

COLOFON

Projectverantwoordelijke: Aurélia Somer

Werkgroep en redactie verslag:

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



Directoraat-generaal (DG) Gezondheidszorg: Christiaan Decoster, Directeur-generaal

Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening: Aurélia Somer, Diensthoofd

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

Verantwoordelijke uitgever:

Christiaan Decoster, 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.health.belgium.be/hwf>

Ce rapport est également disponible en français.

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

Jaarverslag 2015 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, 2016.

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/2015/2196/35



JAARVERSLAG 2015 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 2015	9
2.1. Samenstelling	9
2.2. Werking van de Planningscommissie	10
2.2.1. De plenaire vergaderingen van de Planningscommissie	10
2.2.2. Uitgebrachte adviezen en ministeriële beslissingen	14
2.2.3. Het Bureau	14
2.2.4. De werkgroepen	14
2.2.4.1. De wetenschappelijke werkgroep	15
2.2.4.2. De werkgroep « Artsen »	16
2.2.4.3. De werkgroep « Tandartsen »	19
2.2.4.4. De werkgroep « Kinesitherapeuten »	21
2.2.4.5. De werkgroep « Verpleegkundigen »	22
2.3. Het meerjarenplan PLAN3.2013 en zijn stand van zaken.....	23
2.3.1. Structuur van het meerjarenplan	23
2.3.2. Semestriële programmatie van het meerjarenplan	24
2.3.3. Voortgang van het meerjarenplan PLAN3.2013 tijdens het jaar 2015	26
2.4. Het kadaster en de verrijking van het kadaster	29
2.4.1. Het kadaster : de gemachtigde beoefenaars	29
2.4.2. Het verbeterd kadaster (« PlanKAD ») : de actieve beoefenaars	32
2.4.2.1. Doel en methode van het project 'Plankad»	32
2.4.3. Voortgang van de analyse van het verbeterd kadaster (« PlanKAD »)	35
2.4.3.1. PlanKAD « Verpleegkundigen »	35
2.4.3.2. PlanKAD « Kinesitherapeuten »	35

2.4.3.3. PlanKAD « Artsen » en « tandartsen ».....	35
2.4.4. Het Projectiemodel van de beroepsbevolking van de Planningscommissie medisch aanbod	36
2.4.5. Evolutie van de workforce: basis- en alternatieve scenario's.....	39
2.4.5. Interne studies per beroepsgroep of problematiek.....	40
2.5. Joint action on Health Workforce Planning and Forecasting	41
2.6. Evolutie van het algemeen wettelijk kader in 2014 : De Zesde Staatshervorming	45
2.6.1. Wijzigingen ingevoerd door de 6de Staatshervorming	45
2.6.2. Impact op het vastleggen van de quota van de contingentering	45
3. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod: Artsen.....	47
3.1. De principes van de contingentering van de gezondheidszorgberoepen.....	47
3.2. De contingentering van de artsen	48
3.3. Het verwachte aantal afgestudeerden.....	57
3.4. De realisatie van de contingentering van 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 tandartsen	78
4.3. Het verwachte aantal afgestudeerden.....	81
4.4. De realisatie van de contingentering van de tandartsen	84
4.5. Conclusies	89
5. Stand van zaken met betrekking tot de planning van het medisch aanbod : Kinesitherapeuten	90
5.1. De contingentering van de kinesitherapeuten	90
5.2. Het aantal gediplomeerden	91

5.3. Conclusies	92
6. Bijlagen	93
6.1. Formele adviezen van de Planningscommissie medisch aanbod	93
6.1.2. Formeel advies 2015_02 van de planningscommissie medisch aanbod inzake het aanbod verpleegkundigen – Uittreksel	97
6.2. Uittreksel uit de bijzondere wet van 6 januari 2014.....	98
6.3. Evolutie van de wetgeving inzake planning.....	99
6.4. Inventaris van de publicaties vanaf 2009	102

TABELLENLIJST

Tabel 1 : Beroepstitels, beroepsbekwaamheden en beroepen – koninklijk besluit van 10 mei 2015	7
Tabel 2: Contingenten van artsen met toegang tot bepaalde bijzondere beroepstitels, volgens het KB van 29 augustus 1997.	48
Tabel 3 : 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.	49
Tabel 4 : Jaarlijkse Contingenten met "toegang tot de opleiding" zoals voorzien in het KB van 30 mei 2002, gewijzigd door de KB's van 11 juli 2005 en 8 december 2006: maxima in België.....	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 de Vlaamse gemeenschap.	51
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 Franse gemeenschap.	52
Tabel 7 : Globaal overzicht van de huidige situatie van de contingenten met "toegang tot de opleiding" (KB van 12 juni 2008 gewijzigd door het KB van 7 mei 2010 en 1 september 2012): de geldende minima en maxima voor België.....	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 de Vlaamse gemeenschap.....	55
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 Franse gemeenschap.....	55
Tabel 10 : Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde in de Vlaamse gemeenschap	58
Tabel 11 : Stand van zaken van de contingentering van de afgestudeerden in de geneeskunde in de Franse gemeenschap.....	58
Tabel 12 : de realisatie van de contingentering van artsen voor de vlaamse gemeenschap: globaal overzicht	66

Tabel 13 : De realisatie van de contingentering van artsen in de Franse gemeenschap: globaal overzicht.....	68
Tabel 14 : de realisatie van de contingentering van artsen voor België: globaal overzicht ...	70
Tabel 15 : Aantal vrijstellingen in 2015, per gemeenschap en voor België	72
Tabel 16 : Vlaamse gemeenschap : vaststelling en projectie van de contingentering.....	74
Tabel 17 : franse gemeenschap : vaststelling en projectie van de contingentering	75
Tabel 18 : Jaarlijkse quota tandartsen (KB van 19/08/2011 en volgende)	80
Tabel 19 : stand van zaken van de contingentering tandartsen in de Vlaamse gemeenschap	81
Tabel 20 : Stand van zaken betreffende de contingentering van tandartsen in de Franse gemeenschap rekening houdend met alle gediplomeerden (Belgen + buitenlanders)...	82
Tabel 21 : 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 22 : Aantal geregistreerde stageplannen voor tandartsen met een Belgisch diploma behaald sinds 01/01/2008.	86
Tabel 23 : 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).	87
Tabel 24 : 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).	87
Tabel 25 : Gecumuleerd overschot van de opvulling van de quota van de tandartsen vanaf 01/01/2008.	88
Tabel 26 : Jaarlijks aantal van gediplomeerden in de kinesitherapie in de Vlaamse gemeenschap	91
Tabel 27 : Jaarlijks aantal van gediplomeerden in de kinesitherapie in de Franse gemeenschap.	91

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 betreffende de beoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Artikel 91, §2 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 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 zorgenverstrekking, 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 de 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 het koninklijk besluit 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 hetzelfde besluit 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 10 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

Op basis van deze tabel (cf. Tabel 1), stellen we vast dat de verwachtingen van de wetgever groot zijn. Niet alle voornoemde beroepen werden echter in 2015 besproken in de Planningscommissie.

In 2015 waren de activiteiten van de Planningscommissie medisch aanbod vooral gericht op de koppeling van de PlanKAD-gegevens « Artsen » en « Tandartsen » en op de vaststelling van het quotum 2021 voor de artsen.

Het **eerste deel** van dit jaarverslag geeft een synthese van de werkzaamheden van de Planningscommissie in 2015 (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 2015

2.1. SAMENSTELLING

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

Krachtens het koninklijk besluit van 16 juni 2015 houdende benoeming van de leden en van de voorzitter van de Planningscommissie medisch aanbod (BS 2/7/2015), is de Planningscommissie voor een periode van 5 jaar vanaf 2 juli 2015 als volgt samengesteld :

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

Secretaris: Mevr. Aurélia SOMER

Planningscommissie – voornaamste kern (effectieve leden 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
	VAN DER MEEREN, Ivan	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	PAQUET, Sarah
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	NISSET, 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 een 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 plenaire 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 zal valideren.

De Planningscommissie heeft **in de loop van het jaar 2015 3 keer** een plenaire vergadering georganiseerd.

Op de plenaire vergadering van **08/05/2015** waren onder andere de vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van de artsen (huisartsen en specialisten) aanwezig. De belangrijkste werkzaamheden van deze vergadering bestonden erin **de resultaten te valideren van de gegevenskoppeling PlankAD Artsen 2004-2012** (verslag per specialiteit en syntheseverslag), en **het artsenquotum vast te leggen voor het jaar 2021**.

Wat betreft de **validering van de resultaten** en verslagen per specialiteit **van de PlankAD Artsen 2004-2012** (kadaster van de actieve artsen), dient te worden opgemerkt dat dit project van start ging eind 2013 met het opstellen van de gegevensaanvraag. De resultaten werden voorgelegd aan de werkgroep Artsen van december 2014 tot februari 2015. De verslagen werden gestandaardiseerd, om elke specialiteit en enkele groeperingen te bestuderen, en om enkele specifieke verslagen en de drie syntheseverslagen te produceren. Eveneens is er een nota die de methodologie in detail beschrijft en nuttige informatie biedt voor de interpretatie.

Er vond een unanieme stemming plaats om de methodologie en de rapporten van de PlanKAD Artsen 2004-2012 te valideren. Er werd ook een stemming gehouden om het syntheseverslag van PlanKAD Artsen 2004-2012 te valideren. Dat werd eveneens unaniem gevalideerd.

Wat betreft **het opstellen van het quotum 2021 voor de artsen**, hebben de leden van de werkgroep Artsen voorheen (in 2014) een meerderheidsvoorstel gedaan en twee minderheidsvoorstellen. Zo stelt de meerderheid de volgende zaken voor: 1) om het quotum te behouden op 1230 eenheden, 2) om een einde te maken aan het lissageproces en vanaf 2022 de overtallige plaatsen te recupereren die in het verleden werden toegekend (« negatieve » lissage). De twee minderheidsvoorstellen betreffen eerst en vooral de bijzondere situatie van de huisartsen (er wordt voorgesteld om de verdeling tussen huisartsen en specialisten te wijzigen; deze verdeling zou van 40/60 naar 50/50 gaan) en vervolgens het optrekken van het quotum met 90 eenheden (dat zou dan 1320 eenheden gaan bedragen). Aangezien de verdeling van de huisartsen/andere specialiteiten valt onder de subquota, kan de Planningscommissie zich niet uitspreken over deze verdeling. De volgende voorstellen werden dus ter stemming voorgelegd: 1) het behoud van het quotum artsen op 1230 eenheden voor 2021, 2) een quotum artsen vastgesteld op 1320 eenheden voor 2021, 3) het uitstellen van het einde van de lissage en van het opstarten van de recuperatie van de overtallige plaatsen (« negatieve » lissage) vanaf 2022. De stemming is positief voor het eerste voorstel (behoud van het quotum artsen op 1230 eenheden voor 2021) en negatief voor het tweede (quotum artsen vastgesteld op 1320 eenheden). Het derde voorstel (negatieve lissage vanaf 2022) wordt unaniem gevalideerd.

De plenaire vergadering van **10/07/2015** had vooral betrekking op **de oprichting van de Planningscommissie medisch aanbod in haar nieuwe samenstelling** (geldig voor een periode van 5 jaar vanaf 2 juli 2015).

Na afloop van de toespraak van mevrouw de minister van Sociale Zaken en van Volksgezondheid Maggie DE BLOCK en van het welkomstwoord van Mevrouw Brigitte VELKENIERS, Voorzitter van de Planningscommissie medisch aanbod, werd er een presentatie gegeven over de stand van zaken en het voorziene verloop van de werkzaamheden van de Commissie. Bij die gelegenheid werden een aantal regels aangaande de werking van de Commissie en van de verschillende werkgroepen in herinnering gebracht.

De gegevenskoppeling aangaande de activiteit van de artsen (PlanKAD) kwam vervolgens aan bod in een presentatie van de toekomstige werkzaamheden (ontwikkeling van de scenario's vraag/aanbod voor de artsen en bepalen van het niveau van de toekomstige quota – in werkgroepen Artsen en in de Commissie – op basis van de opgetekende gegevens en van het projectiemodel voor de beroepsbevolking voor mei 2016).

De vergadering van 10/07/2015 was ook de gelegenheid om de samenstelling van de werkgroepen op te starten: artsen, tandartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen, logopedisten, de wetenschappelijke werkgroep (transversale zaken) en het Bureau. In dat kader werden de aanwezigen verzocht om zich in te schrijven op de lijst van de werkgroep die relevant wordt geacht, die lijsten moeten worden goedgekeurd tijdens de volgende plenaire vergadering van de Commissie.

De plenaire vergadering van **04/12/2015** werd georganiseerd in twee delen. Het **eerste deel** had hoofdzakelijk betrekking op de validering van de verslagen PlanKAD Tandartsen 2004-2012 (verslag per specialiteit en syntheseverslag), de presentatie van het advies voorbereid door de werkgroep Verpleegkundigen, de validering van het jaarverslag 2014, de samenstelling van de werkgroepen en hun voorzitterschap (artsen, tandartsen, verpleegkundigen, wetenschappelijk). Het **tweede deel** vormde de gelegenheid om het projectiemodel van de beroepsbevolking voor te stellen. In dat kader werden alle leden uitgenodigd zodat elke beroepsgroep gebruik kan maken van de toelichting die werd gegeven tijdens deze presentatie.

De PlanKAD-verslagen Tandartsen 2004-2012 (verslag per specialiteit en syntheseverslag) werden unaniem goedgekeurd. Het PlanKAD-project Tandartsen 2004-2012 vormt de eerste fase van de werkzaamheden. Hierna moet de werkgroep Tandartsen toekomstscenario's opstellen.

Vervolgens gaat een presentatie in op de belangrijkste resultaten van de PlanKAD Verpleegkundigen 2004-2009, de scenario's die ontwikkeld werden door werkgroep Verpleegkundigen en het advies dat werd voorbereid door de werkgroep Verpleegkundigen en ter stemming werd voorgelegd aan de plenaire vergadering. Het advies is gebaseerd op de resultaten van PlanKAD 2004-2009 Verpleegkundigen, op de scenario's die werden ontwikkeld op basis van het projectiemodel van de beroepsbevolking, op de beleidsprojecten die werden ontwikkeld en op de verschillende onderzoeken die werden uitgevoerd op nationaal en internationaal niveau in de loop van de afgelopen vijftien jaar. Het advies wordt ter stemming voorgelegd (van de artsen, de tandartsen en de verpleegkundigen) en wordt unaniem gevalideerd.

De inhoud van het jaarverslag 2014 van de Planningscommissie wordt vervolgens kort toegelicht. In afwezigheid van opmerkingen wordt het jaarverslag 2014 gevalideerd.

De samenstelling van de verschillende werkgroepen wordt gevalideerd. Enkel de werkgroep Tandartsen werd in 2015 uitgebreid met externe leden zodat ook deze werkgroep over alle nodige expertise beschikt.

De tweede vergadering tot slot was de gelegenheid om het model voor te stellen aan alle leden van de Planningscommissie.

2.2.2. UITGEBRACHTE ADVIEZEN EN MINISTERIËLE BESLISSINGEN

De werkzaamheden van 2015 resulteerden in **twee formele adviezen**, die werden bezorgd aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

LIJST VAN FORMELE ADVIEZEN ¹	
2015_01	Advies betreffende de contingentering van de artsen: de quota voor België en de gemeenschappen voor het jaar 2021 (KB van 12 juni 2008)
2015_02	Advies betreffende de evolutie van het verpleegkundig aanbod

2.2.3. HET BUREAU

De belangrijkste taak van het Bureau bestaat erin de plenaire vergadering van de Planningscommissie voor te bereiden. Het Bureau is in 2015 twee keer bijeengekomen, op **10/04/2015** en op **01/10/2015**.

Tijdens de vergadering van 10/04/2015 hebben de leden van het Bureau gediscussieerd over de volgende thema's: de hernieuwing van de Planningscommissie, het opstellen en valideren van het advies verpleegkundigen naar aanleiding van de PlanKAD Verpleegkundigen 2004-2009 en de ontwikkelde scenario's, en de opvolging van het advies kinesitherapeuten (registratie van de praktijken). De leden van het Bureau hebben vervolgens de agenda opgesteld van de plenaire vergadering van de Planningscommissie medisch aanbod van 08/05/2015.

Tijdens de vergadering van 01/10/2015 hebben de leden van het Bureau de volgende zaken besproken: de vergaderingen van de Europese Joint Action (JAHWFP), de aanpassing van de kalender in functie van de vraag van de gemeenschappen om vanaf april 2016 te kunnen beschikken over de quota voor het vaststellen van de subquota. De leden van het Bureau hebben vervolgens de agenda opgesteld van de plenaire vergadering van 04/12/2015.

2.2.4. 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 samenstelling, de werkwijze en de wijze van verslaggeving van de werkgroepen worden in de plenaire vergadering van de Commissie vastgelegd.

De werkgroepen kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen zijn in 2015 niet bijeengekomen.

¹ De tekst van dit advies werd integraal opgenomen in bijlage.

2.2.4.1. DE WETENSCHAPPELIJKE WERKGROEP

De wetenschappelijke werkgroep heeft in 2015 **twee vergaderingen** gehouden, op **01/10/2015** en **12/11/2015**.

Voor de vergadering van **01/10/2015** hadden de punten die op de agenda stonden betrekking op de volgende zaken: de samenstelling en de benoeming van de voorzitter van de wetenschappelijke werkgroep, de opdrachten van de wetenschappelijke werkgroep, en de ontwikkeling van het projectiemodel van e beroepsbevolking.

De belangrijkste opdracht van de werkgroep is het vernieuwde projectiemodel valideren. Een andere opdracht is de organisatie van een symposium eind 2016, ter ere van de 20^{ste} verjaardag van de Planningscommissie.

Het projectiemodel van de beroepsbevolking wordt voortdurend verbeterd. Het herschrijven ervan in SAS-taal moet het transparanter en performanter maken. Er wordt een stand van zaken van die werkzaamheden voorgesteld (het schema van het model, en de template voor het rapport van de resultaten van de scenario's).

De planningswerkzaamheden moeten verlopen in twee stappen :

1. Het basisscenario: dat bevat de historiek van de geobserveerde percentages, en projecteert voor de toekomst een behoud van de vastgestelde trends.
2. Alternatieve scenario's: waar de impact wordt geïntroduceerd van alle evolutiehypothesen van het gezondheidszorgsysteem, zoals bijvoorbeeld de taakverschuiving, de aanpassing van bepaalde opleidingen, etc.

Het is de werkgroep van het beroep in kwestie die de trend van de evolutie van de parameters zal bepalen. Wat betreft de scenario's van het aantal artsen, moet er een rapport worden opgesteld voor elke medische specialiteit dat de definitie van elke parameter bevat. De waarden uit het verleden moeten vermeld worden, alsook de geselecteerde evolutieprojecties. Allereerst wordt er een basisscenario ontwikkeld voor elke specialiteit. Voor de specialiteiten waarvoor het basisscenario een problematische evolutie vertoont, zal het ook mogelijk zijn om alternatieve scenario's uit te werken.

De werkgroep valideert de parameters en het voorgestelde projectiemodel van de beroepsbevolking. Het model moet worden toegepast op het aantal artsen. De eerste rapporten zullen worden voorgelegd aan de werkgroep artsen (eind 2015). Parallel daarmee moet het model voor de tandartsen worden ontwikkeld.

De wetenschappelijke werkgroep benadrukt dat hij zijn opdracht niet wil beperken tot de validering van het model. En stelt voor, zonder zich te mengen in het werk dat wordt verricht in elke *werkgroep* (per beroep), om op een transversale manier na te denken over de evolutie van de vraag en te anticiperen op de wijzigingen.

De vergadering van **12/11/2015** was gericht op de beleidsnota die werd voorbereid door de voorzitter van de wetenschappelijke werkgroep (Jan DE MAESENEER). De doelstelling van die nota is dat de verschillende werkgroepen zouden beschikken over een algemeen referentiekader (transversale benadering van de beroepen) voor de activiteiten die verband houden met de planning. Die nota moet het aldus mogelijk maken om rekening te houden met de interacties tussen de verschillende beroepen, en meer bepaald de overdracht van taken en verantwoordelijkheden. De beleidsnota wordt afgerond zodat ze kan worden voorgelegd op de plenaire vergadering in 2016.

2.2.4.2. DE WERKGROEP « ARTSEN »

De opdrachten van de werkgroep 'Artsen' werden op 01/03/2013 door de stuurgroep geherdefinieerd naar aanleiding van de validering van het meerjarenplan, en werden in 2015 niet fundamenteel gewijzigd. Enkel de uitwerking van de alternatieve scenario's is uitgesteld tot 2016. Oorspronkelijk werden die opdrachten over de 3 jaren van dit plan gespreid volgens het volgende schema :

		2013	2014	2015
ALGEMENE OPDRACHTEN				
1	Het initiatief nemen tot een voorstel van advies in functie van het terrein en de evolutie van het beroep	X	X	X
2	Voorstellen van advies formuleren	X	X	X
3	Follow-up van de contingentering	X	X	X
4	Validatie van de volgende quota 2021			X + Advies
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
5	De lijst van nuttige variabelen voor de koppeling identificeren en valideren	X		
6	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren		X	
7	De resultaten van de koppeling van de gegevens valideren		X	X
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
8	Het basisscenario valideren			X (Definitie en validering van de quota 2022 voor 2016)
9	Het bepalen van de te testen hypothesen en scenario's van het projectiemodel			Uitgesteld tot 2016 (quota 2023)
10	De alternatieve scenario's valideren			Uitgesteld tot 2016 (quota 2023)
SPECIFIEKE OPDRACHTEN				
11	Het pilootproject JA rond algemene geneeskunde begeleiden (Horizon scanning en Delphi)	X	X	X (Opvolging tot in 2016)

In de loop van het jaar 2015 is de werkgroep « Artsen » **acht keer** bijeengekomen :

DATA	BELANGRIJKSTE ONDERWERPEN DIE WERDEN BESPROKEN
23/01/15	Validering van de <u>analyserapporten</u> voor een geheel van specialiteiten (PlanKAD, resultaten van de gegevenskoppeling FOD VVVL) - algemene/specifieke opmerkingen en vragen tot wijziging: huisartsgeneeskunde, pediatrie, geriatrie, urgentiegeneeskunde, acute geneeskunde, inwendige geneeskunde, cardiologie, gastro-enterologie, pneumologie, reumatologie, medische oncologie, neuropsychiatrie, neurologie, psychiatrie (3 titels).
06/02/15	Stand van zaken en validering van de <u>analyserapporten</u> voor een geheel van specialiteiten (PlanKAD, resultaten van de gegevenskoppeling FOD VVVL) - algemene/specifieke opmerkingen en vragen tot wijziging: heelkunde, plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde, neurochirurgie, orthopedische chirurgie, gynaecologie-verloskunde, urologie, stomatologie, oftalmologie, otorhinolaryngologie, arbeidsgeneeskunde, beheer van gezondheidsgegevens, gerechtelijke geneeskunde, verzekeringsgeneeskunde en medische expertise.
27/02/15	Stand van zaken en validering van de <u>analyserapporten</u> voor een geheel van specialiteiten (PlanKAD, resultaten van de gegevenskoppeling FOD VVVL) - algemene/specifieke opmerkingen en vragen tot wijziging: dermato-venereologie, fysische geneeskunde en revalidatie, radiotherapie-oncologie, anesthesie-reanimatie, pathologische anatomie, klinische biologie, röntgendiagnose, nucleaire geneeskunde, gerechtelijke geneeskunde, aanvullende groepen (op vraag van de werkgroep, d.w.z. synthesegroep van de inwendige geneeskunde, synthesegroep van de psychiatrie (4 titels), synthesegroep van de neuropsychiatrie en de neurologie, synthesegroep « spoedgevallen », synthesegroep van de bekwaamheid in de intensieve zorg). Validering van de <u>syntheserapporten</u> (algemene/specifieke opmerkingen en aanvragen tot wijzigingen): alle RIZIV-specialiteiten behalve algemene geneeskunde. De werkgroep moet <u>twee afzonderlijke rapporten</u> opstellen: het technisch rapport over de PlanKAD, en een rapport met een aantal reflecties, die bezorgd moeten worden aan de relevante instanties.
13/03/15	Stand van zaken en goedkeuring van de <u>analyserapporten van bijkomende groepen</u> specialiteiten/vaardigheden (fysische geneeskunde en revalidatie of bijzondere bekwaamheid revalidatie, zonder specialiteit of erkenning, totaal artsen op de arbeidsmarkt, artsen in opleiding). Bespreking van het <u>syntheserapport PlanKAD Artsen 2004-2012</u> . Dit rapport geeft zowel globale overzichten als samenvattingen per specialiteit. Presentatie van de <u>Enquête ziekenhuisstatistieken</u> : artsen actief in de ziekenhuizen en vacante betrekkingen. Het betreft een jaarlijkse enquête bij de ziekenhuizen waarin informatie wordt gevraagd over de structuren en hun personeel.
27/03/15	<u>Opstellen van het ontwerpadvies (methodologie « quota 2021 »)</u> te bezorgen aan de plenaire vergadering. Ter herinnering, de Vlaamse gemeenschap moet de quota van 2021 kennen vóór juli 2015, om het toegangsexamen te organiseren. De administratie moet een document voorbereiden waarin de methodologie wordt voorgesteld om de quota voor 2021 vast te stellen. De methodologie wordt voorgesteld op 10 april 2015. <u>Artsen en mobiliteit bij studenten en beroepsbeoefenaars</u> . De cel planning rondt een nota af over de internationale mobiliteit van artsen.
10/04/15	<u>Validering van de analyserapporten PlanKAD per specialiteit</u> . Er werd geen enkele opmerking gemaakt. De leden kunnen hun eventuele opmerkingen nog doorsturen (tot 19 april 2015). <u>Validering van het syntheserapport</u> (opstellen van de aandachtspunten van het rapport). Het rapport wordt bekeken door Dhr. SCHETGEN en Mevr. VELKENIERS en vervolgens bezorgd aan de leden voor een laatste herlezing. <u>Aanvulling en validering van het ontwerpadvies</u> voor te leggen aan de plenaire vergadering (methodologie « quota 2021 »). De leden van de WG benadrukken dat als men het quorum 2021 wil ramen, op basis van gedetailleerde prognoses, er een analyse nodig is die maanden werk vergt voor de scenario's terwijl het advies moet worden ingediend vóór mei/juni

	<p>door de plenaire. In dat kader heeft de administratie twee mogelijke benaderingen bepaald om het quotum 2021 vast te stellen: ofwel de workforce artsen behouden, ofwel het huidige quotum herverdelen in functie van de vastgestelde onevenwichten. In afwezigheid van voldoende elementen om een wijziging van de quota te rechtvaardigen, verkiest de meerderheid van de groep om het huidige quotum ten bewarende titel te behouden. Elke wijziging zou willekeurig en weinig geloofwaardig lijken. Er wordt nogmaals gewezen dat het federale niveau enkel bevoegd is voor het globale quotum, en dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor de subquota (per specialiteit). In 2016 zou de werkgroep moeten beschikken over informatie om de quota 2022 en verder vast te stellen, op basis van de beroepsactiviteit en de resultaten van de toekomstscenario's. Dhr. SCHETGEN, Voorzitter van de werkgroep moet het advies opstellen dat per e-mail gevalideerd zal worden.</p>
15/10/15	<p><u>Samenstelling en aanduiding van de voorzitter van de werkgroep « Artsen ».</u> Mevr. B. VELKENIERS stelt zich kandidaat en wordt gekozen als voorzitter van de werkgroep. Mevr. SOMER stelt vervolgens de <u>volgende opdrachten</u> van de WG « Artsen» voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basisscenario's voor elke specialiteit ; • Ontwerpadvies voor het vaststellen van de quota 2022 (voor het begin van het volgend academiejaar). De gemeenschappen wachten tot ze de globale quota kennen alvorens de subquota vast te stellen. De WG moet dus een preadvies indienen voor maart 2016. Dat zal de Planningscommissie in staat stellen om haar advies in te dienen in mei 2016. • Alternatieve scenario's voor die specialiteiten waarvoor reflectie nodig is van de experts van de werkgroep. • Ontwerpadvies voor het vaststellen van de quota 2023 tot 2027. <p><u>Model en basisscenario: stand van zaken.</u> Het projectiemodel van de beroepsbevolking wordt voorgesteld. Ter herinnering, de planningswerkzaamheden verlopen in twee fases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Het basisscenario: dat bevat de historiek van de geobserveerde percentages, en projecteert voor de toekomst een behoud van de vastgestelde trends. 2. Alternatieve scenario's: waar de impact wordt geïntroduceerd van alle evolutiehypothesen van het gezondheidszorgsysteem, zoals bijvoorbeeld de taakverschuiving, de aanpassing van bepaalde opleidingen, etc. De trend van de evolutie van die parameters wordt bepaald door de werkgroep. <p><u>Opvolging van de contingentering</u> : de tabellen voor het opstellen van de contingentering van de artsen (stageplannen 2014), die gepubliceerd zullen worden in het jaarverslag 2014 (RAPAN 2014), worden voorgesteld. RAPAN 2014 moet per mail worden gestuurd naar alle leden van de Commissie ter validering tijdens de plenaire vergadering van 4 december 2015.</p>
10/12/15	<p><u>Presentatie van de resultaten van het project Horizon scanning in de algemene geneeskunde.</u> De Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting ging van start in 2013 en loopt ten einde in juni 2016. Wat de verschillende workpackages (WP) betreft, richt WP6 zich op de kwalitatieve benadering in de planning van de beroepsbevolking. In dat kader werd een proefproject uitgevoerd in België, meer bepaald een «horizon scanning in de algemene geneeskunde». Dat werk moet duidelijkheid brengen inzake de toekomstige vraag- en aanbodzijde. De resultaten worden voorgesteld en besproken door de leden van de werkgroep.</p> <p><u>Stand van zaken van het basisscenario.</u> Het eerste basisscenario moet beschikbaar zijn voor de volgende vergadering eind januari 2016. De administratie zal een voorstel doen in verband met de waarde die zal worden toegekend aan de verschillende parameters van het model op basis van de trends die werden vastgesteld. Wat betreft de vraagzijde wordt er een parameter uitgewerkt die de bevolking moet wegen, en die rekening houdt met de zorgconsumptie. Wat dat betreft zijn de gegevens over de huisartsen reeds beschikbaar, en de mogelijkheid wordt bestudeerd om ook te kunnen wegen voor de andere specialiteiten.</p>

2.2.4.3. DE WERK GROEP « TANDARTSEN »

De opdrachten van de werkgroep 'Tandartsen' werden op 01/03/2013 door de stuurgroep geherdefinieerd naar aanleiding van de validering van het meerjarenplan, en werden in 2015 niet fundamenteel gewijzigd. Enkel de uitwerking van de toekomstscenario's werd uitgesteld tot 2016. Oorspronkelijk werden de opdrachten over de 3 jaren van dit plan gespreid volgens dit schema :

		2013	2014	2015
ALGEMENE OPDRACHTEN				
1	Het initiatief nemen tot een voorstel van advies in functie van het terrein en de evolutie van het beroep	X	X	X
2	Voorstellen van advies formuleren	X	X	X
3	Follow-up van de contingentering	X	X	X
4	Validering van de volgende quota			X + Advies
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
5	De lijst van nuttige variabelen voor de koppeling identificeren en valideren	X		
6	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren		X	
7	Validering van de resultaten van de koppeling van de gegevens		X	X
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
8	Opleiding voor het gebruik van het projectiemodel van de beroepsbevolking en voor de verkenning van scenario's			X
9	Het basisscenario valideren			Uitgesteld tot 2016 (quota 2021)
10	De op het model uit te testen hypothesen en scenario's bepalen			Uitgesteld tot 2016 (quota 2022)
11	De alternatieve scenario's valideren			Uitgesteld tot 2016 (quota 2022)

Tijdens het jaar 2015 is de werkgroep « Tandartsen » drie keer bijeengekomen, op **29/09/2015**, **23/10/2015** en **16/11/2015**. De werkgroep heeft zich hoofdzakelijk gewijd aan de analyse van de gegevenskoppeling van het project PlanKAD Tandartsen.

DATA	BELANGRIJKSTE ONDERWERPEN DIE WERDEN BESPROKEN
29/09/15	<p><u>Samenstelling van de werkgroep tandartsen en benoeming van de voorzitter.</u> Dhr. DEVRIESE wordt herbenoemd als voorzitter. Om de werkgroep uit te breiden, wordt er gevraagd om een beroep te doen op de verenigingen die de specialisten in de orthodontie vertegenwoordigen en de specialisten in de parodontologie (één vertegenwoordiger per specialiteit) en op de vijf scholen voor tandheelkunde (één vertegenwoordiger per school).</p> <p><u>De methodologie</u> wordt vervolgens toegelicht: het uitvoeren van een gegevenskoppeling, het uitwerken van het basisscenario, de reflectie over de hypothesen die het mogelijk maken om de alternatieve scenario's uit te werken en de vaststelling van de quota.</p> <p>De huidige werkzaamheden van de werkgroep bestaan erin de rapportage te begeleiden van de PlanKAD-gegevenskoppeling. Het doel is om de rapporten af te ronden voor eind november 2015, om ze te laten valideren door de Planningscommissie tijdens haar volgende vergadering, voorzien november 2015. Tegen juni 2016 moet de commissie een advies afleveren voor het quotum van 2021, op basis van het basisscenario. De quota stellen het globale aantal tandartsen vast. Dat globale aantal omvat maximale subquota voor de beroepstitels van specialist in de parodontologie en de orthodontie. Naar aanleiding van de zesde staats hervorming werd de bevoegdheid van de subquota overgedragen naar de gemeenschappen. Aangezien ze over gegevens beschikt, zal de commissie een aanbeveling formuleren voor de subquota, maar het zal niet meer gaan om een formeel advies.</p>

	<p><u>PlanKAD Tandartsen 2004-2012.</u></p> <p>De resultaten van de gegevenskoppeling werden in het kader van het PlanKAD-project voorgesteld. In totaal worden er zeven specifieke rapporten en één syntheserapport gepubliceerd: algemene tandheelkunde, parodontologie, orthodontie, tandartsen (totaal specialiteiten), zonder specialiteit of erkenning, tandartsen (met en zonder specialiteit of erkenning), tandartsen in opleiding.</p> <p>Na correctie en validering door de WG zullen de rapporten PlanKAD tandartsen ter goedkeuring kunnen worden voorgelegd aan de plenaire vergadering van de Planningscommissie.</p> <p><u>Opvolging van de contingentering (RAPAN 2014):</u> de tabellen van de uitvoering van de contingentering van de tandartsen (stageplannen 2014), die gepubliceerd zullen worden in het jaarverslag 2014 (RAPAN), worden voorgesteld. Het RAPAN 2014 moet per mail worden gestuurd naar alle leden van de Commissie voor validering tijdens de plenaire van de Planningscommissie.</p>
23/10/15	<p><u>PlanKAD 2004-2012 Tandartsen : individuele rapporten voor de 7 analysegroepen</u></p> <p>De analyseresultaten van de gegevens die gekoppeld werden in het kader van het project PlanKAD worden voorgesteld.</p> <p>Die resultaten zijn opgenomen in 7 specifieke rapporten (cf. hierboven). Door rekening te houden met een aantal opmerkingen die geformuleerd werden tijdens de vergadering, kunnen de rapporten PlanKAD tandartsen ter goedkeuring worden voorgelegd aan de plenaire van de planningscommissie.</p> <p><u>PlanKAD 2004-2012 Tandartsen : syntheserapporten</u></p> <p>Er worden een aantal wijzigingen voorgesteld, en een aantal opmerkingen geformuleerd, die moeten worden opgenomen in de aandachtspunten van het syntheserapport. Het document moet worden aangepast in functie van de opmerkingen. De leden moeten overgaan tot een tweede lezing en hun opmerkingen per mail opsturen vóór 9 november 2015. Het document moet bezorgd worden aan de leden van de Planningscommissie vóór haar plenaire vergadering.</p> <p><u>Samenstelling van de werkgroep (follow-up)</u></p> <p>De samenstelling moet gevalideerd worden door de Commissie. De werkgroep wenst te worden uitgebreid met externe experts. De officiële uitnodiging moet door de administratie verstuurd worden in naam van de voorzitter, via een individuele mail. De instellingen worden verzocht om uiterlijk op 16 november 2015 een externe expert voor te dragen. De werkgroep bezorgt een lijst van de instellingen.</p>
16/11/15	<p>De leden van WG Tandartsen <u>keuren per e-mail de 7+1 rapporten PlanKAD Tandartsen goed</u> tegen 20 november 2015 zodat die documenten bezorgd kunnen worden aan de leden van de plenaire voor validering tijdens de vergadering van 4 december 2015.</p>

2.2.4.4. DE WERKGROEP « KINESITHERAPEUTEN »

De opdrachten van de werkgroep 'Kinesitherapeuten' werden op 01/03/2013 door de stuurgroep geherdefinieerd naar aanleiding van de validering van het meerjarenplan, en werden in 2015 niet gewijzigd. Oorspronkelijk werden ze over de 3 jaren van dit plan gespreid volgens het volgende schema :

		2013	2014	2015
ALGEMENE OPDRACHTEN				
1	Het initiatief nemen tot een voorstel van advies in functie van het terrein en de evolutie van het beroep	X	X	X
2	Voorstellen van advies formuleren	X	X	X
3	Opvolging van de contingentering		X	X
4	Validering van de quota vanaf 2018			
OPDRACHTEN I.V.M. DE KOPPELING VAN DE GEGEVENS (PLANKAD)				
5	De samenhang met het terrein en de volledigheid van de resultaten van de koppeling verifiëren	X		
6	De fact sheets valideren (beschrijvende fiches van de resultaten van de koppeling per thema)	X		
7	Het rapport STADE valideren (rapport met gedetailleerde beschrijving van de beroepsgroep op basis van de gegevenskoppeling)		X	
OPDRACHTEN I.V.M. HET SCENARIO				
8	Het basisscenario valideren		X	
9	De op het model uit te testen hypothesen en scenario's bepalen		X	
10	De scenario's valideren		X	
SPECIFIEKE OPDRACHTEN				
11	Werkzaamheden n.a.v. het advies van de Planningscommissie van 01/07/13 : <ul style="list-style-type: none"> - Analyse van de huidige bijzondere bekwaamheden - De formulering van mogelijke strategieën wat betreft de realisatie van quota en het voorstellen van alternatieven voor het huidige systeem van een examen na afloop van de studies - De mogelijkheid op gemeenschapsniveau onderzoeken: organisatie van de studies zodanig dat de keuze van de studenten beantwoordt aan de epidemiologische en demografische behoeften van de bevolking 	Begin van de werkzaamheden	Tussentijds Rapport 01/05/14 + Eindrapport	

In 2015 is de werkgroep "Kinesitherapeuten" niet bijeengekomen. De werkzaamheden van deze groep werden geschorst in afwachting van de herontwikkeling van het projectiemodel dat meer flexibiliteit mogelijk maakt.

2.2.4.5. DE WERK GROEP « VERPLEEGKUNDIGEN »

De opdrachten van de werkgroep 'Verpleegkundigen' werden op 01/03/2013 door de stuurgroep geherdefinieerd naar aanleiding van de validering van het meerjarenplan, en werden in 2015 niet gewijzigd. Oorspronkelijk werden ze over de 3 jaren van dit plan gespreid volgens het volgende schema:

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

In 2015 is de werkgroep verpleegkundigen twee keer bijeengekomen, namelijk op **06/02/2015** en **17/09/2015**.

De werkgroep heeft zich tijdens die vergaderingen vooral gewijd aan de voorbereiding van het verpleegkundig advies (advies van de werkgroep op basis van de PlanKAD Verpleegkundigen 2004-2009 en van de scenario's) en de oprichting van de werkgroep « Verpleegkundigen » in haar nieuwe samenstelling (en aanwijzing van de voorzitter – Mevr. S. HANS).

2.3. HET MEERJARENPLAN PLAN3.2013 EN ZIJN STAND VAN ZAKEN

2.3.1. STRUCTUUR VAN HET MEERJARENPLAN

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

Luik 1 : operationeel luik	
Deel 1.1	Ondersteuning van de planningscommissie en haar werkgroepen
Deel 1.2	Productie en gegevensrapportering
Deel 1.3	Informatie, communiceren van gegevens en parlementaire vragen
Luik 2 : Belgisch luik	
Deel 2.1	Verrijking van het kadaster door middel van gegevenskoppeling (Project planKad)
Deel 2.2	Aanmaak planningsscenario's per beroepsgroep
Deel 2.3	Enquête per beroepsgroep
Deel 2.4	Interne studie per beroepsgroep of problematiek
Deel 2.5	Reflectie over de integratie van de competenties in het projectiemodel van de beroepsbevolking
Deel 2.6	Verbetering en ontwikkeling van het projectiemodel
Luik 3 : Internationaal luik : Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting²	
Deel 3.1	3.1 Deelname aan WP 4 - Data collection & pilot study on mobility data Cartografie van de terminologie, inzameling mobiliteitsgegevens
Deel 3.2	3.2 Deelname aan WP 5 - Guidelines & Pilot study on implementation of best practices Minimale vereisten, overzicht van de bestaande methoden, richtlijnen, test op model
Deel 3.3	3.3 Deelname aan WP 6 - Horizon scanning & Pilot study on qualitative planning Identificatie en classificatie van bestaande methoden, verrijking van de bestaande modellen, inschatting van de kwalificaties en competenties die in de toekomst nodig zullen zijn Pilotproject Horizon scanning
Deel 3.4	3.4 Deelname aan WP 7 - Sustainability & recommendations Helpen bij het opstellen van de conclusies

² Zie punt 2.5.

2.3.2. SEMESTRIËLE PROGRAMMATIE VAN HET MEERJARENPLAN

De grote lijnen van het PLAN3.2013 worden als volgt over de periode 2013-2015 gespreid³:

	2013		2014		2015	
	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem	1 ^{ste} sem	2 ^{de} sem
Luik 1 : Operationeel luik						
Deel 1.1	Ondersteuning van de planningscommissie en haar werkgroepen					
	Plenaire					
	Bureau					
	Stuurgroep					
	Werkgroep Artsen				Advies toegang BBT 2021	
	Werkgroep Tandartsen				Advies toegang BBT 2020+	
	Werkgroep Kinesitherapeuten	Definitief advies over afschaffing examen		Alternatief voor het examen : Tussentijds rapport	Alternatief voor het examen : Eindrapport	
	Werkgroep Verpleegkundigen					
	Werkgroep Logopedisten					
	Werkgroep Vroedvrouwen					
	Hernieuwing samenstelling commissie en werkgroep		uitgesteld			
	Deelname aan het uitwerken van strategieën voor de gezondheids- werkers, via informatie- uitwisseling, deelname aan andere commissies					
Deel 1.2	Productie en gegevensrapportering					
	STATAN					
	RAPAN					
	Compensatie quota kiné		geannuleerd		geannuleerd	
	OPVOLGING CONTING artsen					
	OPVOLGING CONTING kinesitherapeuten		geannuleerd		geannuleerd	
	OPVOLGING CONTING tandartsen					
	STADE	Kinesitherapeut Verpleegkundige				
	Scenario kinesitherapeuten		uitgesteld			
	Scenario verpleegkundigen					
	Scenario artsen					
	Scenario tandartsen					
Deel 1.3	Informatie, communiceren van gegevens en parlementaire vragen					
	Antwoord op externe vragen (PV, vraag naar statistieken)					
	JQ EUROSTAT/WHO/OESO					
	Expert group Health management OCDE					
	(inter)nationale (re)presentatie van de cel planning					

³ De paarse kleur geeft aan wat er in het plan is geprogrammeerd, en in welke periode. De gearceerde vakken geven de wijzigingen weer die werden uitgevoerd.

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

2.3.3. VOORTGANG VAN HET MEERJARENPLAN PLAN3.2013 TIJDENS HET JAAR 2015

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

		Voortgang 2015	
		Data	Deliverables
Luik 1 : Operationeel luik			
Deel 1.1	Ondersteuning van de Planningscommissie en haar werkgroepen		
	<i>Plenaire</i>	08/05/2015 10/07/2015 04/12/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Validering van de resultaten van de PlanKad Artsen 2004 2012 (rapporten per specialiteit en syntheserapport). - Vaststelling van het quotum <u>artsen</u> voor het jaar 2021. - Validering van de rapporten PlanKad Tandartsen 2004-2012 (rapporten per specialiteit en syntheserapport). - Validering advies voorbereid door werkgroep Verpleegkundigen - Validering van het jaarverslag 2014. - Oprichting van de Planningscommissie medisch aanbod in haar nieuwe samenstelling. - Samenstelling van de werkgroepen en hun voorzitterschap (artsen, tandartsen, verpleegkundigen, wetenschappelijk).
	<i>Bureau</i>	10/04/2015 01/10/2015	Voorbereiding van de vergaderingen in de plenaire (cf. hierboven).
	<i>Stuurgroep</i>	/	De stuurgroep is in 2015 niet samengekomen.
	<i>Wetenschappelijke werkgroep</i>	01/10/2015 12/11/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Samenstelling en aanwijzing van de voorzitter van de wetenschappelijke werkgroep. - Opdrachten van de wetenschappelijke werkgroep. - Ontwikkeling van het projectiemodel van de beroepsbevolking. - Beleidsnota voorbereid door de voorzitter van de wetenschappelijke werkgroep (Jan DE MAESENEER).
	<i>Werkgroep Artsen</i>	23/01/2015 06/02/2015 27/02/2015 13/03/2015 27/03/2015 10/04/2015 15/10/2015 10/12/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Stand van zaken en validering van de analyserapporten voor een geheel van specialiteiten (PlanKAD, resultaten van de gegevenskoppeling FOD VVVL). - Validering van de resultaten van PlanKad-koppeling Artsen 2004 2012 – syntheserapport. - Opstellen van het ontwerpadvies (methodologie « quota 2021 ») voor te leggen aan de plenaire vergadering. - Opvolging van de contingentering van de artsen (stageplannen 2014), gepubliceerd in het jaarverslag 2014 (RAPAN 2014). - Voorstelling van de resultaten van het project Horizon scanning in de huisartsgeneeskunde (WP6 - Joint Action - EU). - Samenstelling en aanwijzing van de voorzitter van werkgroep « Artsen ».
	<i>Werkgroep Tandartsen</i>	29/09/2015 23/10/2015 16/11/2015	<ul style="list-style-type: none"> - PlanKAD 2004-2012 Tandartsen: stand van zaken en validering van de individuele rapporten voor de 7 analysegroepen. - Validering van de resultaten van de PlanKad-koppeling Tandartsen 2004 2012 – syntheserapport. - Opvolging van de contingentering van de tandartsen, gepubliceerd in het jaarverslag 2014 (RAPAN 2014). - Samenstelling van de werkgroep « Tandartsen » en aanduiding van de voorzitter van de WG.
	<i>Werkgroep Kinesitherapeuten</i>	/	De werkgroep is in 2015 niet samengekomen.
	<i>Werkgroep Verpleegkundigen</i>	06/02/2015 17/09/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Advies van de werkgroep op basis van PlanKAD Verpleegkundigen 2004 2009 en de scenario's. - Oprichting van werkgroep « Verpleegkundigen » in zijn nieuwe samenstelling (en aanwijzing van de Voorzitter).
	<i>Hernieuwing samenstelling</i>		Oprichting van de WG's in hun nieuwe samenstelling en verkiezing van de Voorzitters.

		Voortgang 2015	
		Data	Deliverables
	<i>Deelname aan het uitwerken van strategieën voor de gezondheidswerkers, via het uitwisselen van informatie, deelname aan andere commissies</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Presentatie van de Enquête ziekenhuisstatistieken: artsen actief in de ziekenhuizen en vacante betrekkingen. - Artsen en mobiliteit bij studenten en beroepsbeoefenaars. Afronding van de nota over internationale mobiliteit van studenten en beroepsbeoefenaars. - Presentatie van de resultaten van project Horizon scanning in de algemene geneeskunde (WP6 - Joint Action - EU).
Deel 1.2	Productie en gegevensrapportering		
	STATAN	Mei	Jaarstatistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars; gepubliceerd in 2 talen (formaat Word en Excel)
	RAPAN	Oktober	De planning van het medisch aanbod in België. Jaarverslag van de Planningscommissie 2014; gepubliceerd in 2 talen
	Compensatie quota kine		Niet meer van toepassing
	OPVOLGING CONTING Arts		Gepubliceerd in RAPAN
	OPVOLGING CONTING Tandarts		Gepubliceerd in RAPAN
	OPVOLGING CONTING kine		Niet meer van toepassing (een aantal indicatoren gepubliceerd in RAPAN)
Deel 1.3	Informatie, communiceren van gegevens en parlementaire vragen		
	Antwoord op externe vragen naar statistieken	Verwezenlijkt volgens de aanvragen	
	JQ EUROSTAT/WHO/OESO	Verwezenlijkt volgens de aanvragen	
	Expert group Health management OCDE	Verwezenlijkt volgens de aanvragen	
	(Inter)nationale (re)presentatie van de cel planning	Verwezenlijkt volgens de aanvragen	
	Updaten website	Toevoeging van de nieuwe publicaties, van het nieuwe advies	
Luik 2 : Belgisch luik			
Deel 2.1	Verrijking van het kadaster door middel van gegevenskoppeling (Project PlanKad)		
	PlanKad Kinesitherapeuten	Resultaten gepubliceerd	
	PlanKad Verpleegkundigen	Resultaten gepubliceerd	
	PlanKad Artsen	Januari - Augustus	Stand van zaken en validering van de analyserapporten voor een geheel van specialiteiten – 36 groepen + aanvullende analyses + syntheses (PlanKAD, resultaten van de gegevenskoppeling FOD VVVL) + syntheserapport
	PlanKad Tandartsen	September - December	Stand van zaken en validering van de analyserapporten (7 groepen) + syntheserapport
Deel 2.2	Aanmaak planningsscenario's per beroepsgroep		
	Scenario Artsen	September - December	Stand van zaken van het basisscenario. Het eerste basisscenario moet beschikbaar zijn tegen de volgende vergadering, vastgesteld eind januari 2016.
	Scenario Tandartsen	Lopend	Basisscenario voorzien voor 2016
Deel 2.3	Enquête per beroepsgroep		
	Niet van toepassing in 2015	-	-
Deel 2.4	Interne studie per beroepsgroep of problematiek (2015)		
	Algemene geneeskundigen: heroriëntatie van de carrière (2015)	Deze nota analyseert de beroepsheroriëntatie van de huisartsen die werd aangegeven vóór 01/12/2014. De gegevens worden weergegeven in functie van verschillende parameters: jaar van het basisdiploma, jaar van de heroriëntatie en de discipline die werd gekozen bij de heroriëntatie, etc.	
	Artsen: internationale mobiliteit (2015)	Dit rapport analyseert de stromen van artsen die het aantal artsen doen toenemen parallel met de basisstroom bestaande uit Belgische studenten die hun opleiding volgen in België. De gegevens maken het mogelijk om de evolutie te bekijken tijdens de periode van 2004 tot 2013.	

		Voortgang 2015	
		Data	Deliverables
	<i>Artsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)</i>		<i>Dit verslag analyseert de resultaten van de gegevenskoppeling tussen verschillende bronnen: de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen (Kadaster), het RIZIV en het Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming.</i>
	<i>Syntheserapport Artsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)</i>		<i>Dit verslag geeft een synthese van de resultaten die in het verslag "Artsen op de arbeidsmarkt" naar voren kwamen. Het legt de nadruk op de specifieke punten waarmee rekening moet worden gehouden bij het interpreteren van de gepubliceerde gegevens.</i>
	<i>Tandartsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)</i>		<i>Dit verslag analyseert de resultaten van de gegevenskoppeling tussen verschillende bronnen: de federale databank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen (Kadaster), het RIZIV en het Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming.</i>
	<i>Syntheserapport: Tandartsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)</i>		<i>Synthese van de resultaten van de gegevenskoppeling PlanKAD: FOD VVVL - Datawarehouse AM&SB - RIZIV, voor de beroepsgroep tandartsen.</i>
	<i>Internationale mobiliteit van tandartsen (2015)</i>		<i>Dit rapport analyseert de stroom van tandartsen van en naar het buitenland, alsook de instroom van Belgische studenten die hun opleiding volgen in België. De gegevens tonen de evolutie voor de periode 2004-2013 en stellen ons in staat na te gaan of deze stromen een invloed hebben op het Belgische contingenteringssysteem of niet.</i>
	<i>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</i>		<i>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 tandheekkunde.</i>
Luik 3 : Internationaal luik			
<i>Deel 3.3</i>	<i>Deelname aan WP 6 - Horizon scanning & Pilot study on qualitative planning</i>	<i>December</i>	<i>Presentatie van de resultaten van het project Horizon scanning in de algemene geneeskunde (WP6 - Joint Action - EU) in werkgroep « Artsen »</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 26/02/03), 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 6^{de} 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 31/12/2015

	Gedomicilieerd in en buiten België	Gedomicilieerd in België
Artsen die gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen	60.138	51.425
Tandartsen die gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen	10.726	9.427
(Stomatologen ⁴)	(382)	(350)
Kinesitherapeuten	36.870	32.121
Verpleegkundigen	191.805	181.121
Vroedvrouwen	11.160	10.440
Zorgkundigen	114.209	109.763
Apothekers	20.125	19.109
Paramedici	53.681	51.871
Farmaceutisch-technisch assistenten	10.819	10.693
Diëtisten	4.858	4.715
Ergotherapeuten	9.704	9.415
Audiciens	1.521	1.458
Audiologen	914	897
Orthoptisten	143	124
Logopedisten	14.160	13.233
Technologen medische beeldvorming	2.228	2.077
Medisch laboratoriumtechnologen	9.334	9.259
TOTAAL AANTAL BEROEPSBEOEFENAARS VAN GEZONDHEIDSBEROEPEN	498.714	465.277

Bron : STATAN 2015 - Jaarstatistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars op 31 december 2015.

4 In België wordt stomatologie beschouwd als een medische specialiteit. 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 498.714 gezondheidszorgbeoefenaars die op 31 december 2015 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, stageplan, specialisatie en bekwaamheid, datum van erkenning, datum van het visum...).

Deze persoonlijke gegevens worden **regelmatig geactualiseerd 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 en 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 gezondheidswerkers⁵. Tot 30 juni 2014 was de Dienst Erkenning van de Gezondheidszorgberoepen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu belast met de erkenningen van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen. Sinds 1 juli 2014 kennen de Federatie Wallonië-Brussel en de Vlaamse gemeenschap de erkenningen toe aan de gezondheidswerkers. Het federale niveau blijft wel instaan voor het uitreiken van de visa, het beheer van de normen en de erkenning van de stagemeeesters en –plaatsen voor de artsen, tandartsen en ziekenhuisapothekers. De opvolging van de stages is nu in handen van de gemeenschappen.⁶

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.

⁵ Meer details staan vermeld in punt 2.6.

⁶ 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 beroeps categorie.

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 meest recente 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 2015](#)" en "[HWF STATAN 2015 \(detail\)](#)").

KORTOM

- **Het kadaster = federale databank van de gezondheidszorgbeoefenaars**
- **Alle beoefenaars die gemachtigd zijn om het beroep te beoefenen ("licensed to practise")**
- **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 actief zijn, in welke mate die activiteit wordt uitgeoefend en in welke sectoren de populatie 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 lokale besturen (**RSZ-PLB**) 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 leeftijdspiramiden, 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 rapport over de analyseresultaten wordt gemaakt met behulp van geanonimiseerde totaalgegevens.

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

- Wat is het aantal **actieve personen** binnen een beroepscategorie in België?
- Hoe ziet de **leeftijdspiramide van de beroepscategorie** eruit?
- Wat is het **aantal verstrekkingen** dat door deze personen wordt verricht, **uitgedrukt in voltijdse equivalenten**?
- Welke is de spreiding van deze personen tussen de **verschillende deelsectoren** van de gezondheidszorg?
- Welk is het respectieve aandeel **van voltijds en van deeltijds werk**?
- Welke is de **spreiding volgens het arrondissement van de woonplaats**?
- **Hoe is de beroepscategorie 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 rapporten 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 rapport 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 energieverslindende 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 analyserapport van de in het kader van het project PlanKAD « Verpleegkundigen » gekoppelde gegevens werd gepubliceerd in maart 2014. Dat rapport 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 rapport met als titel *Toekomstscenario's van de workforce "verpleegkundigen" 2009-2054* is beschikbaar op <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties.

2.4.3.2. PLANKAD « KINESITHERAPEUTEN »

Het uiteindelijke analyserapport van het project PlanKAD « kinesitherapeuten », werd gepubliceerd in maart 2014. Dat rapport 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 analyserapport van de gegevenskoppeling in het kader van het project **PlanKAD « Artsen »** werd gepubliceerd in 2015. Dat rapport heeft als titel *Artsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)* en is beschikbaar op <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties.

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

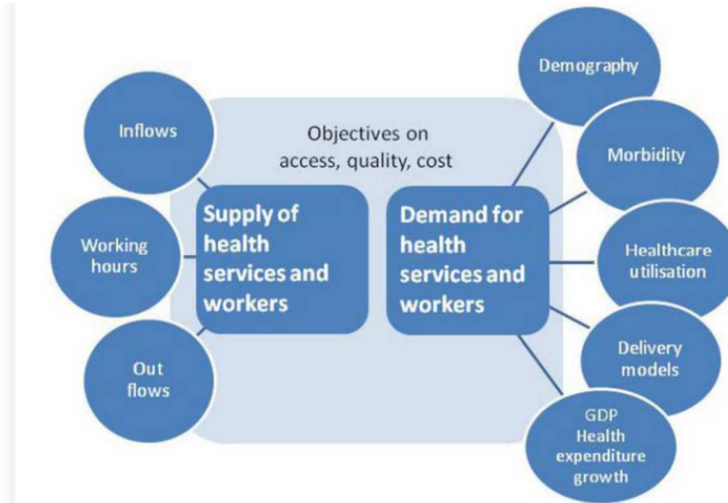
Het uiteindelijke analyserapport van de gegevens die werden gekoppeld in het kader van het project PlanKAD « Tandartsen » werd ook gepubliceerd in 2015. Dat rapport met als titel *Tandartsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)* en het bijhorende Syntheserapport: *Tandartsen op de arbeidsmarkt (2004-2012)* zijn 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 specialiteiten moeten worden voortgezet in 2016.

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**. 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.

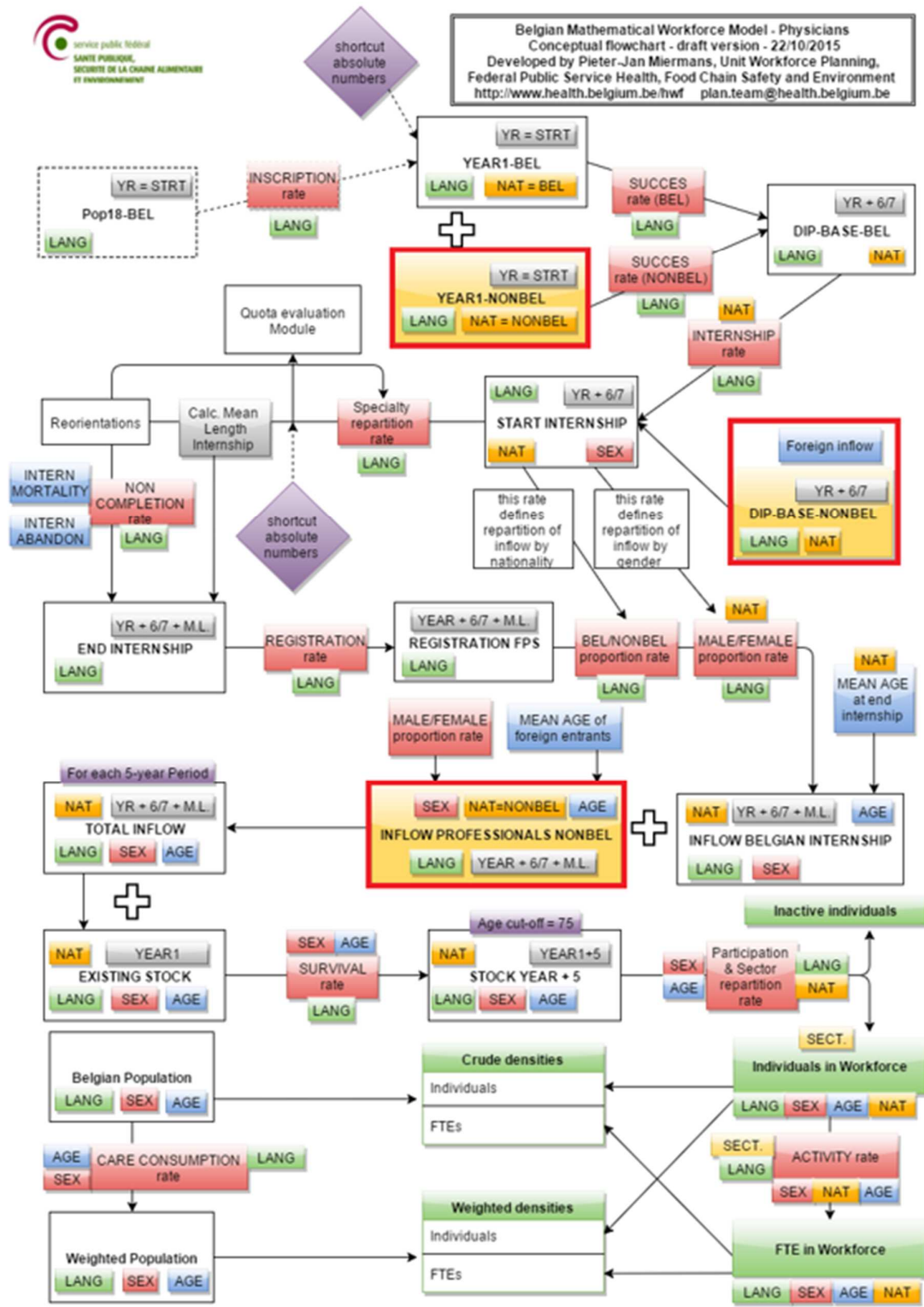
De evolutie van het **aanbod** (« *supply* ») houdt rekening met de voorraad actieven en met het activiteitsniveau (*stock* of *reserve*, aanbod gezondheidsbeoefenaars), waarvan de uitstroom is afgetrokken (*outflow* of personen die het beroep verlaten), en waarbij de nieuwe gediplomeerden in België 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.), 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, verdeling van de stagiairs per specialiteit, 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, 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).

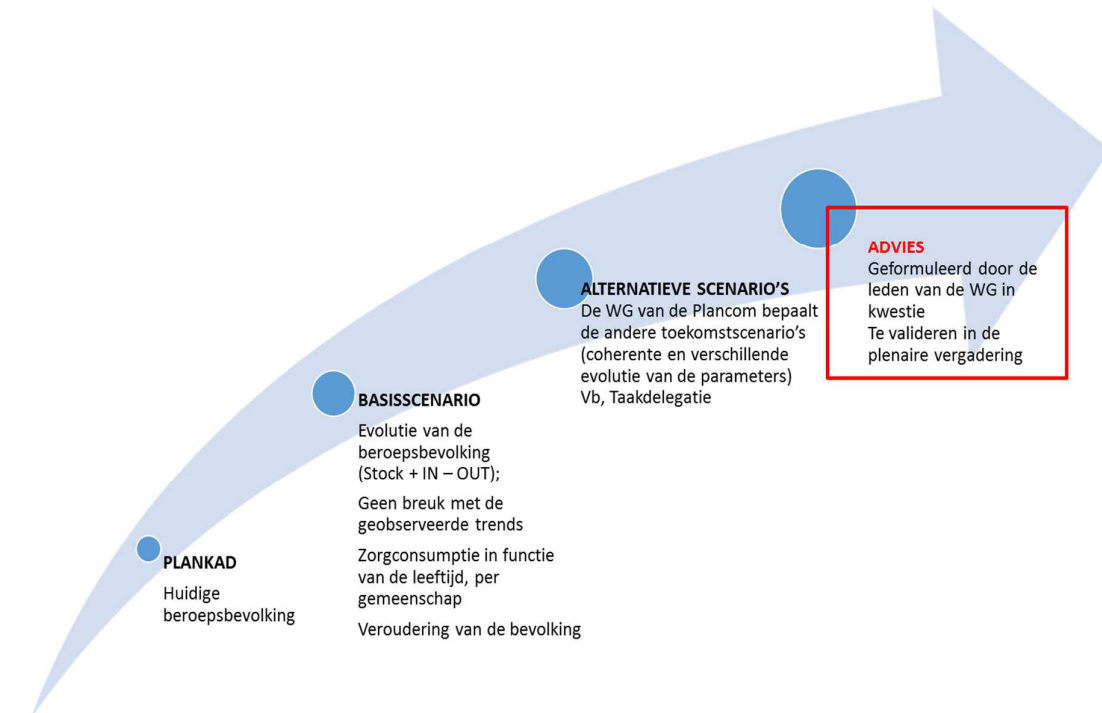
Het projectiemodel van de beroepsbevolking dat werd ontwikkeld door de Planningscommissie omvat verschillende parameters en houdt rekening met de mobiliteit, zowel bij het begin van de studies als bij de aanvang van de specialisaties en van de beroepspraktijk. Het basisscenario anticipeert op de actieve 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 rapporten (één per specialiteit) en synthesesrapporten.

De Planningscommissie zal ook haar toekomstvisie geven van het medisch beroep **door alternatieve scenario's te ontwikkelen** (in 2016 en 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 moeten nog ontwikkeld worden door de verschillende betrokken werkgroepen.

FIGUUR 3 : ONTWIKKELING VAN DE TOEKOMSTSCENARIO'S



KORTOM

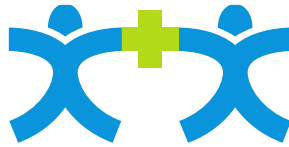
- **Het projectiemodel van de beroepsbevolking dat werd ontwikkeld door de Planningscommissie is een « stock-and-flow » model. Het gaat uit van het principe dat er, voor elk gezondheidszorgberoep, een vraag en een aanbod bestaat.**
- **De resultaten van het basisscenario geven een beeld van hoe de toekomst 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 worden ontwikkeld 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 2015 staan ook vermeld in de lijst in bijlage 6.4. De studies zijn ook beschikbaar op: <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties:

- De internationale mobiliteit van de artsen (2015).
- De beroepsheroriëntatie van de huisartsen (2015).
- Tandartsen : internationale mobiliteit (2015).
- 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 (2015, update).

2.5. JOINT ACTION ON HEALTH WORKFORCE PLANNING AND FORECASTING



Joint Action Health Workforce
Planning and Forecasting



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

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

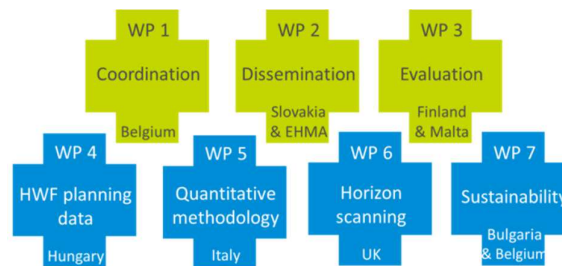
Dit Europees project, dat officieel van start ging in april 2013, neemt de vorm aan van een samenwerkingsplatform tussen 26 van de 28 lidstaten (Ministeries, Agentschappen, Instituten), universiteiten, gewesten, de belangrijkste beroepsorganisaties (zoals CPME, EFN, HOPE, EPSU), de WGO, de OESO, en zelfs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

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

Het programma heeft de volgende doelstellingen:

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

De JA EUWHF bestaat uit 7 « werkpakketten » (WP), waarvan er 3 gericht zijn op management, communicatie en evaluatie-activiteiten, en 4 op de inhoudelijke opdrachten van het project.



De 4 inhoudelijke werkpakketten hebben betrekking op de gegevens die nuttig zijn voor de planning van de gezondheidszorgberoepen (WP 4), de kwantitatieve methodes voor de planning van de gezondheidszorgberoepen (WP 5), de kwalitatieve methodes voor de gezondheidszorgberoepen (WP 6) en de duurzaamheid van de resultaten van het project (WP 7). België is leider van werkpakket 1 (management en inhoudelijke coördinatie), en co-leider van werkpakket 7 via *KU Leuven*. België neemt actief deel aan alle werkstukken van het programma.

Sinds de opstart op 1 april 2013 werden talrijke vergaderingen, conferenties en workshops georganiseerd. Het netwerk werd ook actief onderhouden in de loop van het jaar 2015. De plenaire vergadering waarin de gevalideerde producten werden voorgesteld aan alle partners, vond plaats in maart jongstleden in Madrid. Er werden ook twee Forums van stakeholders georganiseerd om alle betrokken stakeholders in staat te stellen om hun standpunt te geven over de manier waarop de resultaten van het project gebruikt en toegepast kunnen worden.

Als coördinator van het project was onze FOD vertegenwoordigd door Dhr. Christiaan Decoster (Directeur-generaal Gezondheidszorg), die het belang van een blijvend engagement van de partners benadrukte, om te streven naar meer duurzaamheid in onze gezondheidszorgsystemen. Uit de ervaringen in België blijkt dat de planning van gezondheidszorgberoepen zeer belangrijk is, en haalbaar, maar niet makkelijk. Planning is een leerproces waarbij steeds ruimte is voor verbetering. Hierbij is de uitwisseling van kennis en ervaringen essentieel, via het bestaande Europese netwerk en door het leren van goede praktijken.

Op basis van de resultaten en conclusies van dergelijke workshops, en van de resultaten van bevestigingen en literatuuronderzoeken, werden in de loop van 2015 een aantal rapporten uitgebracht die werden goedgekeurd door de stuurgroep van het project (“Executive Board”), bestaande uit alle leiders van de werkpakketten en vertegenwoordigers van de Europese Commissie en van het CHAFEA.

Zeven EU-landen werden geselecteerd waar 'aanbod' en 'vraag' geïntegreerd worden in de planningsaanpak, waaronder België. Uit deze geselecteerde landen werden zogenaamde 'good practices' geregistreerd en besproken. Die werden gebruikt om het 'Handboek van Planningsmethodes in de EU' te ontwikkelen. Hoewel die zeven landen heel diverse methodes hebben om hun gezondheidswerkers te plannen, was het mogelijk om hier een aantal gelijkenissen en goede praktijken uit te destilleren. De Cel Planning en een aantal Belgische experts hebben een substantiële bijdrage geleverd om dit handboek tot stand te brengen.

Het "Report on Mobility data" probeert een antwoord te formuleren op de volgende twee vragen: 1) hoe kunnen we de uitstroom van gezondheidspersoneel meten en beheren? en 2) hoe kunnen we de afhankelijkheid ("reliance") van buitenlands gezondheidspersoneel meten en beheren? Het rapport stelt een aantal categorieën en indicatoren voor om de instroom en uitstroom vast te stellen en te meten. De gegevens die worden verkregen via deze "evidence based" indicatoren zullen bijdragen aan het nationale beleid rond gezondheidszorgberoepen. In dit rapport wordt ook nagegaan waarom bepaalde lidstaten gegevens over mobiliteit van gezondheidswerkers verzamelen, welke bronnen ze daarvoor gebruiken, en wat de verschillende mogelijkheden zijn om gegevens over mobiliteit op internationaal niveau te verzamelen. Verder werden er een aantal aanbevelingen opgesomd die de lidstaten zullen helpen om betere data te verzamelen en te verwerken.

Op transversaal niveau is er gewerkt aan de identificatie en analyse van de soorten stakeholders van het project ("Stakeholder analysis") en op welke manier ze het beste benaderd worden.

Om informatie en kennis te delen met alle betrokkenen en geïnteresseerden is een website onontbeerlijk. Er werd in de loop van 2015 een nieuwe en professionele website ontwikkeld die alle resultaten en events bevat (<http://healthworkforce.eu/>).

De nadruk binnen de JA EUHWF ligt sterk op het creëren van praktisch bruikbaar materiaal en op de verspreiding ervan binnen de lidstaten en partners.

Om de aanbevolen tools en methodes te testen, werden er een aantal proefprojecten en haalbaarheidsstudies opgestart. In dit kader werd België gekozen om deel te nemen aan een proefproject voor het implementeren van kwalitatieve methodologieën voor de planning van de gezondheidszorgberoepen ("horizon scanning"). Dit proefproject, waarvoor de eerste voorbereidingen al in 2013 en 2014 werden getroffen, werd in 2015 uitgevoerd in het kader van werkpakket 6 (WP6), in samenwerking met een consortium van Belgische universiteiten. De resultaten hiervan zullen beschikbaar zijn in 2016.

In dat kader heeft de cel planning niet alleen meegewerkt aan de verschillende belangrijke evenementen in 2015, met name de workshops van WP4, WP5 en WP6 (cf. Tabel verderop), maar stond ze ook in voor de opvolging van het proefproject (dat deel uitmaakt van WP6) voor het implementeren van kwalitatieve methodologieën voor de planning van de gezondheidszorgberoepen ("horizon scanning").

Verder werd in Duitsland de haalbaarheidsstudie afgerond, waarin nagegaan werd of het mogelijk is om het Handboek van Planningsmethodes in de EU (zie boven) te gebruiken voor de planning van gezondheidspersoneel in een land met een zelfregulerend systeem.

Belangrijkste evenementen van het jaar 2015 :

WP	Date	Place	Event	Belgian participation as planning expert ⁷	Belgian participation as coordinator ⁸
WP1	4-5/03/2015	Malta	5 th Joint Action Executive Board (internal meeting)		Organiser
	23-24/03/2015	Madrid	Plenary Assembly meeting	Present	Organiser
	19-20/11/2014	Budapest	6 th Joint Action Executive Board (internal meeting)		Organiser
WP4	18-19/06/2015	Budapest	Workshop on Health Workforce Planning Data and Process Gaps	Present	Present
	24-25/09/2015	Reykjavik	Consultation Meeting of National Experts	Present	Present
WP5	24/06/2015	Brussels	WP5 pilot project technical expert meeting	Present	Present
	01/10/2015	Rome	Steering committee Italian Pilot project		Present
	06/10/2015	Bucharest	Workshop on the Joint Feasibility Study Romania/Moldova		Present
WP6	23/04/2015	London	Meeting on the Policy Briefs Part of D062 (Report on Future Skills and Competencies)	Present	Present
WP7	11/11/2015	Varna	Expert workshop on sustainability options		Present

⁷ De kolom "Belgian participation as planning expert" geeft events aan waaraan België heeft deelgenomen en waarin ons land betrokken was als expert op het vlak van planning (Cel Planning van het Aanbod van de gezondheidszorgberoepen - FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en Directie onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitspromotie van de Dienst voor geneeskundige verzorging binnen het RIZIV).

⁸ De kolom "Belgian participation as coordinator" geeft events aan waaraan België heeft deelgenomen als coördinator (WP1) van het programma (en soms ook als (mede-)organisator).

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

2.6.1. WIJZIGINGEN INGEVOERD DOOR DE 6DE STAATSHERVORMING

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

Artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming heeft met name artikel 5, §1 I 7° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen gewijzigd. In het gewijzigde⁹ 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 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.

⁹ Uittreksel opgenomen in bijlage 6.2.

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 specialiteiten die beantwoorden aan de specifieke behoeften van de bevolking ervan. Op die manier kunnen artsen en tandartsen georiënteerd worden naar specialiteiten die verschillend zijn naargelang hun gemeenschap.

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

3.1. DE PRINCIPES VAN DE CONTINGENTERING VAN DE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

In art. 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 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 erkenning¹⁰.

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 beperkingen opgelegd voor het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels die het voorwerp uitmaken van de erkenning bedoeld in artikel 35ter van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Op 15 september 1997 is het KB van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal geneesheren, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels, in werking getreden. 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 2: 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 35ter¹¹.

¹⁰ KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod en KB van 19 augustus 2011 betreffende de planning van de tandheelkunde.

¹¹ 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.

Per gemeenschap werd dat aantal als volgt opgesplitst:

TABEL 3 : CONTINGENTEN ARTSEN MET TOEGANG TOT DE OPLEIDING VOOR BEPAALDE BIJZONDERE BEROEPSTITELS, VOLGENS HET KB VAN 29 AUGUSTUS 1997, GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 7 NOVEMBER 2000 EN 10 NOVEMBER 2000.

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

Nog voor die bepalingen van toepassing werden, zijn ze opgeheven door het KB van 30 mei 2002 betreffende de planning van het medisch aanbod, dat op 24 juni 2002 in werking getreden is. De wetgever is toen afgestapt van de idee om rechtstreeks in te werken op het verkrijgen van de bijzondere beroepstitels en heeft er zich op toegelegd om de toegang tot de opleidingen die leiden tot de titels van huisarts of geneesheer-specialist, uitvoeriger te reglementeren. Dat principe strookt met het feit dat de overheid die de opleidingen (stageplannen) bij hun aanvang goedkeurt en die de erkenningen verleent, ook die overheid is die de quota vastlegt en 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 specialiteit de minimale aantallen van kandidaten die jaarlijks toegang hebben tot de opleiding tot de titel van geneesheer-specialist vastgelegd. Het gaat om drempelwaarden, hierna « minima » genoemd, die betrekking hebben op geneesheren-specialisten die hun beroep uitoefenen in het kader van de ZIV.
- In artikel 3 worden de gevallen genoemd die niet onder artikel 1 vallen. Die gevallen worden hierna de "geïmmuniseerden" genoemd. Voor elk getal dat genoemd wordt, wordt een bijkomend maximum gecreëerd, maar het moet niet meegeteld worden.

De "geïmmuniseerden" zijn hier de geneesheren-specialisten in beheer van gezondheidsgegevens, forensische geneeskunde, arbeidsgeneeskunde, kinder- en jeugdpsychiaters en de bijzondere beroepstitels die men enkel bovenop een andere reeds behaalde titel kan halen.

- Artikel 4 bepaalt hoe de contingenten geteld moeten worden, welke 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 4 : 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 BELGIË.

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

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

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

TABEL 6: JAARLIJKE CONTINGENTEN MET "TOEGANG TOT DE OPLEIDING" ZOALS VOORZIEN IN HET KB VAN 30 MEI 2002, GEWIJZIGD DOOR DE KB'S VAN 11 JULI 2005 EN 8 DECEMBER 2006: MAXIMA IN DE FRANSE GEMEENSCHAP.

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

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

- Het selectieattest van de medische faculteit krijgt een belangrijke plaats in de opvolging van de contingentering (art. 1)
- De aantallen van de zogenaamde geïmmuniseerden uit het vorige KB die nu geïntegreerd worden in de globale aantallen (art. 3) waren in het verleden extra quota. Het gaat om de aantallen die worden toegekend voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, de acute geneeskunde en de urgentiegeneeskunde.
- De 19 verschillende minima van de diverse specialisaties worden opgeheven. Er blijven enkel minima over voor nieuwe specialisaties of specialisaties die bijzondere aandacht vereisen. In eerste instantie blijven er zo vier minima over (art. 4): de huisartsen en de geneesheren-specialisten in de kinder- en jeugdpsychiatrie, in de acute geneeskunde en in de urgentiegeneeskunde. Het betreft dus, alvast voor de huisartsen, een omkering van de quota: wat vroeger een niet te overschrijden maximum was, wordt nu een minimumdrempel die moet worden bereikt (art. 6, §2, 3°).
- Kandidaten met een 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 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 bijeengegeld en vergeleken met de gecumuleerde quota voor de periode 2008-2018. Het is in 2018 dat het definitieve resultaat van deze afvlakking gekend zal zijn en dat men zal kunnen beslissen of de voorziene sanctie moet worden toegepast. In afwachting van deze deadline kunnen de gemeenschappen anticiperende maatregelen nemen om de verwachte doelstellingen te behalen. Dit rapport kan hen daartoe als basis dienen.

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

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

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

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

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

De gevolgen van deze wijziging zullen in 2018 zichtbaar zijn: twee lichten 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 lichten studenten die in 2018 hun basisdiploma in de geneeskunde zullen behalen.

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

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

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

België		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Maxima (art. 3)		757	757	757	757	890	975	1025	1230	1230	1230	2460	1230	1230	1230
Minima (art. 4)	Huisartsen	300	300	300	300	300	300	300	360	400	400	800	400	400	400
	Kinder- jeugdpsychiaters	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-
	Acute geneeskunde	10	10	20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-
	Urgentie- geneeskunde	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	20	10	10	-
	Geriatric			20	20	20	20	20	20	20	20	40	20	20	-

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

Vlaamse gemeenschap		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Maxima (art. 3)		454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	738
Minima (art. 4)	Huisartsen	180	180	180	180	180	180	180	216	240	240	480	240	240	240
	Kinder- en jeugdpsychiaters	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-
	Acute geneeskunde	6	6	12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-
	Urgentiegeneeskunde	3	3	6	6	6	6	6	6	6	6	12	6	6	-
	Geriatricie			12	12	12	12	12	12	12	12	24	12	12	-

TABEL 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 FRANSE GEMEENSCHAP.

Franse gemeenschap		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Maxima (art. 3)		303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	492
Minima (art. 4)	Huisartsen	120	120	120	120	120	120	120	144	160	160	320	160	160	160
	Kinder- en jeugdpsychiaters	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-
	Acute geneeskunde	4	4	8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-
	Urgentiegeneeskunde	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	8	4	4	-
	Geriatricie			8	8	8	8	8	8	8	8	16	8	8	-

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

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

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 »¹².

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 afgestudeerden te ramen op basis van de inschrijvingen per universitair studiejaar en van het aantal inschrijvingen voor het volgende studiejaar, berekend tussen twee opeenvolgende studiejaren (« slaagpercentage »). De studenten kunnen momenteel namelijk een studieprogramma volgen gespreid over een aantal jaar en meegeteld worden in verschillende studiejaren (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.

¹² http://www.belgium.be/nl/Leren/onderwijs/hoger_onderwijs/europese_harmonisatie

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

Jaar van het diploma	Vlaamse gemeenschap																	
	Reëel (1)											Verwacht (2)						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (5)	2019	2020	2021
Aantal afgestudeerden	559	459	362	416	413	483	575	659	718	748	718 (3)	753 (4)	940	739	1527	930	819	819
Quota	445	445	445	454	454	454	454	454	534	585	615	738	738	738	1476	738	738	738

- (1) Reëel aantal afgestudeerden 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) 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 afgestudeerden in 2018 twee keer hoger ligt in vergelijking met de andere jaren.

TABEL 11 : STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING VAN DE 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 (5)	2019	2020	2021
Aantal afgestudeerden	321	314	323	315	341	368	405	466	462	428	571 (3)	606 (4)	758	912	1854	838	898	514 (6)
Quota	297	297	297	303	303	303	303	303	356	390	410	492	492	492	984	492	492	492

- (1) Reëel aantal afgestudeerden 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 zeven 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; dat zijn, in 2015, de 2 belangrijkste nationaliteiten in deze cohorte. We geven ook mee dat 5 afgestudeerden de Luxemburgse nationaliteit hebben.
- (5) 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 afgestudeerden in 2018 twee keer hoger ligt in vergelijking met de andere jaren.
- (6) In het basisscenario wordt, vanaf academiejaar 2015-2016, het aantal inschrijvingen in het eerste jaar aan Franstalige kant ("studenten van de eerste generatie») « bevroren » op 605 eenheden¹³. Deze parameter is opgenomen in het projectiemodel van de beroepsbevolking om rekening te houden met het effect van de voorziene filter (« concours¹⁴ »). Deze filter omhelst de toegang tot het tweede jaar bachelor en wordt voor het eerst gebruikt voor de cohorte studenten 2015-2016 (toepassing vanaf het eerste jaar bachelor ten behoeve van de oefening). In dat kader heeft WG Artsen de beslissing genomen om het slaagpercentage in het laatste jaar vast te stellen op 85% ($605 \cdot 0.85 = 514$).

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 toegangsexamen voor de studies in de geneeskunde en de tandheelkunde ingevoerd.¹⁵

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 jaar¹⁶. 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

¹³ De juridische procedures die werden ingesteld door studenten in de zomer van 2016 leidden tot het opschorten van de filter. Alle studenten die 45 studie-credits behaalden werden bijgevolg toegelaten tot het tweede deel van de bachelor. Deze nieuwe situatie dient bijgevolg te worden opgenomen in de uitwerking van de alternatieve scenario's

¹⁴ 13 JANUARI 2016. — 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

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 1^{ste} 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 1^{ste} 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 2015-2016¹⁷.

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

¹⁷ 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)

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 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 naar Frankrijk terug te keren om daar hun beroep uit te oefenen¹⁸. 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 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 gezondheidssector¹⁹.

¹⁸ Zie nota *Artsen : Internationale mobiliteit*, 2015.

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

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 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.

- 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

huisartsen²⁰. 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 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 die aftrek geactualiseerd moeten worden.

²⁰ De quotabeperkingen van art. 1 waren niet van toepassing op de 'geïmmuniseerde' specialisaties van art. 3 van het KB van 30 mei 2002. Art. 4, §3, van het KB van 30 mei 2002 zegt duidelijk dat de regels voor de ontbrekende aantallen enkel moeten worden toegepast op de quota van het in artikel 1 bedoelde besluit. De aantallen voor de geïmmuniseerde specialisaties hadden in feite enkel betrekking op een bijkomend aantal bovenop de bestaande quota bedoeld in art. 1.

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 2015.

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 12 : DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN ARTSEN VOOR DE VLAAMSE GEMEENSCHAP: GLOBAAL OVERZICHT

Vlaamse gemeenschap																		
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014	2015	2004-2015	
			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		
	O	374		458		553		597		660		699		672		702		
	Δ	-80	-319 (2)	4	-315	+99	(-216-153) = -369 (4)	+143	-226	+126	-100	+114	14	57	(71-140) = -69 (5)	-36	-105	
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	180		180		180		180		180		180		180		216	
		O	110		130		168		195		210		215	-1	251		265	
		Δ	-70	-344 (3)	-50	-394	-12	-406	+15	-391	+30	-361	+35	-326	71	-255	49	-206
	Jeugd- en kinder- psychiatrie	N	12		12		12		12		12		12		12		12	
		O	10		14		9		12		14		13		5		10	
		Δ	-2	-2	2	0	-3	-3	0	-3	+2	-1	1	0	-7	-7	-2	-9
	Acute geneeskunde	N	6		6		12		12		12		12		12		12	
		O	8		6		8		6		8		13		12		8	
		Δ	2	+2	0	+2	-4	-2	-6	-8	-4	-12	1	-11	0	-11	-4	-15
	Urgentiegeneeskunde	N	3		3		6		6		6		6		6		6	
		O	7		6		9		5		19		19		23		21	
		Δ	4	+4	3	+7	+3	+10	-1	+9	+13	+22	13	35	17	52	15	67
	Geriatric	N					12		12		12		12		12		12	
		O					2		1		0		0		2		2	
		Δ					-10		-11		-12		-12		-10		-10	

(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^e) 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^e) 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 controle²¹ en heeft geleid tot een daling van het gecumuleerd tekort. Door de plaatsen die vrijkomen door de onderzoeksmandaten in mindering te brengen, blijft er een negatief gecumuleerd totaal over van 69 eenheden in 2014, en 105 eenheden in 2015.

De afname van het tekort wordt eveneens vastgesteld bij de huisartsen, bij wie het gecumuleerd tekort is afgenomen tot 206 artsen in 2015. Vanaf het jaar 2012 is er een significante inhaalbeweging.

Het minimumaantal voor de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt niet meer bereikt sinds 2014. Het tekort bedraagt 9 eenheden in 2015. Het minimum voor de acute geneeskunde wordt niet gehaald in 2015. Het tekort blijft 15 eenheden in 2015. Het minimum voor de urgentieneeskunde daarentegen wordt ruim overschreden. We stellen een surplus vast van 67 eenheden in 2015.

Sinds 2010 hebben slechts 7 artsen verklaard een opleiding te volgen in de geriatrie vanaf de indiening van het eerste stageplan; terwijl er voor diezelfde periode 72 opleidingen vereist waren als minimum. Het minimum voor de geriatrie wordt nooit gehaald, en het tekort neemt vrij sterk toe (-65 eenheden in 2015).

²¹ Zie ook de toekomstprojecties in punt 3.4.

TABEL 13 : DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN 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	
			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		
	O	343		358		406		447		432		410		522		579		
	Δ	+40	+37 (2)	+55	+92	+103	(+195 - 86) = +109 (4)	+144	+253	+76	+329	+20	+349	+112	(461-98) = +363 (5)	+87	+450	
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	120		120		120		120		120		120		144			
		O	117		108		106		122		123		129		160		199	
		Δ	-3	-75 (3)	-12	-87	-14	-101	+2	-99	+3	-96	+9	-87	+40	-47	+55	8
	Kinder- en jeugdpsychiatrie	N	8		8		8		8		8		8		8		8	
		O	9		8		7		9		4		7		7		6	
		Δ	1	+1	0	+1	-1	0	+1	+1	-4	-3	-1	-4	-1	-5	-2	-7
	Acute geneeskunde	N	4		4		8		8		8		8		8		8	
		O	5		5		2		1		4		1		2		0	
		Δ	1	+1	1	+2	-6	-4	-7	-11	-4	-15	-7	-22	-6	-28	-8	-36
	Urgentiegeneeskunde	N	2		2		4		4		4		4		4		4	
		O	5		8		15		16		15		15		27		34	
		Δ	3	+3	6	+9	+11	+20	+12	+32	+11	+43	11	54	23	77	+30	+107
Geriatricie	N					8		8		8		8		8		8		
	O					4		7		7		7		9		7		
	Δ					-4	-4	-1	-5	-1	-6	-1	-7	1	-6	-1	-7	

(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^e) 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^e) 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 stijgen²². Het overschot bedroeg 363 eenheden in 2014 en stijgt naar 450 eenheden in 2015.

Wat het minimumaantal artsen betreft die een opleiding huisartsengeneeskunde aanvatten, is het tekort aanvankelijk toegenomen tot in 2010. De afname ervan, die in 2011 is ingezet, zette zich verder tot in 2014, het cumulatieve tekort is toen gedaald tot 47 artsen. In 2015 stellen we zelfs een overtal vast van 8 eenheden.

De overschrijding van de quota in 2013 en 2014 deed zich vooral voor bij de huisartsen; terwijl de overschrijding van 2012 en 2013 vooral het aantal artsen-specialisten deed toenemen.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie werd sinds 2012 niet meer gehaald en vertoont een licht tekort van 5 eenheden in 2014 en van 7 eenheden in 2015.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2015 wordt het tekort groter (-28 eenheden in 2014 en -36 eenheden in 2015). Het minimum voor de urgentiegeneeskunde wordt daarentegen ruim overschreden (overschot van 107 eenheden in 2015).

Het minimum voor de geriatrie wordt niet gehaald in 2015. Het gecumuleerd tekort bedraagt momenteel 7 eenheden.

²² Zie ook de toekomstprojecties in punt 3.4.

TABEL 14 : DE REALISATIE VAN DE CONTINGENTERING VAN ARTSEN VOOR BELGIË: GLOBAAL OVERZICHT

België																		
	(1)	2008	2004-2008	2009	2004-2009	2010	2004-2010	2011	2004-2011	2012	2004-2012	2013	2004-2013	2014	2004-2014	2015	2004-2015	
			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		
	O	717		816		959		1044		1092		1109		1194		1281		
	Δ	-40	-282 (2)	+59	-223	+202	-260 (4)	+287	27	+202	229	+134	363	+169	294 (5)	+51	345	
Minima (art. 4)	Huisartsen	N	300		300		300		300		300		300		300		360	
		O	227		238		274		317		333		344		411		464	
		Δ	-73	-419 (3)	-62	-481	-26	-507	+17	-490	+33	-457	+44	-413	111	-302	+104	-198
	Kinder- en jeugdpsychiatrie	N	20		20		20		20		20		20		20		20	
		O	19		22		16		21		18		20		12		16	
		Δ	-1	-1	2	1	-4	-3	+1	-2	-2	-4	0	-4	-8	-12	-4	-16
	Acute geneeskunde	N	10		10		20		20		20		20		20		20	
		O	13		11		10		7		12		14		14		8	
		Δ	3	+3	1	+4	-10	-6	-13	-19	-8	-27	-6	-33	-6	-39	-12	-51
	Urgentiegeneeskunde	N	5		5		10		10		10		10		10		10	
		O	12		14		24		21		34		34		50		55	
		Δ	7	+7	9	+16	+14	+30	+11	+41	+24	65	+24	89	40	129	+45	+174
	Geriatric	N					20		20		20		20		20		20	
		O					6		8		7		7		11		9	
		Δ					-14	-14	-12	-26	-13	-39	-13	-52	-9	-61	-11	-72

(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).

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

(7) In 2014 werd de correctie (-238) toegepast teneinde de houders van een onderzoeksmandaat (vervanging van de wetenschappelijke mandaten overeenkomstig art.7, 2^e) 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 345 eenheden in 2015). Het gecumuleerd overschot bedraagt 264 eenheden in 2014, en 345 eenheden in 2015, zijnde respectievelijk 21,5% en 28% van het quotum van het jaar 2015/2016 (1230 eenheden).

Wat het minimumaantal artsen betreft die een opleiding huisartsengeneeskunde aanvragen, 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 vermindering van het globale tekort (België), die werd ingezet in 2011, wordt bevestigd in 2014 (-302 eenheden) en in 2015 (-198 eenheden). Maar algemeen genomen (voor België) had de huisartsengeneeskunde weinig voordeel bij de overschrijding van de quota in 2011 en 2012; die overschrijding droeg vooral bij tot de stijging van het aantal geneesheren-specialisten. In 2013 en 2014 was dit gunstiger voor de huisartsengeneeskunde dan voorheen.

Het minimum voor de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt in 2014 (-8 eenheden) en in 2015 (-4 eenheden) niet gehaald. Het saldo vertoont een gecumuleerd tekort van 12 eenheden in 2014 en van 16 eenheden in 2015.

Het minimum voor de acute geneeskunde is vanaf 2010, toen het minimum verdubbeld werd, niet meer gehaald. Tijdens de periode 2010-2015 wordt het tekort groter (-51 eenheden in 2015). Het minimum voor de urgentiegeneeskunde daarentegen wordt ruim overschreden. Zo stellen we een overschot van 174 eenheden vast in 2015.

Het minimum voor de geriatrie wordt nooit gehaald, en het tekort neemt vrij snel toe (van -14 eenheden in 2010 naar -72 eenheden in 2015).

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 15 : AANTAL VRIJSTELLINGEN IN 2015, PER GEMEENSCHAP EN VOOR BELGIË

		Vlaamse gemeenschap	Franse gemeenschap	België
VRIJSTELLINGEN				
Buitenlandse diploma's (art.1, 1°);		42	66	108
Specialiteitswissel	Huisarts	8	3	11
	Geneesheer- specialist	7	3	10
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°)		0	4	4
Aangeworven door het ministerie van defensie (Art 5, 5°);		0	4	4
Diploma van middelbare studies uitgereikt door een lidstaat van de EER zonder volledige opleiding in de genees-, heel- en verloskunde (art. 5, 7°)		0	3	3
Diploma's behaald voor 2004 (Art 5, 8°);	Huisarts	2	1	3
	Geneesheer- specialist	3	1	4
Totaal van de vrijstellingen		62	85	147

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 concreet 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 specialiteit 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 berekend²³. De schommeling van dit gegeven voor de voorgaande jaren verhindert een betrouwbare schatting. Deze gediplomeerden zijn dus niet in mindering gebracht in de projecties van de realisatie van de quota. Het 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 16 : VLAAMSE GEMEENSCHAP : VASTSTELLING EN PROJECTIE VAN DE CONTINGENTERING

Vlaamse gemeenschap															
		Reëel									Verwacht				
Jaar waarin het diploma is behaald		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal gediplomeerden	D (1)	416	413	483	575	659	718	748	718	753	940	739	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	202	1	51	192	81
Aantal stageplannen IN quota	S		374	458	553	597	660	699	672	702	?	?	?	?	?
Aantal gediplomeerden dat geen stageplan IN quotum heeft ingediend	D-S		39	25	22	62	58	49	48	51	?	?	?	?	?
Jaarlijkse realisatie van de quota	Ra = S-Q		-80	4	99	143	126	114	57	-36	202	1	51	192	81
Jaarlijkse realisatie van de quota					(-216-153)				(71-140)						
Voortgang van het saldo	Cumul van Ra	-239	-319	-315	= -369	-226	-100	14	= -69	-105	97	98	149	341	422

- (1) *Aantal gediplomeerden*: Tot 2015 gaat het over het reële aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2016 gaat het over 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.

²³ Het betreft de verhouding (D-S) / D.

TABEL 17 : FRANSE GEMEENSCHAP : VASTSTELLING EN PROJECTIE VAN DE CONTINGENTERING

Franse gemeenschap															
		Reëel									Verwacht				
Jaar waarin het diploma is behaald		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aantal gediplomeerden	D (1)	315	341	368	405	466	462	428	571	606	758	912	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	266	420	870	346	406
Aantal stageplannen IN quota	S		343	358	406	447	432	410	522	579	?	?	?	?	?
Aantal gediplomeerden dat geen stageplan IN quotum heeft ingediend	D-S		-2	10	-1	19	30	18	51	27	?	?	?	?	?
Jaarlijkse realisatie van de quota	Ra = S-Q		40	55	103	144	76	20	112	87	266	420	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	716	1136	2006	2352	2758

(1) Aantal gediplomeerden: Tot 2015 gaat het over het reële aantal gediplomeerden op basis van het aantal afgeleverde visums (bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2016 gaat het om het *verwachte aantal gediplomeerden*, op basis van de projecties die werden uitgevoerd door FOD Volksgezondheid op basis van het 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 afgestudeerden 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 afgestudeerden 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 2000 eenheden in 2018 (ook al is duidelijk dat dat aantal een overschatting is).
- De quotaoverschrijdingen waren niet zeer voordelig om het tekort aan huisartsen in vergelijking met de voorgeschreven minima terug te dringen.

3.6. CONCLUSIES

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

- We merken een cumulatief globaal tekort op van 105 eenheden in de Vlaamse gemeenschap voor 2015.
- Het cumulatieve overschot aan artsen in de Franse gemeenschap blijft stijgen. Tot in 2012 wordt dat vooral verklaard door de toestroom van specialisten.
- Het cumulatieve tekort aan huisartsen begint vanaf 2011 te dalen, zowel in de Vlaamse als in de Franse gemeenschap. In 2015 blijft het gecumuleerd tekort negatief in de Vlaamse gemeenschap, terwijl er in de Franse gemeenschap een klein overschot aan huisartsen is.
- De minima van de specialisatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie worden in 2015 bijna gehaald.
- De minima van de specialisatie in de acute geneeskunde worden sinds 2010 niet meer gehaald, en het tekort blijft toenemen.
- De minima van de specialisatie in de urgentiegeneskunde worden ruimschoots overschreden. De workforce in de urgentiediensten is dus meer versterkt door de geneesheren-specialisten erkend in de urgentiegeneskunde 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 urgentiegeneskunde te verkrijgen. Heeft het nog zin om een onderscheid te maken tussen die 2 specialiteiten (urgentiegeneskunde vs. acute geneeskunde) ?
- De minima van de specialisatie in de geriatrie worden nooit gehaald, en het tekort blijft toenemen. 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 erkenning²⁴.

4.2. DE CONTINGENTERING VAN TANDARTSEN

De planning van het aanbod in de tandheelkunde gaat terug tot het KB van 29 augustus 1997 tot vaststelling van het globaal aantal tandartsen, opgesplitst per gemeenschap, die toegang hebben tot het verkrijgen van bepaalde bijzondere beroepstitels. Dit besluit sloeg op de toegang tot de toekenning van de bijzondere beroepstitels en stelde voor de jaren 2002 en 2003 de volgende quota voorop: 140 tandartsen voor België waarvan 84 kandidaten in het bezit van een 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 uitgevoerd vanaf 2006.

Dit nieuwe besluit legt bovendien quota vast voor het aantal kandidaten die jaarlijks worden toegelaten tot de opleiding als kandidaat in de algemene tandheelkunde, kandidaat-specialist

²⁴ KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod en KB van 19 augustus 2011 betreffende de planning van de tandheelkunde.

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 staatshervorming is de invoering van een nieuw hefboomsysteem in het kader van de contingentering, beheerd op federaal niveau, onontbeerlijk.

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

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

Het KB van 19 augustus 2011 heft een dubbelzinnigheid op en stelt de kandidaten die hun basisopleiding in de tandheelkunde hebben aangevat voor 1 juli 2002 expliciet buiten de contingentering. Het vertrouwt de Planningscommissie – medisch aanbod bovendien duidelijk de opdracht toe om de realisatie van de planning te volgen en de gegevens te publiceren die daar betrekking op hebben.

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

TABEL 18 : JAARLIJKSE QUOTA TANDARTSEN (KB VAN 19/08/2011 EN VOLGENDE)

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

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

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

De beperking wordt versoepeld door een afvlakkingsmethode: de eventuele overschotten of tekorten kunnen voor maximum 20% worden overgedragen naar de volgende jaren, tot in

2020. De naleving van deze beperking wordt bemoeilijkt door het feit dat het moet gaan om het aantal 5 jaar voordien in de tandheelkunde toegelaten studenten, ondanks de onzekerheden met betrekking tot de slaagpercentages, en door het feit dat het een ander bestuursniveau betreft, namelijk datgene dat bevoegd is voor onderwijs. Daarom ook besteedt het volgende punt aandacht aan het verwachte aantal afgestudeerden.

4.3. HET VERWACHTE AANTAL AFGESTUDEERDEN

In de twee volgende tabellen worden de reële en de verwachte aantallen afgestudeerden weergegeven per gemeenschap. De verwachte aantallen zijn geschat op basis van de projecties uit het basisscenario 2012-2037 dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de verschillende specialiteiten in de tandheelkunde. De quota zijn vermeld als referentiewaarden.

TABEL 19 : STAND VAN ZAKEN VAN DE CONTINGENTERING TANDARTSEN IN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

	Vlaamse gemeenschap																	
	Reëel															Verwacht (projecties)		
Jaar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal afgestudeerden (D)	87	65	50	46	74	65	62	76	103	87	102	110	108	97	79	89	92	87
Quota (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	-17	-19	-16	-21
Gecumuleerd saldo		-16	-50	-88	-98	-117	-139	-147	-128	-131	-119	-99	-87	-86	-103	-122	-138	-159

De cijfers voor 2002 tot en met 2015 zijn de werkelijke cijfers van het aantal behaalde diploma's op basis van de afgeleverde visa (bron : FOD Volksgezondheid). Vanaf 2016 zijn de opgegeven cijfers projecties van het aantal afgestudeerden die werden verkregen op basis van het basisscenario 2012-2037 dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de verschillende specialiteiten in de tandheelkunde.

TABEL 20 : 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 afgestudeerden	80	69	66	53	71	55	53	80	68	59	61	71	111	135	195	152	156	168
Quota	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	131	80	84	96
Gecumuleerd saldo		37	47	44	59	58	55	79	91	90	91	102	149	220	351	431	515	611

De cijfers voor 2002 tot en met 2015 zijn de werkelijke cijfers van het aantal behaalde diploma's op basis van de afgeleverde visa (bron: FOD Volksgezondheid). Vanaf 2016 zijn de opgegeven cijfers projecties van het aantal afgestudeerden die werden verkregen op basis van het basisscenario 2012-2037 dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de verschillende specialiteiten in de tandheelkunde.

Gelet op de trend om een groter aantal tandartsen te diplomeren dan de selectiequota voor toegang tot de stages, vereist het naleven van de quota maatregelen 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 toegangsexamen voor de studies in de geneeskunde en de tandheelkunde ingevoerd.

In 2005 had de **Franse gemeenschap** in het kader van de contingentering een toegangsexamen tot de studies in de tandheelkundige wetenschappen ingevoerd. Dat examen werd opgeschort sinds 2008. Vanaf 2012 is in de Franse gemeenschap het aantal inschrijvingen in het eerste jaar in de tandheelkundige wetenschappen de pan uitgerezen, wat de kwaliteit van de opleiding van de studenten in het gedrang bracht.

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

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

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

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

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

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

TABEL 21 : TOESTAND VAN DE CONTINGENTERING VAN DE TANDARTSEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP MET ONDSCHIED TUSSEN DE BELGISCHE GEDIPLOMEERDEN EN GEDIPLOMEERDEN UIT DE EUROPESE UNIE.

Franse gemeenschap																		
	Reëel (2)														Verwacht (projectie) (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	116	111	117	115
Aantal gediplomeerden uit de EU	26	14	17	16	14	11	11	16	14	12	14	14	0	52	?	?	?	?
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)	79	41	39	53
Quota	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) Vanaf 2015 worden de reële cijfers verkregen op basis van de uitgereikte visa (bron: FOD Volksgezondheid).
- (3) De « verwachte aantallen » (vanaf 2016) zijn gebaseerd op de projecties uit het basisscenario voor de opvolging van de verschillende specialiteiten 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). Beginnende vanaf 2016 zijn de in deze tabel opgenomen verwachte gediplomeerden projecties op basis van het basisscenario dat werd uitgewerkt voor de opvolging van de verschillende specialiteiten 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 2016.

In tabel 20 aangaande de Franse gemeenschap 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 orthodontisten²⁵ en parodontologen²⁶ vastgesteld, en in 2002 die voor de algemene tandartsen²⁷. Sindsdien registreert de FOD Volksgezondheid de tandartsen en de stageplannen die leiden tot het verkrijgen van deze erkenningen in het kadaster. Deze registraties maken het mogelijk om de stand van zaken van de contingentering voor tandartsen in België precies te berekenen en de realisatie van de planning op te volgen.

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

²⁵ 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

²⁶ 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

²⁷ 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

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

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

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

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

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

TABEL 22 : AANTAL GEREGISTREERDE STAGEPLANNEN VOOR TANDARTSEN MET EEN BELGISCH DIPLOMA BEHAALD SINDS 01/01/2008.

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

TABEL 23 : 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
Algemene tandartsen	49	54	81	68	73	88	85	79
Tandartsen-specialisten in de parodontologie	4	5	6	7	7	7	4	2
Tandartsen-specialisten in de orthodontie	4	7	2	8	3	4	3	2
Totaal	57	66	89	83	83	99	92	83
Quotum	84	84	84	90	90	90	96	96
20% van het quotum	17	17	17	18	18	18	19	19
Overschot = Totaal – Quotum	-27	-18	5	-7	-7	9	-4	-13
Over te dragen overschot vanaf 2008, beperkt tot 20% van het quotum	-17	-17	+5	-7	-7	9	-4	-13
Over te dragen gecumuleerd overschot vanaf 2008 rekening houdend met de beperking van 20%	-17	-34	-29	-36	-43	-34	-38	-51

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.

TABEL 24 : 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
Algemene tandartsen	30	57	55	42	48	53	84	92
Tandartsen-specialisten in de parodontologie	3	1	1	3	2	2	3	2
Tandartsen-specialisten in de orthodontie	6	6	6	5	6	2	6	6
Totaal	39	64	62	50	56	57	93	100
Quotum	56	56	56	60	60	60	64	64
20% van het quotum	12	12	12	12	12	12	13	13
Overschot = Totaal – Quotum	-17	8	6	-10	-4	-3	29	36
Over te dragen overschot vanaf 2008, beperkt tot 20% van het quotum	-12	8	6	-10	-4	-3	13*	13*
Over te dragen gecumuleerd overschot vanaf 2008 rekening houdend met de beperking van 20%	-12	-4	2	-8	-12	-15	-2*	11

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 en 36 eenheden in 2015, zijnde 16 meer dan de toegestane 20% van het quotum in 2014, en 23 meer in 2015. Overeenkomstig de wetgeving werd enkel het overschot dat overeenstemt met de 20% van het quotum (13 eenheden) overgedragen, zoals aangegeven in het KB van 19 augustus 2011, en ook in het advies AFA_2010_02 van 18 mei 2010 op basis waarvan dit besluit werd goedgekeurd.

TABEL 25 : 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
Vlaamse gemeenschap	Algemene tandartsen	Geregistreerde stageplannen	49	54	81	68	73	88	85	79
		Quota	70	70	70	74	74	74	80	80
		Gecumuleerd overschot	-21	-37	-26	-32	-33	-19	-14	-15
	Tandartsen- specialisten in de parodontologie	Geregistreerde stageplannen	4	5	6	7	7	7	4	2
		Quota	7	7	7	7	7	7	7	7
		Gecumuleerd overschot	-3	-5	-6	-6	-6	-6	-9	-14
	Tandartsen- specialisten in de orthodontie	Geregistreerde stageplannen	4	7	2	8	3	4	3	2
		Quota	7	7	7	9	9	9	9	9
		Gecumuleerd overschot	-3	-3	-8	-9	-15	-20	-29	-36
Franse gemeenschap	Algemene tandartsen	Geregistreerde stageplannen	30	57	55	42	48	53	84	92
		Quota	46	46	46	48	48	48	52	52
		Gecumuleerd overschot	-16	-5	4	-2	-2	3	35	75
	Tandartsen- specialisten in de parodontologie	Geregistreerde stageplannen	3	1	1	3	2	2	3	2
		Quota	5	5	5	5	5	5	5	5
		Gecumuleerd overschot	-2	-6	-10	-12	-15	-18	-20	-23
	Tandartsen- specialisten in de orthodontie	Geregistreerde stageplannen	6	6	6	5	6	2	6	6
		Quota	5	5	5	7	7	7	7	7
		Gecumuleerd overschot	1	2	3	1	0	-5	-6	-7

In de **Vlaamse gemeenschap** is het gecumuleerd overschot voor de periode 2008-2015 eigenlijk een tekort, dat het laagst was tijdens de periode 2008-2012 maar dat in 2013 enigszins werd weggewerkt. Die laatste trend zette zich niet door in 2014 en in 2015, waarin het tekort respectievelijk -38 eenheden en -51 eenheden bedraagt. De quota van tandartsen die een opleiding in de parodontologie beginnen, werden bereikt van 2011 tot 2013, terwijl de quota voor orthodontie nooit worden gehaald. De schommeling van het aantal kandidaten in de orthodontie is te verklaren door het feit dat de opleiding in sommige universiteiten maar om de 2 jaar wordt georganiseerd.

In de **Franse gemeenschap** is het gecumuleerd saldo voor de periode 2008-2015 eigenlijk een overschot, dat 11 eenheden bedraagt (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 tot in 2010.

4.5. CONCLUSIES

Het totaal aantal tandartsen die een opleiding aanvatten voor het verkrijgen van een erkenning is momenteel hoger (a = 183 stageplannen « in quota » opgetekend voor alle specialiteiten 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 (-51 eenheden in 2015) 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 (+11 eenheden in 2015) 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 de beide taalgemeenschappen

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

5.1. DE CONTINGENTERING VAN DE KINESITHERAPEUTEN

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

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

Daarnaast werden ook de resultaten van de Plankad-koppeling gepubliceerd. De gekwantificeerde verdeling van de workforce in de kinesitherapie en haar evolutie zullen als basis dienen voor de uitwerking van de evolutiescenario's. Die laatste werkzaamheden werden uitgesteld, in afwachting van het herschrijven en de herontwikkeling van het projectiemodel van de beroepsbevolking.

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

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

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

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

5.2. HET AANTAL GEDIPLOMEERDEN

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

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

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

TABEL 27 : JAARLIJKS AANTAL VAN GEDIPLOMEERDEN IN DE KINESITHERAPIE IN DE FRANSE GEMEENSCHAP.

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

(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 cohorten van afgestudeerden varieert. Bijna de helft van de in de Franse gemeenschap gediplomeerde kinesitherapeuten hebben de Franse nationaliteit. De meesten daarvan vragen geen RIZIV-nummer in België; hun inactiviteit werd vastgesteld dankzij de koppeling van PlanKAD-gegevens²⁸.

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.

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.

²⁸ Zie publicatie : *Kinesitherapeuten op de arbeidsmarkt*.

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

Dat fenomeen wordt bevestigd door enerzijds de studie over de aantallen kinesitherapeuten die werd uitgevoerd door de Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) in Frankrijk²⁹ 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 verblijfhoudenden³⁰.

5.3. CONCLUSIES

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

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

²⁹ 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>

³⁰ 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://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties

6.1.1. Formeel advies 2015_01 van de planningscommissie medisch aanbod inzake contingentering artsen: de aantallen voor België en de gemeenschappen voor het jaar 2021 (KB van 12 juni 2008)



Avis formel 2015_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 délibéré valablement la Commission de planification-offre médicale émet l'avis suivant :

Avis relatif au contingentement des médecins : les quotas pour la Belgique et les Communautés pour l'année 2021 (A.R. du 12 juin 2008)

Nombre de pages (y compris la présente) :

Le présent avis a été approuvé en séance, selon les votes repris ci-dessous.

Lieu et date de la réunion :
Bruxelles, le 8 mai 2015

Brigitte Velkeniers
La Présidente - De Voorzitter

Formeel advies 2015_01 van de Planningscommissie – Medisch aanbod

Overeenkomstig artikel 35novies, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheids-zorgberoepen 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 inzake contingentering artsen: de aantallen voor België en de Gemeenschappen voor het jaar 2021 (K.B. van 12 juni 2008)

Aantal bladzijden (inclusief dit blad):

Onderhavig advies werd tijdens de vergadering goedgekeurd op basis van de stemverdeling die hieronder is weergegeven.

Plaats en datum van de vergadering:
Brussel, 8 mei 2015

Aurélia Somer
La Secrétaire – De Secretaris



Quota Médecins 2021

AVIS MAJORITAIRE

L'avis est de **maintenir pour 2021 le quota en vigueur pour 2020, à savoir 1230.**

Le couplage entre les données de l'INAMI et du SPF santé publique a certes permis de faire de nombreux constats concernant l'évolution de la force de travail des différentes spécialités, mais l'analyse de ces résultats prendra plusieurs mois.

Vu l'urgence, la majorité propose donc de maintenir le chiffre de 1230 pour 2021 et **de mettre fin au mécanisme de lissage en débutant la récupération progressive des places surnuméraires accordées par le passé qu'en 2022.**

PROPOSITIONS ALTERNATIVES

Deux propositions minoritaires ont été exprimées.

La première proposait de maintenir le chiffre à 1230 mais en modifiant le minimum de généralistes à 50%, au lieu de 400 individus actuellement. Cette proposition s'appuie entre autre sur la pyramide des âges en médecine générale, les généralistes de moins de 45 ans ne représentant que 28% de l'ensemble des généralistes.

La deuxième proposait d'augmenter le quota dès 2021 en utilisant les ETP de manière relative pour évaluer l'évolution de la force de travail. Vu que la profession se féminise et que les jeunes médecins limitent davantage leurs heures de travail, on devrait comparer les ETP en fonction de la pyramide des âges et des genres, de manière à quantifier la diminution relative de l'ETP. Cette proposition s'appuie sur la pyramide générale des âges, sur les constats de féminisation et sur les premiers résultats des couplages repris dans le travail de synthèse.
Le quota 2021 proposé est de 1320.

Le fédéral est compétent uniquement pour le quota global, la Commission de planification ne peut donc se prononcer sur la répartition des médecins généralistes au sein du quota global.

PCP_Secrétariat_Avis_formels_AFA_2015_01_Médecins_quota 2021_FRNL.doc

Quota Artsen 2021

MEERDERHEIDSADVIES

Het advies is om het huidige quotum van het jaar 2020 te behouden voor het jaar 2021, namelijk op 1230.

De gegevenskoppeling van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid heeft zeker geholpen om verschillende bemerkingen te maken aangaande de evolutie van de beroepsbevolking, maar de analyse van de resultaten zal nog meerdere maanden in beslag nemen.

Gezien de hoogdringendheid van het advies, stelt de meerderheid voor om het quota-cijfer 1230 voor het jaar 2021 te behouden en **daarnaast een einde te stellen aan het lissagemechanisme door de geleidelijke recuperatie van de in het verleden toegekende overtollige plaatsen te laten beginnen in 2022.**

ALTERNATIEVE VOORSTELLEN

Twee minderheidsadviezen werden uitgebracht.

Het eerste stelt voor om het cijfer 1230 te behouden, maar het minimum aan huisartsen te wijzigen tot 50%, in plaats van 400 huisartsen momenteel. Dit voorstel is onder andere gebaseerd op de leeftijds piramide van de huisartsgeneeskunde. Huisartsen jonger dan 45 jaar stellen slechts 28% van het totaal aan huisartsen voor.

Het tweede stelt voor om de quota vanaf 2021 op te trekken door gebruik te maken van de VTE's op een relatieve manier om de evolutie van de arbeidskrachten te evalueren. Gezien de vervrouwelijking van het beroep en het feit dat jonge artsen steeds vaker hun aantal werkuren beperken, zouden we de VTE moeten vergelijken in functie van de leeftijds piramides en tussen beide geslachten, om zo de relatieve vermindering van het aantal VTE te meten. Dit voorstel is gebaseerd op de algemene leeftijds piramide en de vervrouwelijking van het beroep en de eerste resultaten van de gegevenskoppeling in het synthesesewerk.
Het voor 2021 voorgestelde quotum is 1320.

De federale overheid is enkel bevoegd voor het globale quotum en de Planningscommissie kan zich dus niet uitspreken over de verdeling van de huisartsen binnen het globale quotum.



Quota Médecins 2021

AVIS MAJORITAIRE

L'avis est de **maintenir pour 2021 le quota en vigueur pour 2020, à savoir 1230.**

Le couplage entre les données de l'INAMI et du SPF santé publique a certes permis de faire de nombreux constats concernant l'évolution de la force de travail des différentes spécialités, mais l'analyse de ces résultats prendra plusieurs mois.

Vu l'urgence, la majorité propose donc de maintenir le chiffre de 1230 pour 2021 et **de mettre fin au mécanisme de lissage en débutant la récupération progressive des places surnuméraires accordées par le passé qu'en 2022.**

PROPOSITIONS ALTERNATIVES

Deux propositions minoritaires ont été exprimées.

La première proposait de maintenir le chiffre à 1230 mais en modifiant le minimum de généralistes à 50%, au lieu de 400 individus actuellement. Cette proposition s'appuie entre autre sur la pyramide des âges en médecine générale, les généralistes de moins de 45 ans ne représentant que 28% de l'ensemble des généralistes.

La deuxième proposait d'augmenter le quota dès 2021 en utilisant les ETP de manière relative pour évaluer l'évolution de la force de travail. Vu que la profession se féminise et que les jeunes médecins limitent davantage leurs heures de travail, on devrait comparer les ETP en fonction de la pyramide des âges et des genres, de manière à quantifier la diminution relative de l'ETP. Cette proposition s'appuie sur la pyramide générale des âges, sur les constats de féminisation et sur les premiers résultats des couplages repris dans le travail de synthèse.
Le quota 2021 proposé est de 1320.

Le fédéral est compétent uniquement pour le quota global, la Commission de planification ne peut donc se prononcer sur la répartition des médecins généralistes au sein du quota global.

PCP_Secrétariat_Avis_formels_AFA_2015_01_Médecins_quota 2021_FRNL.doc

Quota Artsen 2021

MEERDERHEIDSADVIES

Het advies is om het huidige quotum van het jaar 2020 te behouden voor het jaar 2021, namelijk op 1230.

De gegevenskoppeling van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid heeft zeker geholpen om verschillende bemerkingen te maken aangaande de evolutie van de beroepsbevolking, maar de analyse van de resultaten zal nog meerdere maanden in beslag nemen.

Gezien de hoogdringendheid van het advies, stelt de meerderheid voor om het quota-cijfer 1230 voor het jaar 2021 te behouden en **daarnaast een einde te stellen aan het lissagemechanisme door de geleidelijke recuperatie van de in het verleden toegekende overtollige plaatsen te laten beginnen in 2022.**

ALTERNATIEVE VOORSTELLEN

Twee minderheidsadviezen werden uitgebracht.

Het eerste stelt voor om het cijfer 1230 te behouden, maar het minimum aan huisartsen te wijzigen tot 50%, in plaats van 400 huisartsen momenteel. Dit voorstel is onder andere gebaseerd op de leeftijds piramide van de huisartsgeneeskunde. Huisartsen jonger dan 45 jaar stellen slechts 28% van het totaal aan huisartsen voor.

Het tweede stelt voor om de quota vanaf 2021 op te trekken door gebruik te maken van de VTE's op een relatieve manier om de evolutie van de arbeidskrachten te evalueren. Gezien de vervrouwelijking van het beroep en het feit dat jonge artsen steeds vaker hun aantal werkuren beperken, zouden we de VTE moeten vergelijken in functie van de leeftijds piramides en tussen beide geslachten, om zo de relatieve vermindering van het aantal VTE te meten. Dit voorstel is gebaseerd op de algemene leeftijds piramide en de vervrouwelijking van het beroep en de eerste resultaten van de gegevenskoppeling in het synthesesewerk.
Het voor 2021 voorgestelde quotum is 1320.

De federale overheid is enkel bevoegd voor het globale quotum en de Planningscommissie kan zich dus niet uitspreken over de verdeling van de huisartsen binnen het globale quotum.



VOTE

Les propositions finalement soumises au vote sont donc les suivantes :

- le maintien du quota de médecins à 1230 unités pour 2021
- Un quota de médecins fixé à 1320 unités pour 2021
- Le report de la fin du lissage et du démarrage de la récupération des places surnuméraires (lissage « négatif ») à partir de 2022.

	Votes positifs	Votes négatifs	Abstentions
Quota de 1230 médecins en 2021	6	3	3
Quota de 1320 médecins en 2021	3	6	3
Report fin du lissage en 2022	12	0	0

POSITION DES COMMUNAUTÉS

Les communautés ont été informées que dorénavant leurs positions seront jointes à l'avis de la Commission de planification. Elles ont été invitées à transmettre leur avis par écrit. L'administration n'a reçu aucune information.

Les représentants des communautés française et flamande étaient absents.

Le représentant de la communauté germanophone explique que la Communauté germanophone est devenue compétente pour les sous-quotas, mais qu'elle ne peut pas exercer cette compétence dans la mesure où elle n'est pas en charge de l'agrément des médecins. Elle rappelle l'intérêt de la communauté germanophone pour disposer d'information sur la hauteur de l'activité (ETP) des médecins germanophones actifs.

STEMMING

De uiteindelijk ter stemming voorgelegde voorstellen zijn dus de volgende :

- Behoud van het quotum artsen : 1230 eenheden voor 2021
- Een quotum artsen dat voor 2021 wordt vastgelegd op 1320
- Uitstel van het einde van de lissage en aanvang van de recuperatie van overtollige plaatsen (« négative » lissage) vanaf 2022.

	Positieve stemmen	Negatieve stemmen	Onthoudingen
Quota van 1230 artsen in 2021	6	3	3
Quota van 1320 artsen in 2021	3	6	3
Negatieve lissage vanaf 2022	12	0	0

STANDPUNT VAN DE GEMEENSCHAPPEN

De gemeenschappen werden op de hoogte gebracht dat hun standpunten voortaan bij het advies van de Planningscommissie zullen worden gevoegd. Ze werden verzocht om hun advies schriftelijk te bezorgen. De administratie heeft geen enkele informatie ontvangen.

De vertegenwoordigers van de Franse en de Vlaamse gemeenschap waren afwezig.

De vertegenwoordiger van de Duitstalige gemeenschap licht toe dat de Duitstalige gemeenschap bevoegd is geworden voor de subquota, maar dat ze die bevoegdheid niet kan uitoefenen aangezien ze niet belast is met de erkenning van de artsen. Ze wijst erop dat het belangrijk is voor de Duitstalige gemeenschap om over informatie te beschikken over het niveau van de activiteit (VTE) van de actieve Duitstalige artsen.

6.1.2. FORMEEL ADVIES 2015_02 VAN DE PLANNINGSCOMMISSIE MEDISCH AANBOD INZAKE HET AANBOD VERPLEEGKUNDIGEN – UITTREKSEL

De formele adviezen van de Planningscommissie medisch aanbod zijn beschikbaar op de website : <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties

service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**



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

**Avis formel 2015_02 de la Commission de
planification de l'offre médicale**

Conformément aux articles 91 et 92 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ;

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 délibéré valablement la Commission de planification-offre médicale émet l'avis suivant :

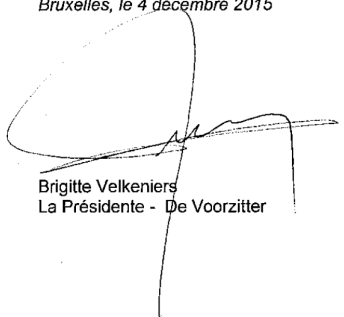
Avis relatif à l'évolution de l'offre infirmiers.
La commission approuve l'avis repris en annexe.

Nombre de pages (y compris la présente) 25

Le présent avis a été approuvé en séance, selon les votes :

Nombre total de votes : 12
Votes pour : 12
Votes contre : 0
Abstentions : 0

Lieu et date de la réunion :
Bruxelles, le 4 décembre 2015


Brigitte Velkeniers
La Présidente - De Voorzitter

**Formeel advies 2015_02 van de
Planningscommissie – Medisch aanbod**

Overeenkomstig artikels 91 en 92 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ;

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 inzake het aanbod verpleegkundigen
De commissie keurt het advies opgenomen in bijlage goed.

Aantal bladzijden (inclusief dit blad): 25

Onderhavig advies werd tijdens de vergadering goedgekeurd op basis van de stemverdeling.

Totaal aantal stemmen: 12
Stemmen voor: 12
Stemmen tegen: 0
Onthouding: 0

Plaats en datum van de vergadering:
Brussel, 4 december 2015


Aurélia Somer
La Secrétaire – De Secretaris

6.2. UITTREKSEL UIT DE BIJZONDERE WET VAN 6 JANUARI 2014

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

"I. Wat het gezondheidsbeleid betreft :

1° (...)

7° wat betreft de gezondheidszorgberoepen :

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

(...-) »

6.3. EVOLUTIE VAN DE WETGEVING INZAKE PLANNING

In 2015 werden drie wetteksten gepubliceerd; het betreft 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, het koninklijk besluit van 16 juni 2015 houdende benoeming van de leden en van de voorzitter van de Planningscommissie medisch aanbod, en het koninklijk besluit van 30 augustus 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod.

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 2015 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.
Bijzondere wet van 6 januari 2014	Bijzondere Wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming
10 mei 2015	Koninklijk besluit houdende coördinatie van het koninklijk besluit van nr. 78 van 10 november 1967 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

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

6.4. INVENTARIS VAN DE PUBLICATIES VANAF 2009

De lijst hieronder toont de publicaties die in het kader van de Planningscommissie vanaf 2009 werden uitgevoerd. Deze publicaties zijn beschikbaar op de website : <http://www.health.belgium.be/hwf> > Publicaties

JAARLIJKSE PUBLICATIES	
Vanaf 2008	STATAN : Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorg beroepen in België
Vanaf 2008	RAPAN : Jaarverslag van de Planningscommissie - medisch aanbod
THEMATISCHE PUBLICATIES	
2015	<i>Syntheserapport: 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</i> , Cel Planning.
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</i> , Cel Planning.
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
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, Cel Planning.</i>
2014	<i>Schema van het traject dat gezondheidswerkers afleggen om hun beroep in België uit te oefenen tot 30/06/2014, Cel Planning.</i>
2013	<i>Het beroep van loontrekkende kinesitherapeut in de sector van de gezondheidszorg, IPSOS.</i>
2013	<i>Onderzoeksrapport Prospectief onderzoek met het oog op de erkenning van het beroep van logopedist, Cel Planning.</i>
2012	<i>Eindrapport bevraging artsen specialisten, MAS.</i>
2011	<i>Basisscenario kinesitherapeuten 2010 (S_000242) (S_000243), Cel Planning.</i>
2010	<i>Samenvatting bevraging 4 gezondheid beroepsgroepen, MAS.</i>
2010	<i>Synthese bevraging artsen-specialisten, MAS.</i>
2010	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep artsen-specialisten, MAS.</i>
2010	<i>Synthese bevraging verpleegkundigen, MAS.</i>
2010	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep verpleegkundigen, MAS.</i>
2010	<i>Basisscenario artsen 2009, Cel Planning.</i>
2009	<i>BEHAT2008 : Technisch rapport over het behoud van erkenning van de huisartsen, Cel Planning.</i>
2009	<i>Synthese bevraging tandartsen, MAS.</i>
2009	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep tandartsen, MAS.</i>
2009	<i>Synthese bevraging kinesitherapeuten, MAS.</i>
2009	<i>Eindrapport bevraging beroepsgroep kinesitherapeuten, MAS.</i>