheserapport Artsen op de arbeidsmarkt, 2004-2012</i> , werkgroep « Artsen » van de Planningscommissie – medisch aanbod, Cel Planning.
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	Nota: Internationale mobiliteit van artsen (2015), Cel Planning.
2015	Nota: Heroriëntatie van de carrière van huisartsen (2015), Cel Planning.
2015	Nota: Internationale mobiliteit van tandartsen (2015), Cel Planning.
2015	Nota: Kwantitatieve projectie van het effect van de dubbele cohorte van gediplomeerden in de medische wetenschappen op de stageplaatsen in de geneeskunde voor het verkrijgen van een bijzondere beroepstitel, Cel Planning
2014	<i>Het effect van de dubbele cohorte op de stageplaatsen in de geneeskunde</i> , Cel Planning.
2014	<i>Schema van het traject dat gezondheidswerkers afleggen om hun beroep in België uit te oefenen vanaf 1 juli 2014</i> , Cel Planning.

2014	Eindrapport van de PlanKad gegevenskoppeling voor de beroepsgroep van de kinesitherapeuten: <i>Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt 2004-2010</i> , Cel Planning.
2014	Eindrapport van de PlanKad gegevenskoppeling voor de beroepsgroep van de verpleegkundigen: <i>Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt 2004-2009</i> , Cel Planning.
2014	<i>Ondersteuning van de workforce in de huisartsgeneeskunde en performantie-indicatoren van de oriëntatie van de nieuwe artsen naar de huisartsgeneeskunde</i> , Cel Planning.
2014	<i>Schema van het traject dat gezondheidswerkers afleggen om hun beroep in België uit te oefenen tot 30/06/2014</i> , Cel Planning.
2013	<i>Het beroep van loontrekkende kinesitherapeut in de sector van de gezondheidszorg</i> , IPSOS.
2013	Onderzoeksrapport <i>Prospectief onderzoek met het oog op de erkenning van het beroep van logopedist</i> , Cel Planning.
2012	<i>Eindrapport bevraging artsen specialisten</i> , MAS.
2011	<i>Basisscenario kinesitherapeuten 2010 (S_000242) (S_000243)</i> , Cel Planning.
2010	<i>Samenvatting bevraging 4 gezondheid beroepsgroepen</i> , MAS.
2010	<i>Synthese bevraging artsen-specialisten</i> , MAS.
2010	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep artsen-specialisten</i> , MAS.
2010	<i>Synthese bevraging verpleegkundigen</i> , MAS.
2010	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep verpleegkundigen</i> , MAS.
2010	<i>Basisscenario artsen 2009</i> , Cel Planning.
2009	BEHAT2008: <i>Technisch rapport over het behoud van erkenning van de huisartsen</i> , Cel Planning.
2009	<i>Synthese bevraging tandartsen</i> , MAS.
2009	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep tandartsen</i> , MAS.
2009	<i>Synthese bevraging kinesitherapeuten</i> , MAS.
2009	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep kinesitherapeuten</i> , MAS.