

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



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Towards an **evidence-based** Workforce Planning in Health Care? Symposium



Voorwoord/edito

Dr K. Vermeyen • Président de la Commission de la planification - offre médicale
Dr. K. Vermeyen • Voorzitter Planningscommissie - medisch aanbod

De planningscommissie heeft als taak een goede afstemming te verzekeren tussen het aanbod van de gezondheidswerkers en de zorgvraag van de bevolking.

In de wetenschappelijke literatuur bestaat geen algemeen aanvaarde methode om deze afstemming te bereiken.

Nochtans is het de ambitie van de commissie om de adviezen wetenschappelijk correct te onderbouwen.

We nodigen u graag uit op dit symposium waar we zullen trachten, samen met nationale en internationale deskundigen een stap verder te zetten in de richting van een op evidentie gebaseerde "workforce" planning.

La commission de planification a pour objectif d'accorder au mieux l'offre de la force de travail dans les soins de santé et la demande en soins de la part de la population.

La littérature scientifique ne nous donne pas de méthode unanimement acceptée pour aboutir à cet équilibre.

L'ambition de la commission est cependant de formuler des avis qui sont scientifiquement fondés.

Nous avons le plaisir de vous inviter à ce symposium où nous allons essayer, en collaboration avec des experts belges et étrangers de faire un pas de plus vers un planning de la force de travail, basé sur l'évidence.



Dr P. Meeus / Dr. P. Meeus

Enrichissement du cadastre: ce que l'on peut attendre ou non des informations d'activité de l'INAMI (ex: médecins généralistes)

Résumé de l'exposé

L'objectif de l'intervention consiste à expliquer ce que l'on peut attendre ou non des données de l'INAMI pour enrichir le cadastre le cas échéant.

Dans le cadre de la gestion de l'assurance maladie, l'INAMI dispose de son propre registre concernant les dispensateurs diplômés œuvrant dans le cadre de l'assurance soins de santé. L'INAMI dispose en outre du relevé des codes de nomenclature attestés par chaque dispensateur si l'assuré est couvert.

Ces informations permettent d'établir à tout moment le nombre de dispensateurs ayant le statut d'actif, et périodiquement, selon des critères fixés ou calculés, évaluer leur degré d'activité selon la nature de l'activité, à condition de tenir compte de biais potentiels.

Toutes ces informations peuvent être ventilées selon différentes caractéristiques (qualification, âge, genre, adresse, ...) et injectées dans les modèles de planification.

Par contre, l'INAMI ne dispose pas d'information sur les diplômés qui ne pratiquent pas dans le cadre de l'assurance maladie. L'INAMI ne dispose pas non plus d'information sur les modalités particulières de certaines pratiques (pratique de groupe, consultation en policlinique ...).

Strictu sensu, l'INAMI ne dispose donc pas de toute l'information pour apprécier l'offre en matière de soins.

Uitbreiding van het kadaster: wat kunnen we wel of niet verwachten van de informatie die beschikbaar is bij het RIZIV omtrent activiteit (vb voor de huisartsen)

Samenvatting van de presentatie

Deze bijdrage zal toelichten wat we al of niet kunnen verwachten van de informatie die beschikbaar is bij het RIZIV om het kadaster eventueel uit te breiden.

In het kader van het beleid van de ziektekostenverzekering, beschikt het RIZIV over een eigen register betreffende de gediplomeerde zorgverstrekkers die in het kader van de gezondheidszorgverzekering werken. Het RIZIV beschikt bovendien over het overzicht van de codes van de nomenclatuur geattesteerd door elke zorgverstrekker, op voorwaarde dat de patiënt verzekerd is.

Deze informatie kan op elk moment een beeld geven van het aantal actieve zorgverstrekkers, en kan periodiek, volgens vaste of berekende criteria, hun activiteitsgraad met behulp van de aard van de activiteit evalueren, waarbij men met potentiële bias rekening moet houden. Al deze informatie kan bekend volgens verschillende kenmerken (discipline, leeftijd, geslacht, adres, ...) worden opgesplitst en in de planningsmodellen worden geïnjecteerd.

Het RIZIV beschikt echter niet over informatie met betrekking tot de gediplomeerden die niet in het kader van de ziekteverzekering hun beroep uitoefenen. Het RIZIV beschikt ook niet over informatie met betrekking tot de bijzondere modaliteiten van sommige praktijken (groepspraktijk, houden van spreekuren in polikliniek...).

Strictu sensu, het RIZIV beschikt dus niet over alle informatie om de omvang van het zorgaanbod te schatten.



Symposium Towards an evidence-based Workforce Planning in Health Care?

V.U. : Dr. Dirk Cuypers, Victor Hortaplein, 40 bus 10, 1060 - Brussel
Ed. Resp. : Dr. Dirk Cuypers, Place Victor Horta 40 Bte 10, 1060 - Bruxelles



Prof. Dr P. Groenewegen / Prof. Dr. P. Groenewegen

Planification de la force de travail aux Pays-Bas: des expériences récentes.

Résumé de l'exposé

Les Pays-Bas étaient menacés d'un déficit menaçant de médecins généralistes. Comment a-t-on géré ce déficit? Quelles sont les expériences avec la mise en pratique de la subsidiarité: est-ce que la délégation des tâches diminue la charge? Quelles sont les expériences avec les «physician assistants»? Comment est-ce que les patients réagissent à ces nouveaux prestataires de soins?

Workforce-planning in Nederland: recente ervaringen.

Samenvatting van de presentatie

Nederland had een dreigend tekort aan huisartsen, hoe werd dit aangepakt? Wat zijn de ervaringen met subsidiariteit: leidt taakdelegatie tot minder belasting? Wat zijn de ervaringen met "physician assistants"? Hoe reageert de patiënt op deze nieuwe gezondheidszorgverstrekkers?



Mr. BUI Dang Ha Doan / Dhr. BUI Dang Ha Doan
Directeur, Centre de Sociologie et de Démographie Médicales, Paris - Parijs

Le numerus clausus des études médicales : l'expérience française

Résumé de l'exposé

Le numerus clausus des études médicales a été instauré en France vers 1970. La promotion entrant en 2ème année des facultés de médecine en Octobre 1972 a été la première à passer ce concours. A cette époque, le but proclamé de ce « filtrage » était d'ordre pédagogique : pour la formation de chaque étudiant, il fallait disposer au moins de 5 lits de malade à l'hôpital. Très vite sont apparus d'autres objectifs : vers 1977, le numerus clausus devait être le premier outil pour combattre le sureffectif des médecins. Un quart de siècle plus tard, on changea de cap et il devint l'instrument prioritaire pour lutter contre la pénurie.

La confusion du court terme et du long terme, et la méconnaissance des processus démographiques qui régissent l'évolution des corps professionnels n'ont pas permis d'atteindre ces objectifs. Depuis près de 4 décennies, le numerus clausus a permis un meilleur fonctionnement des facultés de médecine, l'effectif de chaque promotion d'étudiants étant connu à l'avance. Mais le maniement inconsidéré du « robinet » a induit des conséquences néfastes qui ne pourraient se résorber que des décennies plus tard.

Tel qu'il était, le numerus clausus n'a pas eu d'impact notable, ni sur l'égalisation de la répartition géographique des médecins, ni sur une meilleure coopération interprofessionnelle (skill mix) dans le système de santé.

Numerus clausus in de medische studies: de Franse ervaring

Samenvatting van de presentatie

De numerus clausus in de medische studies werd ingevoerd in Frankrijk vanaf 1970. In oktober 1972 was de promotie van het 2de jaar, in de medische faculteiten, de eerste die dit toelatingsexamen dienden af te leggen. Op dat ogenblik werd deze 'filter' vooral met een pedagogisch doel ontwikkeld, men had immers vastgelegd dat voor de vorming van elke student, de opleidingsinstelling over 5 ziekenhuisbedden diende te beschikken. Heel snel kwamen er andere doelstellingen bij: in 1977 was de numerus clausus het eerste instrument ter bestrijding van het overtal aan artsen. Een kwart eeuw later, is de numerus clausus het instrument in de strijd tegen de schaarste.

Doordat men voortdurend het korte en lange termijn perspectief door elkaar heeft gehaald en de demografische ontwikkelingen, die een invloed hebben op de beroepsbeoefenaars, verkeerd heeft ingeschat, heeft men de beoogde doelstellingen niet bereikt. In de laatste 4 decennia heeft de numerus clausus de medische faculteiten in staat gesteld om beter te functioneren, vermits men de omvang van elke jaarcohort bij voorbaat kent. Maar het ondoordacht hanteren van de 'filter' heeft geleid tot ontsporing die slechts decennia later konden worden opgelost.

De numerus clausus heeft, op de wijze waarop hij werd toegepast, geen noemenswaardige invloed gehad op het realiseren van een rechtvaardige geografische spreiding noch op een betere interprofessionele samenwerking (skill mix) in de gezondheidszorg.



Symposium Towards an evidence-based Workforce Planning in Health Care?

V.U. : Dr. Dirk Cuypers, Victor Hortaplein, 40 bus 10, 1060 - Brussel
Ed. Resp. : Dr. Dirk Cuypers, Place Victor Horta 40 Bte 10, 1060 - Bruxelles



Prof. Dr. A. De Wever / Prof. Dr. A. De Wever

Termes de référence de la régulation de l'offre médicale en Belgique

Résumé de l'exposé

L'offre de soins est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé. L'offre en médecine se différencie du nombre d'individus. En effet, cette offre de soins médicaux individuels représente en réalité la force de travail médicale qui soigne les patients le plus souvent individuellement dans le cadre de l'assurance maladie. Elle ne peut être mesurée de la même manière dans les différentes disciplines médicales en raison des grandes différences des besoins de soins exprimés par des patients eux-mêmes individuellement variables.

La demande concerne essentiellement la conversion d'un besoin ressenti en un besoin exprimé qu'il soit justifié ou non. Dans un système de santé parfait, l'offre correspond aux besoins, qui elle-même est identique à la demande. La réalité est toute autre et cette superposition parfaite est loin d'exister. La question est de savoir si la planification de l'offre médicale peut répondre à cet idéal sans altérer la qualité (faibles pratiques) ou induire une demande injustifiée. La réalité est que de nombreux médecins considérés comme actifs plein-temps se consacrent à d'autres tâches tout aussi justifiées sur le plan des soins de santé collectifs. Il apparaît donc que seule la conjonction d'un cadastre bien construit et consensuel et des données de l'assurance maladies assorties d'une valeur temporelle pourra répondre positivement à cette difficile question.

Toute planification devra donc étudier la demande et l'offre ainsi que leurs caractéristiques et leurs évolutions. Une planification aveugle ne peut conduire qu'à la détérioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins de santé.

Terms of reference ten behoeve van de regulering van het medisch aanbod in België

Samenvatting van de presentatie

Het aanbod omvat de totaliteit van diensten en zorgstrekking dat door professionelen en door het gezondheidszorgsysteem ter beschikking gesteld wordt aan de bevolking. Men dient een onderscheid te maken tussen het aanbod dat artsen realiseren en het aantal individuen dat arts is. Het aanbod van medische zorgverlening is het resultaat van de medische menpower, die de patiënten meestal individueel verzorgen in het kader van de ziekteverzekering. Deze arbeidskracht kan niet op dezelfde wijze worden gemeten in de verschillende medische specialismen, vermits er grote verschillen zijn in de behoeften die door de patiënten zelf geformuleerd worden.

De vraag naar zorg is in wezen de vertaling van een ervaren nood naar een zorgvraag, al dan niet gerechtvaardigd. In een perfect gezondheidszorgsysteem dekken aanbod en behoefte elkaar volledig en is de behoefte identiek aan de zorgvraag. De realiteit is echter totaal anders in dit perfecte samenvallen van aanbod en behoefte is absoluut niet aanwezig. De vraag is of de planning van het medisch aanbod kan beantwoorden aan dit ideaal, zonder dat de kwaliteit onder druk komt te staan of een supplier-induced demand ontstaat. De realiteit is dat heel veel artsen die momenteel als voltijdsen worden beschouwd, een groot deel van hun tijd bezig zijn met andere relevante opdrachten op het vlak van de zorg (b.v. de publieke gezondheidszorg). Derhalve is het noodzakelijk om een goed opgebouwd kadaster, gevalideerd door de betrokkenen, te matchen met de gegevens van de ziekteverzekering zodat er op elk ogenblik een correct antwoord gegeven kan worden op deze moeilijke vraag.

Elke planning zal dus onderzoek moeten doen naar de zorgvraag enerzijds en het aanbod anderzijds en de evolutie van de determinanten van vraag en aanbod in kaart brengen. Een blinde planning kan enkel leiden tot een vermindering van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.



Prof. Dr. R. Remmen / Prof. Dr. R. Remmen

Développements récents dans la force de travail des soins de santé.

Résumé de l'exposé

Depuis le dernier symposium en 2007, on a observé des évolutions importantes dans le cadre de la planification des ressources humaines dans les soins de santé. Les conclusions les plus importantes du symposium précédent sont résumées et suivies par un aperçu des développements les plus importants au niveau de la Belgique et de l'Europe. On a vu le développement de quelques formations paramédicales qui commencent à se réaliser. Ceci est très important pour réaliser la subsidiarité et la délégation des tâches dans le processus des soins. Il y a deux rapports Européens qui sont très importants: le «working paper» et le «green paper».

Le problème des ressources humaines dans les soins de santé n'est pas une «maladie belge», mais un problème qui touche toute l'Europe. Les rapports Européen peuvent inspirer le contexte belge. Trois études importantes réalisées en Belgique décrivent les problèmes les plus importants. Berckmans décrit la «spécialisation» au niveau des infirmières et la nécessité de développer la délégation des tâches. Robertfroid et al. a analysé les ressources humaines «réelles» et a comparé le «input» (numerus clausus) et le «output» des médecins généralistes et spécialistes. L'étude de Lorant et al. décrit des données très pertinentes sur l'attractivité de la médecine générale, les attitudes des étudiants en médecine et essaye de répondre à la question: «Pourquoi les médecins généralistes quittent-ils la profession?». Tout ensemble, ces études montrent très clairement les points faibles du secteur médical. Une approche globale nécessite une formulation précise des problèmes. Il y a 2 phénomènes qui mettent en évidence la nécessité de solutions à court terme: le «tsunami» de la problématique du vieillissement, ainsi que la distribution démographique des ressources humaines en soins de santé. L'approche traditionnelle, qui consiste à essayer de trouver des solutions isolées pour les infirmières, les médecins généralistes, et les spécialistes, ne tient plus le coup. Délégation des tâches et une manière innovatrice de regarder le paysage des soins de santé sont importantes.

Recente ontwikkelingen in de "workforce" in de gezondheidszorg.

Samenvatting van de presentatie

Sinds het vorige symposium in 2007, hebben zich een aantal belangrijke ontwikkelingen voorgedaan in het landschap van de "workforce-planning" in de gezondheidszorg. Na een korte round-up van de belangrijkste bevindingen van vorig symposium wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste ontwikkelingen in Europees verband en die van België. Er zijn enkele paramedische opleidingen in de steigers gezet, die nu stilaan op kruissnelheid komen. Zo wordt het mogelijk subsidiariteit en taakdelegatie tot stand te brengen. Twee Europese rapporten zijn voor ons belangrijk: een "working paper" en een "green paper".

Het Belgische probleem is voor een keer geen 'Belgische ziekte' maar een pan-Europees probleem. De rapporten kunnen inspiratie geven aan de Belgische context. Drie belangrijke studies van eigen bodem rapporteren en beschrijven knelpunten. Berckmans beschrijft dat skills-mix en specialisatie bij verpleegkundigen op hun beurt taakdelegatie noodzaken en daar is in België nog weinig ervaring mee. Robertfroid et al. bekeek de werkelijke menskracht en vergeleek de "input" (numerus clausus) en "output" van huisartsen en medisch specialisten. De studie van Lorant et al. rapporteert uitermate relevante gegevens over de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep, de attitudes van medische studenten en waarom huisartsen het vak verlaten. Samen leggen deze studies de achilleshiel van de medische sector bloot. Elke aanpak zou best beginnen met het precies formuleren van het probleem. Wat zeker is, is dat de "tsunami" van problematiek geassocieerd aan de vergrijzing alsmede de veroudering van het personeel in de gezondheidszorg, snelle oplossingen noodzaakt. Het oude systeem waarbij verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten in hun eigen straatje werken is niet langer haalbaar. Taakverschuivingen en een vernieuwde kijk op het zorg landschap zijn belangrijk.



Symposium Towards an evidence-based Workforce Planning in Health Care?

V.U. : Dr. Dirk Cuyppers, Victor Hortaplein, 40 bus 10, 1060 - Bruxelles
Ed. Resp. : Dr. Dirk Cuyppers, Place Victor Horta 40 Bte 10, 1060 - Bruxelles

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



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU





Prof. Dr. M. Van Dormael / Prof. Dr. M. Van Dormael

Une planification de la force de travail suppose une politique de santé tournée vers l'avenir.

Résumé de l'exposé

La planification de la force de travail suppose une vision d'ensemble pour l'avenir du système de santé: quelle importance relative accorder aux soins de santé et aux autres déterminants de la santé? Comment assurer un équilibre optimal entre soins de première et seconde ligne? Comment concevoir la répartition des tâches entre différents niveaux de soins, entre différentes catégories professionnelles? Ni l'évolution des besoins en santé - qui constituent le point de départ de la planification - ni l'évolution de la force de travail ne sont parfaitement prévisibles. Le défi est des lors de planifier à long terme tout en maintenant des marges d'adaptation en cours de route. Un mécanisme d'adaptation se situe dans le « skill mix » ou la répartition des compétences au sein d'un travail en équipe. Des expériences de délégation de tâches habituellement remplies par des généralistes à des « nurse practitioners » suggèrent qu'il existe des marges de redistribution des rôles professionnels permettant le maintien ou l'amélioration de la qualité des soins sans augmentation de coûts. En parallèle, des mesures susceptibles d'attirer et de stabiliser les professionnels formés dans leur métier sont nécessaires: la planification de la force de travail n'est qu'un élément d'une politique plus large de ressources humaines assurant non seulement la disponibilité mais aussi la compétence et la motivation des prestataires de soins.

Workforce-planning veronderstelt een toekomstgericht gezondheidsbeleid.

Samenvatting van de presentatie

De planning van de workforce veronderstelt een globaal beeld over de toekomst van gezondheidszorgsystemen: welk relatief belang zal men hechten aan de gezondheidszorg versus de andere determinanten van gezondheid? Hoe een optimaal evenwicht realiseren tussen eerste lijn en tweede lijn? Hoe de taakverdeling uittekenen tussen de verschillende zorgniveaus, tussen de verschillende categorieën zorgverstrekkers? De evolutie van de noden op het vlak van gezondheid (het begin van elke planning), noch de evolutie van gezondheidszorgverstrekkers kan perfect worden voorspeld. De uitdaging bestaat er dus in om alles op lange termijn te plannen, met behoud van mogelijkheden tot bijsturing onderweg. Eén van de mechanismen voor bijsturing betreft de "skill mix", of de verdeling van de competenties binnen een team. De ervaringen met de delegatie van taken, die gewoonlijk uitgevoerd worden door huisartsen, aan "nurse practitioners" tonen aan dat er mogelijkheden zijn tot herverdeling tussen de verschillende professionele rollen, die kunnen bijdragen tot het behoud of de verbetering van de kwaliteit van de zorg, zonder de kosten te laten toenemen. Terzelfdertijd zijn maatregelen nodig om mensen aan te trekken en te behouden in hun beroep: de planning van de gezondheidszorgverstrekkers is slechts een element van een bredere "human resources"-planning die niet alleen de beschikbaarheid, maar ook de competentie en de motivatie van de zorgverstrekkers moet verzekeren.

Evaluatieformulier Symposium 2009

1. In welke mate bent u het eens over de volgende stellingen?

	helemaal oneens	oneens	eens noch oneens	eens	helemaal eens	geen mening
Het symposium voldeed aan mijn verwachtingen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het symposium heeft me nieuwe inzichten gegeven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb voldoende tijd gehad om te netwerken en een praatje te maken met vakgenoten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Wat vond u van ...?

	heel slecht	slecht	matig	goed	heel goed	geen mening
De organisatie van de dag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De locatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De catering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het programma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De presentaties	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De flashes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het debat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Stel dat u een rapportcijfer zou moeten geven voor het symposium 'Towards an evidence-based Workforce Planning in Health Care.'; welk cijfer zou u dan geven?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10
Heel slecht Uitmuntend

4. Welke thema's zou u aan bod willen laten komen in het volgende symposium?

.....
.....

5. Heeft u nog aanvullende opmerkingen / suggesties?

.....
.....

Bedankt voor uw mening.



Symposium Towards an evidence-based Workforce Planning in Health Care?

V.U. : Dr. Dirk Cuypers, Victor Hortaplein, 40 bus 10, 1060 - Brussel
Ed. Resp. : Dr. Dirk Cuypers, Place Victor Horta 40 Bte 10, 1060 - Bruxelles

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



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU



Scientific Committee :

ARTOISENET Caroline
BERNARD Dirk
COP Christophe
DE MAESENEER Jan
DE WEVER Alain
DEJACE Alain
DEVRIESE Michel
FLORENCE Hut
FOLENS Bert
GOSSET Christianne
HANS Sabine
KUBUSHISHI Tite

LORANT Vincent
LUCET Catherine
MASSON Michel
MEEUS Pascal
MEYERS Ludo
PACOLET Jozef
RYSSAERT Lynn
VAN OYEN Herman
VANDENBREEDEN Johan
VANDENBROELE Henk
VELKENIERS Brigitte
VERMEYEN Karel
WAUQUIER Sandrine

